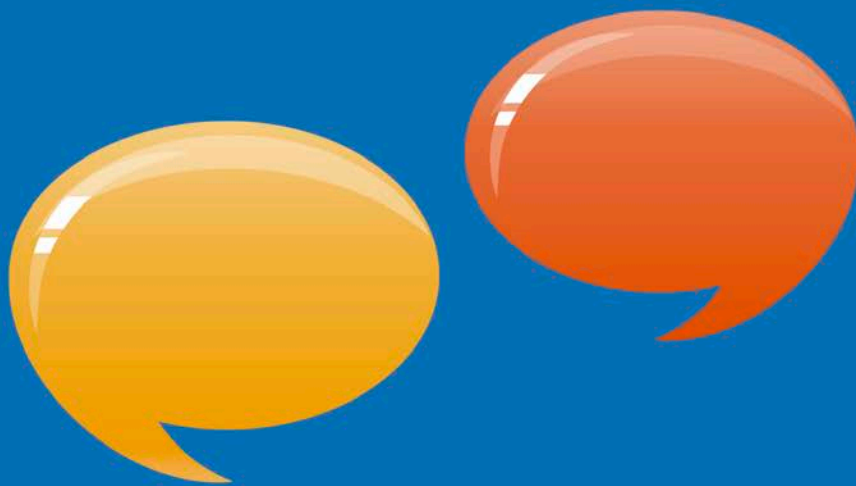


LA ENTREVISTA psicológica



James Morrison

La entrevista psicológica



EL LIBRO MUERE CUANDO LO FOTOCOPIA

AMIGO LECTOR:

La obra que usted tiene en sus manos posee un gran valor. En ella, su autor ha vertido conocimientos, experiencia y mucho trabajo. El editor ha procurado una presentación digna de su contenido y está poniendo todo su empeño y recursos para que sea ampliamente difundida, a través de su red de comercialización.

Al fotocopiar este libro, el autor y el editor dejan de percibir lo que corresponde a la inversión que ha realizado y se desalienta la creación de nuevas obras. Rechace cualquier ejemplar "pirata" o fotocopia ilegal de este libro, pues de lo contrario estará contribuyendo al lucro de quienes se aprovechan ilegítimamente del esfuerzo del autor y del editor.

La reproducción no autorizada de obras protegidas por el derecho de autor no sólo es un delito, sino que atenta contra la creatividad y la difusión de la cultura.

Para mayor información comuníquese con nosotros:



Editorial El Manual Moderno, S. A. de C. V.

Av. Sonora 206, Col. Hipódromo, 06100
México, D.F.

Editorial El Manual Moderno Colombia, S. A. S.

Carrera 12-A No. 79-03/05
Bogotá, D.C.

CeMPro

Centro Mexicano de Protección y Fomento
a los Derechos de Autor
Sociedad de Gestión Colectiva

La entrevista psicológica

Primera edición en español
traducida de la cuarta
edición en inglés

James Morrison

Traducción:

Mtro. Jesús Cisneros Herrera
Maestro en Psicología
Universidad Nacional Autónoma de México

Editor responsable:

Lic. Santiago Viveros Fuentes
Editorial El Manual Moderno



Manual Moderno®

Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.
Av. Sonora 206 Col. Hipódromo, C.P. 06100 México, D.F.

Editorial El Manual Moderno Colombia S.A.S.
Carrera 12-A No. 79-03/05 Bogotá, DC

**Nos interesa su opinión,
comuníquese con nosotros:**



Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.,
Av. Sonora núm. 206,
Col. Hipódromo,
Deleg. Cuauhtémoc,
06100 México, D.F.



(52-55)52-65-11-00



info@manualmoderno.com
quejas@manualmoderno.com

Para mayor información sobre:

- Catálogo de producto
- Novedades
- Distribuciones y más

www.manualmoderno.com

Título original de la obra:

The First Interview, 4th edition

Copyright © 2014 by The Guilford Press

A Division of Guilford Publication, Inc.

72 Spring Street, New York, NY 10012

www.guilford.com

ISBN: 978-1-4625-1555-4

La entrevista psicológica

D.R. © 2015 por Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

ISBN: 978-607-448-505-9 (versión impresa)

ISBN: 978-607-448-502-8 (versión electrónica)

Miembro de la Cámara Nacional de la Industria

Editorial Mexicana, Reg. núm. 39

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en sistema alguno o transmitida por otro medio —electrónico, mecánico, fotocopiable, etcétera— sin permiso previo por escrito de la Editorial.

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without the prior permission in writing from the Publisher.



Manual Moderno®

es marca registrada de
Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.

Morrison, James, autor.

La entrevista psicológica / James Morrison ; traducción Jesús Cisneros Herrera. — 1ª. edición. — México, D.F. : Editorial El Manual Moderno, 2015.

xiv, 313 páginas : ilustraciones ; 23 cm.

Traducción de: The first interview – 4th edition

Incluye índice

ISBN: 978-607-448-505-9 (versión impresa)

ISBN: 978-607-448-502-8 (versión electrónica)

1. Entrevista en psiquiatría. 2. Obtención de la historia clínica.
2. Enfermedad mental – Diagnóstico. I. Cisneros Herrera, Jesús, traductor. II. Título.

Director editorial y de producción:

Dr. José Luis Morales Saavedra

Editora asociada:

Lic. Vanessa Berenice Torres Rodríguez

Portada:

LCS. Adriana Durán Arce

616.89075-scdd21

Biblioteca Nacional de México

Acercas del autor

James Morrison, MD, es Affiliate Professor de Psychiatry en Oregon Health and Science University en Portland. Tiene una gran experiencia tanto en el sector privado como en el público. Por medio de sus aclamados libros prácticos –incluyendo los más recientes, *Diagnosis Made Easier, Second Edition* y *DSM-5 Made Easy: The Clinician's Guide to Diagnosis*–, el Dr. Morrison ha guiado cientos de miles de profesionales y estudiantes de la salud mental a través de las complejidades y la evaluación y el diagnóstico clínicos. Su portal de internet (www.guilford.com/jm) ofrece una discusión y recursos adicionales relacionados con el diagnóstico psiquiátrico y el DSM-5.

Dedicatoria

Para Chris y Eric

Prefacio

La entrevista psicológica es resultado de mi deseo de escribir un manual sobre la manera de entrevistar pacientes en el campo de la salud mental que se basara hasta donde fuera posible en investigación objetiva y en los principios de las mejores técnicas. Desde luego, fue bastante difícil publicar la primera edición en inglés hace más de veinte años, y esta vez también lo fue; todavía no hay investigación controlada suficiente que guíe a los entrevistadores en el proceso de evaluar los pacientes en salud mental. Por esa razón, aunque actualicé esta edición con toda la información que pude reunir, el texto aún materializa una síntesis de las mejores técnicas que he podido recolectar de la ciencia y el arte de entrevistar pacientes.

Cualquier libro que se publica es, en realidad, trabajo de más de una persona, y sigo agradecido con todos lo que me han ayudado a lo largo de estos años. Son demasiados para nombrarlos a todos, pero hay algunas personas a quienes les tengo una especial gratitud.

Matt Blusewicz, PhD, Rebecca Dominy, LCSW, Nicholas Rosenlicht, MD, Mark Servis, MD, y Kathleen Toms, RN, contribuyeron en la primera edición. James Boehnlein, MD, fue un lector generoso que aportó una crítica de la primera edición. Como siempre, Mary Morrison hizo comentarios agudos y pertinentes en distintas etapas de la preparación del manuscrito. Siempre estaré agradecido al equipo de The Guilford Press, en especial a mi amiga y editora de toda la vida, Kitty Moore, por su constante apoyo y su sabiduría. Marie Sprayberry, tal vez la mejor correctora de originales en todo el mundo, mejoró inconmensurablemente la presentación y legibilidad de este libro gracias a su minuciosa observación de los detalles. Y Anna Brackett, *aún* representante de mis proyectos editoriales, gracias otra vez por tus habilidades y tu paciencia ante las solicitudes de cambios por parte de numerosos autores.

Contenido

Acerca del autor	V
Dedicatoria	VII
Prefacio	IX
INTRODUCCIÓN. ¿Qué significa entrevistar?	1
La necesidad de información completa, 2; La importancia de la práctica, 3	
CAPÍTULO 1. Aperturas e introducciones	5
Factores De Tiempo, 5; Escenarios, 7; Inicio De La Relación, 9; Tomar Notas, 9 Ejemplos De Aperturas, 10	
CAPÍTULO 2. Motivo de consulta y discurso libre	13
Preguntas directivas frente a no directivas, 13; El motivo de consulta, 14; Discurso libre, 16; Áreas de interés clínico, 17; ¿Cuánto tiempo?, 18; Cambio, 18	
CAPÍTULO 3. Establecimiento del <i>rapport</i>	21
Bases del <i>rapport</i> , 21; Evalúa tus propios sentimientos, 22; Considera tu manera de hablar, 23; Retoma el lenguaje del paciente, 25; Mantén los límites, 26; Muestra tus conocimientos, 27	
CAPÍTULO 4. El inicio de la entrevista	29
Alentar con el lenguaje corporal, 29; Alentar verbalmente, 30; Inspirar seguridad, 31	
CAPÍTULO 5. Historia del padecimiento actual	33
Episodio actual, 33; Descripción de los síntomas, 34; Síntomas vegetativos, 34; Consecuencias del padecimiento, 35; Inicio y secuencia de los síntomas, 37; Factores estresantes, 38; Episodios previos, 39; Tratamiento previo, 40	

CAPÍTULO 6. Hechos acerca del padecimiento actual	41
Sé claro en relación con las metas de la entrevista, 41; Identifica tus distracciones, 42; Usa preguntas abiertas, 43; Habla el lenguaje del paciente, 43; Elige las preguntas correctas, 44; Confrontaciones, 46	
CAPÍTULO 7. Sentimientos en la entrevista	49
Sentimientos negativos y positivos, 49; Suscitar sentimientos, 50; Otras técnicas, 51; Investigar los detalles, 54; Mecanismos de defensa, 54; Manejo de pacientes excesivamente emocionales, 55	
CAPÍTULO 8. Historia personal y social	59
Infancia y adolescencia, 59; Vida adulta, 63; Historia médica, 67; Revisión de los sistemas, 69; Historia familiar, 70; Rasgos y trastornos de personalidad, 71	
CAPÍTULO 9. Temas delicados	77
Conducta suicida, 77; Violencia y su prevención, 81; Abuso de sustancias, 83; Vida sexual, 86; Abuso sexual, 90	
CAPÍTULO 10. Control de la entrevista posterior	93
Hazte cargo, 93; Preguntas cerradas, 94; Formación con sensibilidad, 96; Transiciones, 96	
CAPÍTULO 11. Examen del estado mental I: aspectos conductuales	99
¿Qué es el examen del estado mental?, 99; Apariencia y conducta general, 100; Estado de ánimo, 103; Curso del pensamiento, 105	
CAPÍTULO 12. Examen del estado mental II: aspectos cognitivos	111
¿Debes hacer un examen del estado mental formal?, 111; Contenido del pensamiento, 112; Percepción, 116; Introspección y juicio, 128; ¿Cuándo omitir el examen formal del estado mental?, 129	
CAPÍTULO 13. Signos y síntomas de áreas de interés clínico	131
Psicosis, 132; Perturbación del estado de ánimo: depresión, 134; Perturbación del estado de ánimo: manía, 137; Trastornos de uso de sustancias, 138; Problemas sociales y de personalidad, 141; Dificultades de pensamiento (problemas cognitivos), 144; Ansiedad, conducta de evitación y activación, 147; Molestias físicas, 149	
CAPÍTULO 14. Cierre	153
El arte del cierre, 153; Terminar antes de tiempo, 154	
CAPÍTULO 15. Entrevista a informantes	157
Obtener permiso primero, 158; Elegir a un informante, 159; ¿Qué preguntar?, 159; Entrevistas grupales, 161; Otros escenarios de entrevista, 161	

CAPÍTULO 16. Resistencias	163
Reconocer las resistencias, 163; ¿Por qué se resisten los pacientes?, 164; Qué hacer con las resistencias, 165; Prevención, 170; Tu actitud, 171	
CAPÍTULO 17. Conductas y temas especiales o difíciles	173
Vaguedad, 173; Mentir, 175; Hostilidad, 177; Violencia potencial, 179; Confusión, 180; Pacientes mayores, 181; Pacientes jóvenes, 183; Otros temas y conductas, 184; Cómo responder cuando los pacientes preguntan..., 192	
CAPÍTULO 18. Diagnóstico y recomendaciones	195
Diagnóstico y diagnóstico diferencial, 195; Elegir el tratamiento, 197; Evaluar el pronóstico, 199; Recomendar más investigación, 201; Canalizaciones, 202	
CAPÍTULO 19. Comunicar los resultados al paciente	205
Consultar con el paciente, 205; Discusión con la familia, 210; ¿Qué pasa si el plan es rechazado?, 211	
CAPÍTULO 20. Comunicar los resultados	213
El informe escrito, 213; Registrar el diagnóstico, 218; Formulación, 219; Presentación oral, 221	
CAPÍTULO 21. Problemas y soluciones en la entrevista	223
Reconocer la entrevista llena de problemas, 223; Cómo determinar qué está mal, 224; Qué aprenderás (y qué hacer al respecto), 225	
APÉNDICE A. Resumen de la entrevista inicial	229
APÉNDICE B. Descripción de algunos trastornos	237
Trastornos del estado de ánimo, 237; Trastornos psicóticos, 239; Trastornos relacionados con sustancias, 242; Trastornos neurocognitivos, 243; Trastornos de ansiedad, 244; Trastorno obsesivo-compulsivo, 246; Trastorno de estrés postraumático, 246; Trastorno de somatización, 247; Trastornos de la personalidad, 248	
APÉNDICE C. Ejemplos de entrevista, informe escrito y formulación	253
Entrevista con el paciente, 253; Informe escrito, 268; Formulación, 270	
APÉNDICE D. Una entrevista semiestructurada	273
Preguntas exploratorias, 274; Trastornos de personalidad, 275; Trastornos de ansiedad y relacionados*, 277; Trastornos psicóticos, 279; Abuso de sustancias, 281; Dificultades de pensamiento (problemas cognitivos), 282; Molestias físicas, 282; Trastornos del control de impulsos, 284; Historia familiar, 285; De la infancia a la vida adulta, 285; Problemas sociales y de personalidad, 286;	

APÉNDICE E. Evaluación de tu entrevista	289
APÉNDICE F. Bibliografía y lecturas recomendadas	295
Libros, 295; Artículos, 296; Otras fuentes usadas en la preparación de este libro, 297	
Índice	301

INTRODUCCIÓN

¿Qué significa entrevistar?

Es muy probable que nunca olvides tu primera experiencia haciendo una entrevista; yo sé que nunca olvidaré la mía. La paciente, una mujer joven hospitalizada por un trastorno del pensamiento que resultó ser el inicio de una esquizofrenia, hablaba con vaguedad y a menudo se desviaba del tema. Hizo algunas referencias sexuales con las que yo, joven estudiante en una época más inocente, nunca me había encontrado. No sabía con certeza de qué hablar, y pasaba más tiempo planeando qué más preguntar que considerando el significado de las respuestas previas. A pesar de todo, parecía que yo le agradaba a la paciente, lo cual era bueno; necesité hacer tres visitas más al pabellón ese fin de semana sólo para obtener la historia completa.

Ahora me doy cuenta de que mi primera experiencia fue más o menos normal. Nadie me había dicho que la mayoría de los entrevistadores novatos tiene dificultades para pensar las preguntas, ni que muchos se sienten incómodos con sus primeros pacientes. Desearía que alguien me hubiera advertido lo que ahora sé: la entrevista en salud mental suele ser fácil y casi siempre es muy divertida.

Debe ser ambas cosas. Después de todo, la entrevista clínica es un poco más que ayudar a las personas a hablar de sí mismas, lo cual le gusta hacer a la mayoría. En el campo de la salud mental, pedimos a los pacientes que revelen algo de sus emociones y su vida personal. La práctica nos enseña qué preguntar y cómo dirigir la conversación para obtener la información necesaria para ayudar al paciente de la mejor manera. Es importante desarrollar esta capacidad: en una encuesta entre profesionales que se dedican a la clínica y a la enseñanza, la entrevista integral se ubica en el primer lugar de 32 habilidades que necesitan los profesionales de la salud mental.

Si la entrevista sólo implicara hacer que los pacientes respondan preguntas, los clínicos podrían dejar esta tarea a las computadoras y dedicar más tiempo a tomar un café. Pero las computadoras y los cuestionarios en papel no pueden percibir los matices de las frases, ni medir los titubeos o la humedad de los ojos, signos que pueden alertar al clínico vivaz acerca de una línea productiva de indagación. Un buen entrevistador debe saber cómo trabajar con una amplia gama de distintas personalidades y problemas: dar rienda suelta al paciente que es buen informante, guiar al que se pierde, alentar al silencioso y apaciguar al hostil. Casi cualquiera puede aprender estas habilidades. No hay sólo una clase de personalidad para entrevistar, y puedes tener éxito con diversos estilos. De todas formas, necesitarás consejos y práctica para desarrollar un estilo que funcione bien para ti.

La entrevista clínica se usa con distintos fines y, desde luego, cada profesional, dependiendo de su campo, tiene distintas prioridades. Pero todos los entrevistadores –psiquiatras, psicólogos, médicos familiares, trabajadores sociales, enfermeros, terapeutas ocupacionales, asis-

tentes médicos, consejeros y especialistas en la rehabilitación de adictos (me disculpo si he dejado fuera a alguien)– deben obtener primero toda la información básica de cada paciente con el que se encuentran. Las semejanzas en la clase de datos que necesitan tienen mucha mayor importancia que cualquier diferencia que pueda esperarse por las distintas clases de entrenamientos y perspectivas.

Los buenos entrevistadores tienen en común tres características:

1. obtienen la mayor cantidad de información precisa pertinente para el diagnóstico y el manejo,
2. en el menor tiempo,
3. son constantes en la creación y mantenimiento de una buena relación de trabajo (*rapport*) con el paciente.

De estos tres componentes, (1) la información obtenida y (3) el *rapport* son decisivos. Si ignoras los límites de tiempo, puedes ofrecer una buena atención, aunque podrías tener dificultades para hacer cargo de más de unos cuantos pacientes al mismo tiempo.

Tu primer contacto con cualquier paciente podría deberse a diversas razones: una rápida exploración, el diagnóstico de admisión de un paciente externo, una visita de emergencia a una habitación, la admisión a un hospital o una consulta para dar medicación o psicoterapia. Una enfermera clínica podría requerir desarrollar un plan de tratamiento de enfermería con base en varios diagnósticos conductuales. Los informes forenses y las entrevistas de investigación tienen diferentes objetivos, pero sus métodos y contenidos tienen mucho en común con el resto de los tipos de entrevista que hemos mencionado, cada uno de los cuales es una aplicación especializada de la entrevista inicial básica e integral. Cualesquiera que sean los objetivos de la entrevista, este libro busca presentar la información que debes tratar de obtener de todos los pacientes y recomendar técnicas que te ayuden durante las distintas etapas de la entrevista.

En las décadas pasadas, aprendimos mucho sobre el proceso de la entrevista. Sin embargo, en mis evaluaciones cotidianas de jóvenes profesionales de la salud mental, con frecuencia me encuentro desconcertado por lo poco que se emplea este conocimiento en la formación. A menudo, los clínicos usan mucho menos tiempo que el asignado para una entrevista, no preguntan sobre ideas suicidas y olvidan que muchos pacientes en salud mental también pueden presentar dificultades con el uso de sustancias. En resumen, se ignora mucho de lo que sabemos acerca de los procesos de la entrevista y la evaluación. *La entrevista psicológica* intenta remediar este déficit. Ya que está dirigido a los principiantes, hace hincapié en material básico que los clínicos de todas las disciplinas de la salud mental deben saber. Espero que los clínicos con experiencia también encuentren este libro como un repaso útil.

LA NECESIDAD DE INFORMACIÓN COMPLETA

Los clínicos pueden ver a un paciente de diferentes maneras. De hecho, todos los clínicos deben ser capaces de ver a cada paciente desde las perspectivas biológica, dinámica, social y conductual, porque un solo paciente puede requerir el tratamiento implicado por cualquiera de estos puntos de vista teóricos, o todos ellos. Por ejemplo, los problemas de una mujer joven casada que bebe alcohol en demasía podrían determinarse mediante una combinación de factores:

Dinámico. Su dominante esposo se parece a su padre, que también bebe.

Conductual. Ella asocia el beber con un alivio de las tensiones causadas por estas relaciones.

Social. Varias de sus amigas beben; beber es aceptado, incluso alentado, en su medio social.

Biológico. También debemos considerar la contribución genética de su padre en el abuso de alcohol.

Una evaluación completa saca a la luz las contribuciones de cada uno de estos puntos de vista. Cada uno se integra en el plan de tratamiento.

A lo largo de este libro, hago hincapié en la necesidad de tener en mente todas las perspectivas cuando se lleva a cabo una entrevista completa. A menos que realices una evaluación completa, es probable que pases por alto datos vitales. Por ejemplo, podrías no enterarte de que un paciente que busca ayuda por “un problema de vida” en realidad tiene una psicosis subyacente, está en medio de una depresión o abusa de alguna sustancia. Incluso si tu paciente resulta no tener un trastorno mental real, necesitas comprender la manera en que las experiencias pasadas contribuyen a los problemas actuales. Sólo una entrevista completa puede darte información satisfactoria.

No hace falta decir que obtendrás mucho más información adicional conforme avance el tratamiento. Incluso puedes encontrar que debes reconsiderar ciertas opiniones que te formaste durante la primera sesión. Pero sólo puedes planear el manejo del caso de manera racional si primero suscitas el material pertinente en la entrevista inicial.

El éxito como entrevistador en el campo de la salud mental depende de diferentes habilidades. ¿Qué tan bien puedes suscitar la historia completa? ¿Puedes investigar con suficiente profundidad para obtener toda la información pertinente? ¿Qué tan rápido puedes enseñar al paciente a decir hechos exactos y pertinentes? ¿Qué tan apropiadamente evalúas y respondes a los sentimientos del paciente? ¿Puedes motivar, si es necesario, al paciente a revelar experiencias embarazosas? Todas estas habilidades son necesarias para cualquiera que tenga que suscitar historias en el campo de la salud mental. El momento para aprenderlas es al inicio de tu formación, antes de que hábitos de entrevista poco efectivos, o incluso desadaptados, sean partes fijas de tu estilo. Los beneficios de la formación inicial deben mantenerse toda la vida.

Hace más de medio siglo, dos libros sentaron el tono del estilo para entrevistar: *The Initial Interview in Psychiatric Practice* de Gill, Newman y Redlich, y *La entrevista psiquiátrica* de Harry Stack Sullivan. Aunque han aparecido muchos otros libros a lo largo de los años, la mayoría ha seguido los modelos que estos dos libros establecieron. Pero el gusto y las necesidades han cambiado a lo largo de las décadas, y estas admirables obras ya no sirven adecuadamente al entrevistador de la salud mental. En las últimas décadas, varios artículos de investigación, sobre todo los de Cox y colaboradores, han proporcionado bases científicas para la práctica moderna de la entrevista. Gran parte de este libro se basa en estas fuentes. También consulté casi todos los artículos de investigación y monografías pertinentes sobre entrevista que se han publicado en los últimos 60 años. Las citas de las fuentes más importantes se presentan en el apéndice F.

En sus publicaciones, Cannell y Kahn (1968) afirmaron: “Las personas que escriben instrucciones y libros para entrevistadores no se han dedicado mucho a entrevistar”. Al menos en el caso de *La entrevista psicológica*, esta afirmación es por completo errónea. Una parte importante de lo que aparece en este libro proviene de mi propia experiencia a lo largo de los años en el campo de la salud mental con más de 15 000 pacientes. El método de entrevista que recomiendo es una amalgama de investigación clínica, la experiencia de otros y mi propia percepción de lo que funciona. Si a veces parece una fórmula que, ésta funciona muy bien. Una vez que hayas aprendido lo básico, puedes adaptarla y extenderla para crear tu propio estilo de entrevista.

LA IMPORTANCIA DE LA PRÁCTICA

Cuando estaba en formación, mis profesores decían a menudo que el mejor libro de texto para un estudiante es el paciente. En ningún otro caso esto es tan cierto como al aprender a hacer entrevistas en el área de salud mental. De hecho, ningún libro de texto puede ser más que un complemento, una guía para el aprendizaje real que viene mediante la experiencia. Por lo tanto, te recomiendo que practiques desde el principio de manera constante.

Primero, lee los capítulos 1 a 5 con rapidez. No trates de memorizar este material; la cantidad puede ser abrumadora, pero se presenta en secuencia para ayudarte a aprenderlo en poco tiempo. (El apéndice A ofrece un esquema conciso de la información que necesitas y las estrategias que puedes usar en cada etapa de una típica entrevista inicial). Luego, encuentra un paciente que te ayude a aprender.

Para el entrevistador principiante, los pacientes hospitalizados en una unidad de salud mental son una fuente excelente. Muchos de ellos han sido entrevistados antes (¡algunos son sumamente experimentados!), así que tienen una idea clara de lo que esperas de ellos. Incluso en los pabellones contemporáneos de hospital con muchas actividades programadas, suelen tener tiempo disponible. Muchos pacientes agradecen la oportunidad de ventilarse, y la mayoría disfruta el sentimiento de que algo bueno puede resultar de sus propias dificultades, en este caso, la formación de un profesional de la salud mental. (Un estudio de 1998 encontró que la mayoría de los pacientes estaba muy satisfecha con los estudiantes que participaron en los equipos que los atendían en el hospital; otro estudio informó que, para los pacientes –quienes con gusto repetirían la experiencia–, los estudiantes fueron “amables y comprensivos”). Y a veces, una entrevista realizada por un observador fresco, incluso un aprendiz, revela nuevas ideas que pueden ayudar a redirigir la terapia.

Así que consigue la ayuda de un paciente cooperativo y empieza a trabajar. No te preocupes por tratar de encontrar “un buen paciente maestro”; para los fines que persigues, cualquier paciente cooperativo lo hará, y todas las vidas son inherentemente interesantes. No trates de seguir un esquema con demasiada rigidez, sobre todo al principio. Relájate y trata de darte a ti y a tu paciente una experiencia agradable.

Después de una hora más o menos –una sesión más larga será demasiado agotadora para ti y el paciente–, interrumpe la entrevista con la promesa de que regresarás después. Regresa a *La entrevista psicológica* y lee acerca de las áreas del manejo de la entrevista en las que tuviste problemas. Compara con cuidado la información personal y social que obtuviste con las recomendaciones del capítulo 8 (que también se esquematiza en el apéndice A). ¿Qué tan completo es tu examen del estado mental? Compara tus observaciones con las sugerencias de los capítulos 11 y 12.

Un estudiante podría preguntar, con razón, “¿cómo puedo hacer una entrevista sobre los trastornos mentales si sé muy poco?” Hacer una entrevista completa implica conocer los síntomas, signos y curso típico de distintos trastornos mentales, pero los puedes estudiar mientras aprendes la técnica de la entrevista. De hecho, aprender sobre los trastornos mediante los pacientes que los han experimentado fijará para siempre las características de estos diagnósticos en tu memoria. En el capítulo 13, encontrarás una lista de las características que debes cubrir en tu entrevista, segmentadas de acuerdo con las áreas de interés clínico que presentan tus pacientes.

Equipado con una lista de preguntas que olvidaste hacer en la primera sesión, regresa a otra sesión con tu paciente. Como yo aprendí ese fin de semana como estudiante principiante de medicina, no hay mejor manera de aprender que cuestionarte qué preguntas debes hacer para corregir tus omisiones. Mientras más pacientes entrevistes, menos olvidarás. Cuando hayas terminado tu entrevista, cualquier libro de texto estándar (véase en el apéndice F una lista anotada) puede ayudarte con el diagnóstico diferencial del trastorno de tu paciente.

Adquirirás más rápido las habilidades necesarias si tienes retroalimentación de un entrevistador experimentado. Podría ser directa, como cuando un instructor se sienta contigo mientras entrevistas a tu paciente. Numerosos estudios han demostrado la eficacia de las grabaciones de audio y video, que pueden ser repasadas mientras discutes con tu instructor los hechos que omitiste y las técnicas de entrevista que pudiste usar para lograr un mejor efecto. Es probable que te encuentres con que puedes aprender mucho sólo escuchando en privado las grabaciones de tus primeras entrevistas. En el apéndice E, presento una hoja de calificaciones para ayudar a evaluar temas de contenido y proceso de tus entrevistas.

Aperturas e introducciones

Cuando hayas terminado una entrevista inicial, deberás: 1) haber obtenido información de tu paciente, y 2) establecido las bases de una buena relación de trabajo. La información incluye varios tipos de **historia** (que es un informe detallado que comprende síntomas actuales, enfermedades previas, medicación, relaciones familiares y sociales, factores de riesgo para la salud, en resumen, cualquier cuestión relacionada con la vida y los problemas de salud mental de tu paciente) y un **examen del estado mental** (EEM, que es una valoración del pensamiento y la conducta actual de tu paciente).

En el curso de este libro, explicaré cada sección de la historia y el EEM, más o menos en el orden cronológico que usarías cuando hables con tu paciente. En distintos capítulos, discutiré el contenido de la información que debes esperar obtener y las técnicas de entrevista más apropiadas para ese contenido. En donde sea pertinente, también discutiré temas relacionados con el *rapport*.

FACTORES DE TIEMPO

En los primeros momentos de una entrevista inicial, tendrás que realizar diversas tareas.

- Debes indicar qué forma adoptará tu entrevista: cuánto tiempo durará, qué tipo de preguntas harás, entre otras.
- Debes comunicar cierta idea sobre la clase de información que esperas de tu paciente (o de otro informante).
- Debes crear un ambiente cómodo y seguro, que permita a tu paciente tener tanto control como sea posible en esas circunstancias.

El cuadro 1-1 presenta una lista con el material básico que se debe cubrir en la primera entrevista. Un clínico con experiencia podría tardar 45 minutos examinando a un paciente promedio, mientras que un estudiante probablemente requiera varias horas para obtener toda la información pertinente. Sin importar tu nivel de experiencia, tu prioridad debe ser recoger la mayor cantidad de información posible al inicio de la relación, antes de que puedas comprometerte demasiado con un diagnóstico.

A veces, incluso un entrevistador experimentado requiere más de una sesión para hacer una valoración inicial, y cualquiera necesita más tiempo con un paciente que es inusualmente platicador, vago, hostil, desconfiado o difícil de entender, o que tiene una historia complicada que

Cuadro 1-1. Esquema de la entrevista inicial

Queja principal	Vida adulta (<i>cont.</i>)	Intentos de suicidio (<i>cont.</i>)
Historia de la enfermedad actual	Actividades recreativas	Gravedad
Estrés	Clubes, organizaciones	Psicológica
Inicio	Intereses, pasatiempos	Física
Síntomas	Servicio militar	Examen del estado mental
Episodios previos	Sección, rango	Apariencia
Tratamiento	Años de servicio	Edad aparente
Consecuencias	¿Problemas de disciplina?	Raza
Curso	¿Combates?	Actitud
Tratamientos previos	¿Algún problema legal?	Nutrición
¿Hospitalizaciones?	¿Antecedentes criminales?	Higiene
Efectos en el paciente, otros	Litigios	Arreglo del cabello
Historia personal y social	Religión	Ropa
Infancia y desarrollo	Denominación	¿Aliñada?
¿Dónde nació?	Niveles de interés	¿Limpia?
¿Número de hermanos y lugar que ocupa entre ellos?	Historia médica	¿Tipo/moda?
¿Criado por uno o los dos padres?	Enfermedades importantes	Conducta
Relación con los padres	Operaciones	Nivel de actividad
Si fue adoptado:	Medicamentos no psiquiátricos	¿Temblores?
¿En qué circunstancias?	Alergias	Gestos y estereotipias
¿Fuera de la familia?	Al ambiente	¿Sonrisas?
Salud en la infancia	A alimentos	Contacto visual
Problemas relacionados con la pubertad	A medicamentos	¿Discurso claro?
¿Abuso (físico o sexual)?	Hospitalizaciones no psiquiátricas	Estado de ánimo
Educación	Deterioros físicos	Tipo
Último grado concluido	¿Factores de riesgo para VIH/Sida?	Labilidad
Problemas escolares	¿Abuso sexual o físico adulto?	¿Adecuado?
Demasiado activo	Revisión de los sistemas	Curso del pensamiento
Rechazo a la escuela	Cambios de apetito	Asociaciones de palabras
Problemas de conducta	Lesiones en la cabeza	Velocidad y ritmo del discurso
¿Suspensiones o expulsiones?	Ataques	Contenido del pensamiento
¿Era un niño sociable?	Dolor crónico	Fobias
Pasatiempos, intereses	Estados de inconsciencia	Ansiedad
Vida adulta	Síndrome premenstrual	Obsesiones, compulsiones
Situación actual de vida	Revisión por trastornos de somatización	Ideas suicidas
¿Con quién vive?	Historia familiar	Delirios
¿Dónde?	Describir a los familiares	Alucinaciones
¿Alguna vez no ha tenido dónde vivir?	¿Trastornos mentales de familiares?	Lenguaje
Red de apoyo	Abuso de sustancias	Comprensión
Movilidad	Tipo(s) de sustancia(s)	Fluidez
Finanzas	Duración del uso	Nombres
Historia marital	Cantidad	Repetición
Edad(es) en que contrajo matrimonio	Consecuencias	Lectura
Número de matrimonios	Problemas médicos	Escritura
Edad(es) en que terminaron y cómo	Pérdida de control	Cognición
Número, edad y sexo de los hijos	Problemas personales e interpersonales	Orientación
¿Hijastros?	Problemas en el trabajo	Persona
¿Problemas maritales?	Consecuencias legales	Espacio
Preferencia sexual, adaptación	Problemas financieros	Tiempo
Problemas en el coito	Mal uso de medicamentos	Memoria
Métodos de control de natalidad	Prescripción	Inmediata
¿Parejas extramaritales?	Autorrecetados	Reciente
¿Abuso sexual, físico?	Rasgos de personalidad	Remota
Historia laboral	Patrones conductuales de toda la vida	Atención y concentración
Ocupación actual	Violencia	Series de siete en siete
Número de trabajos	Detenciones	Conteo en orden inverso
Razones de los cambios de trabajo	Intentos de suicidio	Información cultural
¿Alguna vez fue despedido?	Métodos	Cinco presidentes
	Consecuencias	Pensamiento abstracto
	¿Asociados con drogas o alcohol?	Semejanzas
		Diferencias
		Insight y juicios

contar. Algunos pacientes no pueden tolerar una entrevista prolongada, e incluso los que están hospitalizados pueden tener otras citas a las que deben asistir. Las entrevistas múltiples también dan tiempo al paciente para reflexionar y recordar material que pudo haber omitido al inicio. Desde luego, si entrevistas a familiares u otros informantes, necesitarás más sesiones y tiempo para integrar la información de todas las fuentes.

Por la prisa de la atención moderna en salud, el tiempo de que disponemos se reduce de manera constante. Por ello, expreso en porcentajes los lapsos que debes dedicar en tu plan a las distintas partes de una entrevista inicial promedio:

- 15%: determinar la queja principal y alentar el discurso libre.
- 30%: buscar un diagnóstico específico; preguntar acerca del suicidio, historia de violencia y abuso de sustancias.
- 15%: obtener la historia médica; realizar una revisión de los sistemas; obtener la historia familiar.
- 25%: obtener el resto de la historia personal y social; valorar la patología del carácter.
- 10%: realizar el EEM.
- 5%: discutir el diagnóstico y tratamiento con el paciente; planear la siguiente cita.

Las propias necesidades profesionales pueden cambiar en cierto modo el foco de interés. Por ejemplo, los trabajadores sociales pueden dedicar más tiempo a la historia personal y social (en una época, algunas instituciones y agencias asignaban a los trabajadores sociales la responsabilidad de obtener la historia social completa. En la actualidad, se cree que, al menos, un clínico debe recolectar todos los aspectos de la historia social, pues puede sintetizar esta información en un cuadro clínico coherente).

Sin importar tu profesión, te recomiendo que trates de obtener la historia completa desde el inicio de la relación con el paciente. Después de las primeras sesiones, incluso los clínicos experimentados suponen que conocen bien al paciente e ignoran cierta información vital que se les pudo haber escapado.

Desde luego, tomando en cuenta que nadie dispone de tiempo ilimitado, ninguna evaluación puede considerarse completa. En la medida en que se proporcione atención al paciente, nuevos hechos y observaciones complementarán la información original. Pero, si se realizó un buen trabajo desde el principio, estos hechos y observaciones nuevos serán detalles que corroboren sustancialmente el diagnóstico y tratamiento.

Muchos pacientes buscan ayuda por problemas graves que sienten aterradores, agobiantes o como amenazas a su vida. Se debe lograr que narren su historia de modo que sientan que la evaluación ha sido completa, imparcial y profesional. Si el paciente es inusualmente dramático, lento o platicador, trata de entender esta conducta a la luz de las tensiones y ansiedades que cualquiera puede enfrentar y concédele tiempo adicional.

ESCENARIOS

En los primeros momentos que un profesional pasa con un paciente nuevo se establece el tono de las siguientes interacciones. La atención cuidadosa en cuestiones sencillas, como la manera en que se hacen las presentaciones, así como la comodidad y la sensación de control del paciente, ayuda a establecer una relación fundada en el respeto y cooperación. Si tienes consultorio privado, puedes decorarlo a tu gusto, pero los institucionales a menudo están lejos de ser suntuosos. Por fortuna, la eficacia de la entrevista no depende de la elegancia del espacio, aunque la privacidad facilita obtener la mayor cantidad de información, he visto entrevistas excelentes realizadas en la cabecera de la cama o, incluso, en una esquina de un concurrido cuarto de hospital. Lo primordial es tu interés por la comodidad y privacidad del paciente.

Aprovecha al máximo las condiciones de que dispongas. Al sentarte de frente al paciente con un escritorio en medio, como se acostumbra en muchos consultorios, se crea una barrera inflexible entre los dos. No permite mucha libertad de acción para dar más espacio al paciente desconfiado o acercarse a alguien cuya depresión requiere el consuelo íntimo de otro ser humano. En lugar de ello, trata de acomodar tus sillas de modo que puedas estar enfrente de tu paciente desde una esquina del escritorio o mesa; de ese modo, puedes variar la distancia entre los dos de acuerdo con las necesidades de cada momento. Si eres diestro, puedes tomar notas con mayor comodidad si el paciente se sienta a tu izquierda. Desde luego, dos sillas que están directamente una frente a la otra también funcionarán. Trata de tener disponible una caja de pañuelos desechables, pues nunca se sabe cuándo los puedan necesitar.

Al mismo tiempo, tienes otro deber, cuya importancia no necesito señalar: mantener tu propia seguridad.

La gran mayoría de los encuentros en salud mental transcurren sin incidentes, pero en algunos casos raros ocurre algo desafortunado que resulta en perjuicio del clínico, del paciente o ambos. (En 2006, Wayne Fenton, psiquiatra especializado en el tratamiento de la esquizofrenia en el *National Institute of Mental Health* en Bethesda, Maryland, fue asesinado a golpes por uno de sus pacientes, ataque que apareció en los titulares de periódicos de todo el país).

Al principio de cada entrevista con un paciente, se deben verificar las condiciones de seguridad para ti y los demás. En términos prácticos, esto significa seguir tres principios: 1) realizar la entrevista en un lugar donde haya otras personas en las cercanías; 2) tener a la mano un sistema de emergencia fácil de activar, y 3) cuando realices una entrevista en un consultorio cerrado, coloca tu asiento de modo que estés más cerca de la puerta que el paciente, sin que te estorbe el escritorio o algún otro mueble para salir rápidamente en caso de ser necesario.

Sin importar dónde realices la entrevista, tu apariencia puede afectar la relación con el paciente. Qué se considera profesional depende, en cierta medida, de la región, donde trabajas y las costumbres de tu clínica u hospital en particular. Esta observación podría parecer obvia, pero se puede repetir: si pones atención en tu ropa, aliño y comportamiento, los demás te percibirán más profesional.

Los estándares han cambiado un poco en las últimas dos décadas, pero la ropa aún puede hacer la diferencia. En general, los pacientes están dispuestos a aceptar ropa y peinados conservadores; vestimenta o comportamiento demasiado casual podría sugerir falta de interés en la importancia de la entrevista. De hecho, una encuesta efectuada el año 2005 reveló que los pacientes preferían, por mucho, que los médicos vistieran de manera formal y que tenían mayor disposición a revelar información personal a los clínicos que vestían abrigos blancos que a los que usaban ropa casual. La mayoría de los pacientes también afirmaron que era más probable que siguieran las recomendaciones de alguien con ropa de aspecto profesional. Los pacientes encuestados fueron, en promedio, de edad media; aunque los adolescentes y niños podían ser excepciones importantes a esta regla, este informe merece una consideración cuidadosa. (Es probable que sea pertinente para otros profesionales de la salud tomarlo en consideración).

Aunque la mayoría de los clínicos del campo de la salud mental no usan abrigos blancos, la ropa pulcra, limpia y no demasiado casual anunciará tu estatus de profesional. Limita el uso de joyas a algo modesto; no despiertes el antagonismo de alguien cuya cooperación necesitas usando objetos que sugieran riqueza o un estatus que el paciente no espera alcanzar nunca. Si usas broches, collares u otros accesorios de vestir que indiquen una filiación religiosa, toma en cuenta si alguno podría considerarlos como una barrera para una relación eficaz. Observa cómo se visten y comportan otros profesionales en el lugar donde trabajas; sus ejemplos pueden ayudarte a juzgar qué es lo apropiado.

INICIO DE LA RELACIÓN

Preséntate, extiende la mano e indica la disposición de los asientos que prefieras. (Toma asiento siempre en la cabecera del paciente, aunque tengas la intención de estar sólo unos minutos. Incluso si tienes que tomar un avión, no debes parecer demasiado apurado para concederle tiempo al paciente. Además, si eres un paciente que yace en cama, es incómodo tener a alguien que te observa desde arriba.) Si resulta que llegas tarde a una entrevista, reconócelo y ofrece una disculpa. ¿El nombre del paciente es muy poco común? Asegúrate de que lo has pronunciado bien. Si es la primera vez que se reúnen, explica tu estatus (¿estudiante, interno, especialista?) y el propósito de la entrevista. ¿Qué información esperas obtener? ¿De qué información ya dispones? Intenta decir al paciente cuánto tiempo calculas que tomará la entrevista.

A menudo, ya sabrás algo del paciente por las notas de otros profesionales, las estadísticas del hospital o del médico que lo refirió. Puedes ahorrar tiempo y mejorar la exactitud de la evaluación revisando este material antes de empezar. Sin embargo, en la mayor parte de este libro, suponemos que no tienes acceso a esta información.

Aunque algunos entrevistadores tratan de empezar la relación con un poco de plática, suelo recomendar lo contrario. En la mayoría de los casos, el paciente busca tratamiento a causa de problemas inquietantes y los comentarios acerca del tiempo, algún deporte o programas de televisión pueden parecer una distracción o, peor aún, una expresión de falta de interés de tu parte. Es mejor ir directo al grano.

Si sientes que debes empezar con un poco de plática, haz preguntas que demanden más que un sí o no como respuesta. Por ejemplo:

“¿Cómo estuvo el tráfico en su camino hacia acá?”

“¿Cómo pasó las vacaciones de verano?”

Al menos, estas preguntas muestran que esperas participación activa del paciente. Sobre todo en la primera parte de la entrevista, quieres alentarle a elaborar y no a responder “sí” o “no” mientras haces la mayor parte del trabajo. (En los capítulos 4 y 10, consideraremos con mayor detalle éste y otros aspectos del control de la entrevista).

A veces, un familiar o amigo cercano desean acompañar al paciente en la entrevista, en cuyo caso puedes responder de dos maneras. Yo prefiero ver pacientes e informantes por separado, porque eso maximiza la cantidad de información que obtengo. Para fortalecer el sentido de autonomía del paciente, casi siempre empiezo con éste notificando al otro informante que él será el siguiente. Sin embargo, a veces puede ser necesario tomar el otro rumbo y ver al paciente y al informante juntos.

Esto puede suceder cuando el paciente tiene un deterioro grave, como en un caso avanzado de demencia; en ese caso, contar con un familiar puede ahorrar tiempo. Otra ocasión en que puede ser necesario realizar una entrevista doble es cuando el paciente lo pide encarecidamente, como cuando requiere apoyo extra debido a un estado de ansiedad o depresión severa.

TOMAR NOTAS

En la mayoría de casos, desearás tomar notas. Pocos pueden recordar, aunque sea por poco tiempo, todo el material que se escucha y es posible que no se tenga la oportunidad de escribir la entrevista en seguida. Así que menciona que tomarás notas, y asegúrate de que el paciente no tiene ningún inconveniente al respecto.

No obstante, debes intentar tomar notas lo menos posible, pues esto te permitirá dedicar más tiempo a observar la conducta del paciente y sus expresiones faciales para detectar indicios

de sus sentimientos. No podrás poner todo en el papel ni escribir oraciones completas (aparte de la queja principal, que discutiremos en el siguiente capítulo). En vez de ello, apunta palabras clave que indiquen qué temas explorar más adelante o que sirvan como recordatorios cuando elabores el informe. Intenta tener en la mano tu bolígrafo todo el tiempo, pues esto evita que te distraigas tomándolo en repetidas ocasiones, pero puedes ponerlo a un lado cuando discutas temas delicados, de cuyo registro el paciente no se preocupe.

Esto trae a colación el controvertido tema de los registros computarizados. Con nuestros sistemas de registro en línea, incluso en la nube, los clínicos enfrentamos la presión de teclear información mientras hablamos con los pacientes. Confieso que yo simplemente no puedo imaginar una manera eficiente de hacer esto mientras hablamos con un nuevo paciente, si es que tenemos alguna esperanza de crear un buen *rapport*. Para mí, la respuesta *aún* parece ser tomar notas con un bolígrafo y escribir más tarde el resumen. Esta posición parece encontrar resonancia en colegas, algunos de los cuales señalan que el surgimiento de programas de dictado cada vez más precisos, incluso los que escribimos a máquina con dificultades podemos introducir información digital con eficiencia.

Ahora, he aquí otro problema: a veces, el paciente pide que dejes cierto material fuera de los registros. Si eres estudiante, no hay problema, pero si esta petición se hace al principio de la relación y eres el clínico responsable, lo mejor es acceder, sobre todo cuando sólo se refiere a una parte limitada de la entrevista. Si el paciente parece demasiado incómodo cada vez que tomas nota, puedes explicarle que necesitas hacerlo para darle sentido a todo el material más tarde. En el remoto caso de que el paciente insista, acepta, deja el bolígrafo y después transcribe todo lo que puedas recordar. Lo que quieres es una entrevista informativa completa, no vencer en una contienda de voluntades. Sin embargo, en algún punto, quizá no en el momento justo en que tratas de terminar la entrevista, podrías retomar este tema otra vez.

Tener un vacío importante en la información podría resultar problemático, en especial si el paciente será atendido por otro clínico.

Revisar una grabación de audio puede ayudarte a detectar las dificultades en tu estilo de entrevistar. A menudo, puedes descubrir deficiencias que habrías pasado por alto con un registro menos fidedigno de tu conversación. Sin embargo, como práctica cotidiana, tiene desventajas: revisar una grabación requiere mucho tiempo y algunos pacientes pueden sentirse aún más incómodos con la grabación que con las anotaciones. Si decides grabar el audio hazlo después de haber explicado su propósito educativo y de haber obtenido permiso.

También puede ser necesario que expliques que las leyes estatales y la ética profesional pueden exigirte revelar cierta información importante para la seguridad de otras personas. Este principio, que se formalizó en California en el año de 1974 por el fallo *Tarasoff*, afirma con claridad que el personal del campo de la salud tiene el deber de proteger a las personas identificables en contra de quienes se han hecho amenazas. Aunque esta ley no se ha promulgado en todos los estados se recomienda a los clínicos de todas partes comportarse como si ya lo estuviera. Desde luego, si eres estudiante, nunca debes realizar tal acción por tu cuenta; discute de inmediato cualquier amenaza u otra preocupación con tu supervisor, quien se encargará de tomar las medidas de protección necesarias.

EJEMPLOS DE APERTURAS

Una apertura eficaz puede tener muchas variaciones posibles. He aquí una muy buena:

- Entrevistador: Buenos días, señor Dean. Soy Emily Watts, estudiante de tercer año de medicina. Me gustaría hablar con usted durante una hora para obtener tanta información como sea posible acerca de personas con problemas como los suyos, ¿dispone de tiempo en este momento?

- Paciente: Sí, está bien.
- Entrevistador: ¿Por qué no toma asiento aquí? (Moviéndose hacia la silla). ¿Le importa si tomo algunas notas?
- Paciente: No, parece que todo mundo lo hace.

Esta apertura funciona porque transmite con rapidez la información que es importante para el paciente: el nombre de la entrevistadora y su posición, el propósito de la entrevista y el tiempo que tomará. La entrevistadora también resuelve el asunto de la ubicación de los asientos y obtiene permiso para tomar notas. Sin embargo, algunos pacientes pueden frenarse al abordar la posibilidad de tener algún problema. La señorita Watts estaba entrevistando a un paciente, por lo que éste no desafió sus preguntas. Los pacientes nuevos pueden responder mejor a un simple: "Por favor, dígame qué lo trae por aquí".

He aquí otra apertura útil:

Paciente: ¿es usted el estudiante del que me hablaron?

Entrevistador: no, soy el Dr. Holden, psicólogo interno. Hablé con su terapeuta esta tarde y me gustaría hablar con usted para ver qué podemos hacer para ayudarlo. Podemos usar este pequeño cuarto.

Paciente: (asiente).

Entrevistador: para ayudarlo de la mejor manera, voy a necesitar toda la información posible. Me gustaría apuntar algunas notas si usted no tiene inconveniente.

Paciente: no hay problema.

A veces, la fase de recolectar información requiere más que una sola entrevista. Puedes iniciar la segunda sesión diciendo: "¿Ha pensado en algo más que decir sobre nuestra conversación anterior?" o "¿Qué le dijo a su [esposo, hija, etc.] acerca de nuestra última reunión? Otra manera consiste sólo en retomar la entrevista en el punto en que se quedó la primera.

Motivo de consulta y discurso libre

El motivo de consulta formula las razones del paciente para buscar ayuda, mientras que el discurso libre que le sigue inmediatamente lo alienta a hablar de dichas razones. Las palabras empleadas para preparar el terreno y obtener la información pueden afectar en gran medida los resultados subsiguientes, y se pueden categorizar en uno de los dos estilos de entrevista: directivo y no directivo.

PREGUNTAS DIRECTIVAS FRENTE A NO DIRECTIVAS

Al hacer muchas preguntas específicas, un entrevistador directivo proporciona explícitamente la estructura que dice al paciente qué clase de información se desea. El entrevistador no directivo absorbe de una manera más pasiva la información que el paciente elige presentar. Un estilo no directivo suele producir un fuerte *rapport* y hechos confiables. Sin embargo, el uso exclusivo de este estilo también produce menos información; por ejemplo, sin dirección, el paciente puede no darse cuenta de que la historia familiar es importante o podría sentirse demasiado apenado para ofrecer información más personal. La entrevista inicial más eficaz es la que emplea preguntas directivas y no directivas.

La mayor parte del inicio de la entrevista debe ser no directiva, pues esto ayuda a establecer la relación de trabajo y conocer la clase de problemas y sentimientos que predominan en la mente del paciente. Pero la solicitud inicial de información debe afirmar con claridad qué se espera del paciente.

La primera pregunta

Cuando se plantea la primera pregunta se debe ser específico y comunicar al paciente con exactitud qué se desea saber de él. Si, como algunos entrevistadores no directivos, dejas por completo que el paciente decida qué temas abordar (“¿De qué le gustaría hablar?”), podrías terminar con mucha información sobre el partido de fútbol del domingo pasado o del nuevo auto deportivo del paciente. Al final, podrías reencaminar la entrevista, pero a costa del tiempo y, quizá, del paciente, quien puede preguntarse si en realidad sabías lo que querías.

Se pueden evitar estas dificultades haciendo las preguntas adecuadas desde el principio:

“Por favor, dígame qué problemas lo hicieron buscar tratamiento”

Con la mayoría de los pacientes, esto funciona muy bien. Sin embargo, de vez en cuando te encontrarás con alguien que se moleste ante la idea de que hay un problema. Desde luego, se puede superar esta dificultad diciendo: "Por favor, dígame por qué está usted aquí" o "¿Por qué busca un tratamiento?" Para algunos individuos, cualquiera de estos enunciados pueden generarles descontento: los adolescentes a menudo no asisten por su propia voluntad, y encontrarás pacientes ocasionales cuya meta sea simplemente encontrar sentido a su vida. Al final, no hay un inicio perfecto. Si el paciente pone objeciones a tu estrategia inicial ("¡No tengo ningún problema!"), por lo general, puedes resolver la situación respondiendo: "Quizá podrías decirme solamente tu idea de por qué estás aquí".

Cualquiera que sea el contenido exacto de la pregunta, observa que las solicitudes iniciales expuestas tienen dos cualidades que afectan el tipo de información que obtendrás:

- Le dicen al paciente qué clase de información buscas.
- También son abiertas. Las interrogantes abiertas son preguntas o afirmaciones que no se pueden responder fácilmente con una o dos palabras. Debido a que invitan al paciente a hablar por un momento acerca de lo que le parece importante, promueven un estilo relajado de entrevista desde el principio, lo cual ayuda a establecer el *rapport*.

Las preguntas y afirmaciones abiertas pueden desempeñar dos funciones. Algunas sólo solicitan mayor información acerca de un punto:

"Me gustaría escuchar un poco más acerca de eso"

"¿Podría ampliar sobre este tema?"

"¿Qué más sucedió?"

Otras preguntas acercan la historia al presente:

"¿Qué sucedió después de eso?"

"¿Y luego qué?"

"¿Qué hizo usted después?"

Las solicitudes abiertas pueden ampliar el alcance de la información que se obtiene; con mayor libertad para responder, los pacientes dicen lo que es importante para ellos. Estas preguntas hacen saber a los pacientes que sus historias son importantes para el entrevistador. También te permiten pasar menos tiempo hablando y más, observando; el valor de esto se hará evidente en el capítulo 11 cuando se hable acerca del EEM.

Las preguntas cerradas dirigen de modo más restringido la clase de respuestas deseadas y se pueden responder con pocas palabras; pueden ser de "sí o no" o de opciones limitadas ("¿Dónde nació usted?" en comparación con "Hábleme de su infancia"). Éstas también son útiles y en ocasiones son necesarias para obtener la mayor cantidad de información en el menor tiempo posible. Pero en las primeras partes de la entrevista, usa preguntas abiertas que alienten al paciente a decir una historia que toque tantos aspectos de su caso como sea pertinente.

EL MOTIVO DE CONSULTA

El **motivo de consulta** es la razón por la que el paciente busca ayuda. Por lo general, es el primer enunciado completo, o los primeros dos, de la respuesta a la pregunta inicial:

"Platíqueme del problema que lo trajo aquí"

Importancia

El motivo de consulta es importante por dos razones:

1. Porque suele ser el problema predominante en la mente del paciente; sugiere el área que se debe explorar primero. La mayoría de los pacientes tienen cierta clase de problema o solicitud específica. He aquí algunos ejemplos:

“No puedo alcanzar mis metas”

“Tengo dificultades para entablar relaciones con mujeres”

“Oigo voces”

“Estoy tan deprimido que siento que no puedo continuar”

Cada uno de estos ejemplos típicos expresa cierto malestar, problemas vitales o miedo para lo que el paciente requiere ayuda.

2. En contraste, a veces el motivo de consulta es una negación llana de que exista algún problema. Cuando esto sucede, advierte acerca de la autoobservación, inteligencia o cooperación del paciente. Por ejemplo:

“No tengo ningún problema. Estoy aquí sólo porque el juez lo ordenó”

“No recuerdo nada acerca de eso”

“El cero absoluto se acerca, y cuando llegue aquí mi cerebro se convertirá en pan”

Motivos de consulta como estos tres indican una patología o resistencia serias que requieren un manejo especial. En el capítulo 16, se hablará acerca de los pacientes que se resisten a ser entrevistados.

Respuestas

Algunos motivos de consulta sugieren que el paciente no comprende del todo el propósito de la entrevista. Por momentos, se encontrará esta clase de motivos de consulta vagos o ligeramente pendencieros, así que se debe estar preparado con algunas buenas respuestas.

Entrevistador: ¿Por qué busca un tratamiento?

Paciente: Eso lo puede leer en mi expediente.

Entrevistador: Podría hacerlo, pero me ayudaría más a saber de usted si me lo dice con sus propias palabras.

He aquí la reacción de un entrevistador ante un paciente que, en vez de una queja, dio una prescripción:

Paciente: Creo que sólo necesito vitaminas.

Entrevistador: Quizá, pero decidámoslo después de que usted me diga qué lo ha estado molestando.

Otro paciente suplicó ayuda para poder empezar:

Paciente: En verdad, no sé por dónde empezar.

Entrevistador: ¿Por qué no empieza diciendo cuándo comenzaron sus dificultades más recientes?

Trata de conocer la verdadera razón de su asistencia

Las primeras palabras del paciente no siempre expresan la verdadera razón para buscar ayuda. Algunos no la reconocen y otros pueden sentirse avergonzados o temerosos de lo que les puedan decir. En cualquier caso, la queja principal que formulan puede ser sólo un “boleto de admisión” para la ayuda que el clínico pueda brindarle:

“He sentido mucho dolor” (pero el verdadero dolor es emocional).

“Me siento ansioso casi todo el tiempo que estoy despierto” (evita hablar de un consumo de alcohol excesivo).

“Me gustaría hablar de algunas de mis relaciones” (el paciente tiene miedo de mencionar el VIH/Sida).

“Quiero un consejo en relación con mi madre. Me pregunto si se está volviendo senil” (el paciente en realidad se pregunta: “¿Me estoy volviendo loco?”).

Cada una de estas quejas iniciales oculta una razón más profunda y menos obvia para buscar ayuda. A menudo se puede dar con el verdadero problema más adelante en la entrevista preguntado:

“¿Hay alguna otra cosa que le esté molestando?”

Algunas veces se puede determinar la motivación subyacente del paciente sólo cuando pensamos que la evaluación inicial ha concluido.

Sin importar qué clase de queja inicial se presenta, se debe anotar con las palabras exactas del paciente, para después contrastarla con lo que crees que lo ha impulsado a buscar ayuda.

DISCURSO LIBRE

Durante los minutos que siguen a la queja principal, tu paciente debe tener la oportunidad de hablar con libertad acerca de las razones que lo llevaron a buscar tratamiento. Para facilitar la gama más amplia posible de información, permite que fluya la historia sin explorar detalles ni interrumpir de alguna otra manera. A este flujo no dirigido de información se le llamará **discurso libre**, que se distingue del formato restringido de pregunta-respuesta de la siguiente parte de la entrevista.

¿Qué es el discurso libre?

En términos sencillos, el discurso libre es sólo la oportunidad que tiene el paciente para expresar sus pensamientos sin restricciones ni dirección. “Discurso con un mínimo de estructura” es como algunos clínicos lo dirían. Los entrevistadores experimentados recomiendan este periodo (de 8 a 10 min de una sesión de una hora) de discurso libre por varias razones, algunas de las cuales son las mismas que para hacer preguntas abiertas:

- El discurso libre coloca al entrevistador como alguien que se interesa lo suficiente para escuchar las preocupaciones del paciente.
- Ofrece al paciente la oportunidad de organizar y explorar las razones para buscar tratamiento.

- Te da la oportunidad de saber qué es lo que predomina en la mente del paciente.
- Te permite conocer algunas particularidades de la personalidad del paciente.
- Sin las restricciones de tener que dirigir la conversación, puedes hacer observaciones acerca del estado de ánimo, la conducta y los procesos de pensamiento.
- Es más probable que se manifiesten los rasgos de carácter en una persona que habla de manera espontánea que en alguien que responde una serie de preguntas.
- Cuando el entrevistador comparte el control durante esta parte de la conversación, establece desde el principio la expectativa de que el paciente adopte un papel activo a lo largo de la terapia.
- El entrevistador puede poner atención especial al contenido del discurso del paciente. Un estudio mostró que, en los primeros 3 minutos de la entrevista inicial, los pacientes informan la mitad del total de sus síntomas.
- Ofrece al paciente la oportunidad de traer a colación preocupaciones que no mencionó al hablar de su queja principal.

La mayoría de los pacientes responderá rápida y apropiadamente a la solicitud de que hablen de sus problemas. Lograr que digan todo lo que se necesita saber requerirá poca redirección de parte del entrevistador. Algunos tienen tanta experiencia contando sus historias que hacen relatos completos y cronológicos de su enfermedad.

Con otros pacientes puede ocurrir lo contrario; algunos pueden haber tenido demasiadas experiencias con entrevistadores que sólo quieren respuestas específicas a preguntas cerradas. Tal vez sea necesario enseñarles a estos pacientes a dar una versión extensa de sus sentimientos y experiencias. Si el paciente hace comentarios breves constantes y luego espera más preguntas de tu parte, debes comunicarle de manera explícita lo que esperas de él. Por ejemplo:

“Lo que en realidad me gustaría de usted es que me hable con sus propias palabras acerca de su problema. Después, le haré algunas preguntas específicas que puede responder brevemente.”

De hecho, pocas historias se despliegan como la exposición de un clásico libro de texto sobre un problema de salud mental. Los pacientes tienen sus propias ideas acerca de qué es importante, e independientemente del evidente valor de su información, es importante dejarlos hacer el intento de contar sus historias. Un paciente ocasional con poca inteligencia o psicosis grave puede no ser capaz de ofrecer una narración satisfactoria. Entonces, tendrás que recurrir a una estrategia mucho más estructurada de pregunta-respuesta para obtener una historia. Pero estos pacientes no se encuentran con frecuencia, y cualquier persona que hable proporcionará información suficiente, al menos, para determinar su estado mental.

Conceder tiempo a los pacientes para hablar con libertad es, al menos, tan importante ahora como siempre lo ha sido, pero los modelos de reembolso por los servicios de salud han puesto restricciones cada vez más rígidas al tiempo del clínico. Amenazan con invadir casi todas las interacciones clínicas más básicas, y plantean la tentación al entrevistador de cortar el discurso del paciente para enfocarse en unas pocas palabras e ir detrás de ellas con demasiada rapidez. Lo sé, porque lo he hecho, y a veces tengo que recordarme a mí mismo la importancia de un periodo prolongado para el discurso libre del paciente. Si encuentro que concedí muy poco tiempo al principio para el discurso libre, trato de incluirlo más adelante.

ÁREAS DE INTERÉS CLÍNICO

Durante el discurso libre, el paciente probablemente mencione uno o más problemas, que pueden ser de índole emocional, física o social. La mayoría puede incluirse en una de varias áreas

principales de interés clínico. Cuando las personas se convierten en pacientes de salud mental, suele ser a causa de problemas contemplados en estas áreas:

- Dificultades del pensamiento (problemas cognitivos, en especial lo que el DSM-5 ahora denomina trastornos neurocognitivos)
- Uso de sustancias
- Psicosis
- Perturbaciones del estado de ánimo (depresión o manía)
- Ansiedad excesiva, conductas evitativas y activación
- Quejas físicas
- Problemas sociales y de personalidad

Cada área de interés clínico comprende distintos diagnósticos que tienen síntomas en común; desde luego, algunos de ellos aparecen en más de un área. Después, cuando obtienes la historia de la enfermedad actual, harás preguntas sistemáticas sobre los síntomas que suelen asociarse con cada una de las áreas que has identificado. Esta información te permitirá determinar cuál de los diagnósticos es el más adecuado para el paciente, pero mientras tanto, en el discurso libre, sólo escribe una nota (mental o en papel) sobre cualquier tema que merezca una exploración posterior.

Señalar áreas de interés clínico

Diversos síntomas y datos de la historia específicos de cada área de interés clínico señalan la necesidad de posterior exploración. Cuando encuentres una en tu entrevista, considera una revisión exhaustiva de esa área (que se discute en el capítulo 13). Los síntomas que indican estas áreas se resumen en el cuadro 2-1.

¿CUÁNTO TIEMPO?

A menos que el discurso del paciente sea vago o inconexo, la queja principal suele tomar sólo unos segundos. Sin embargo, el tiempo que dedicas al discurso libre puede variar. En el raro caso de que el paciente sea incoherente o casi mudo, puedes decidir en ese momento adoptar un estilo más directivo de entrevista, pero con un paciente con experiencia, bien organizado y motivado para decir todo, podrías dedicar la entrevista completa al discurso libre escuchando la historia que se presenta en la misma forma en que la leerías en un libro de texto.

La mayoría de los pacientes no son totalmente como la que mencionamos en el párrafo anterior. A veces, puedes escuchar sin mucha interrupción los primeros 5 o 10 min, pero no hay que seguir esta recomendación con demasiada rigidez. El tiempo que se dedica al discurso libre depende del tiempo total que se pueda dedicar a la entrevista y de lo que ya sepas sobre la historia del paciente. Como regla, debes permitir al paciente hablar con libertad mientras la información que proporciona parece importante y pertinente.

CAMBIO

La parte del discurso libre de la entrevista llegará a su término en la medida en que sientas que has obtenido un bosquejo amplio de los problemas predominantes en la mente del paciente. Antes de pasar a la siguiente sección de la entrevista, debes preguntar si hay otros problemas

Cuadro 2-1. Problemas que señalan áreas de interés clínico

Dificultades del pensamiento (problemas cognitivos)	Perturbaciones del estado de ánimo: manía (<i>cont.</i>)
Oscilación de afectos	Sentido de autovalía grandiosa
Conducta extravagante	Deterioro del juicio
Confusión	Estado de ánimo eufórico o irritable
Juicio disminuido	Planes de muchas actividades
Delirios	Disminución del sueño (reducción de la necesidad de dormir)
Alucinaciones	Habla rápida, escandalosa y difícil de interrumpir
Defectos en la memoria	Aumento reciente en el abuso de sustancias
Ingestión de toxinas	Los pensamientos se mueven con rapidez de una idea a otra
Abuso de sustancias	Ansiedad y trastornos relacionados
Consumo de alcohol de más de una o dos bebidas al día	Ansiedad
Detenciones u otros problemas legales	Dolor de pecho
Finanzas: gastar dinero necesario para otras cosas	Conducta compulsiva
Salud: desmayos, cirrosis, dolor abdominal, vómito	Vértigo
Consumo de sustancias ilegales	Miedo a volverse loco
Pérdida del trabajo, retrasos, descensos de categoría	Miedo de morir o de un destino fatal inminente
Pérdida de la memoria	Miedo a objetos o situaciones
Problemas sociales: peleas, pérdida de amigos	Pesadez en el pecho
Psicosis	Ritmo cardíaco irregular
Afecto plano o inapropiado	Nerviosismo
Conducta extravagante	Ideas obsesivas
Confusión	Palpitaciones
Delirios	Pánico
Fantasías o ideas ilógicas	Respiración difícil
Alucinaciones (de cualquier modalidad sensorial)	Sudoración
Autoobservación o juicio perturbados	Historia de traumas emocionales o físicos graves
Mudez	Temblores
Distorsiones perceptuales (ilusiones, malas interpretaciones)	Preocupaciones
Retraimiento social	Quejas físicas
Discurso difícil de seguir o incoherente	Perturbación del apetito
Perturbaciones del estado de ánimo: depresión	Convulsiones
Aumento o disminución notables en el nivel de actividad	Depresión crónica
Síntomas de ansiedad	Dolor de cabeza
Cambios de apetito	Historia complicada
Pobre concentración	Quejas múltiples
Deseos de muerte	Quejas neurológicas
Sentimientos de no valer nada	Tratamientos repetidos fallidos
Interés disminuido en actividades usuales (incluyendo las sexuales)	Abuso sexual o físico en la infancia
Falta o exceso de sueño	Abuso de sustancias
Aumento reciente en el abuso de sustancias	Historia vaga
Ideas suicidas	Debilidad
Proclividad al llanto	Aumento o disminución de peso
Pérdida o aumento de peso	Problemas sociales y de personalidad
Perturbaciones del estado de ánimo: manía	Ansiedad
Aumento en el nivel de actividad	Conductas raras o extravagantes
Distraibilidad	Presentación dramática
	Abuso de drogas o alcohol
	Pérdida del trabajo, retrasos, descensos de categoría
	Dificultades legales
	Conflictos maritales

además de los ya mencionados. Esto disminuye el riesgo de pasar por alto problemas de áreas vitales (incluso si olvidaste algo importante, es probable que esto se manifieste más tarde. Sin embargo, lo esencial de la entrevista inicial es tratar de obtener tanta información pertinente como sea posible desde el principio).

Éste también es un buen momento para verificar que comprendes todos los problemas. Resume de manera breve cada uno e invita al paciente a evaluar tu análisis.

Entrevistador: Veamos si entendí bien. Usted se sentía bien hasta hace dos semanas más o menos, cuando le propuso matrimonio a su novia y ella aceptó. Desde entonces, usted ha tenido crisis de ansiedad cada vez más intensas, se ha sentido deprimido y no se puede concentrar en sus estudios. Ahora, tiene miedo de tener una enfermedad cardíaca a causa del pulso acelerado. ¿Estoy en lo correcto?

Paciente: Más o menos es eso.

Entrevistador: Quiero saber más acerca de eso, pero primero, ¿hay algo más que lo esté molestando?

Y en el caso de los pacientes que presentan quejas múltiples, a veces puede ser útil preguntar: "¿Cuál de estos problemas es el que más le molesta?" Al menos, esta pregunta puede ofrecer un punto central para posteriores resúmenes y discusiones en el tratamiento.

CAPÍTULO 3

Establecimiento del *rapport*

Rapport es el sentimiento de armonía y confianza que debe existir entre clínico y paciente. Como una de las metas de una buena entrevista, un buen *rapport* tiene consecuencias prácticas. Este punto es de especial relevancia si el entrevistador se encargará del tratamiento futuro del paciente. La confianza que se empieza a desarrollar desde los primeros minutos de la primera sesión puede aumentar en gran medida la capacidad para manejar el curso de la terapia. De hecho, el factor asociado con que el paciente continúe en tratamiento consiste en qué tan bien el clínico comunica su interés en él.

Pero un buen *rapport* también es vital para obtener información. Durante la fase de evaluación de la relación, un *rapport* positivo ayudará a motivar al paciente a hablar espontáneamente y revelar datos personales importantes.

Por lo común, las bases del *rapport* se establecen de antemano, pues la mayoría de los pacientes busca ayuda y espera obtenerla del clínico. Tú puedes reafirmar esta expectativa con tus palabras y lenguaje corporal, que deben expresar un interés real en el paciente. Desde luego, cualquiera puede decir algo fastidioso sin darse cuenta, pero hay pocas cosas que puedas decir o hacer que no se puedan reparar después si continúas siendo afectuoso y sensible frente a lo que el paciente experimenta.

BASES DEL RAPPORT

Desde el principio, la mayoría de los pacientes espera agradar al entrevistador, pero el verdadero *rapport* entre dos individuos no nace de la noche a la mañana. Se desarrolla de manera gradual, con una larga relación y la cooperación de las dos partes. Aun así, puedes recurrir a ciertas conductas para acelerar el surgimiento del *rapport*.

Tu conducta es la clave. Recuerda que el profesionalismo no exige una formalidad excesiva; de hecho, debes tener cuidado de evitar la imagen de terapeuta frío, como un tiempo estuvo de moda en películas, caricaturas y ficciones. Si pareces relajado, comprensivo e interesado en él, es más probable que el paciente se sienta seguro y cómodo. Vigila con cuidado tu expresión facial: no frunzas el ceño, no hagas muecas ni muestres cualquier otro signo de negatividad que pueda ser interpretado como desaprobación. Aunque debes evitar mirar fijamente, lo cual puede hacerte parecer frío y crítico, asegúrate de hacer contacto visual con frecuencia, incluso mientras tomas notas. Desde luego, no quieres parecer poco sincero, pero sonreír e inclinar la cabeza de manera apropiada demostrará que eres atento y comprensivo.

Sin embargo, sólo al principio te recomiendo usar con moderación los elogios. Empleándolos como reforzadores, los elogios pueden moldear potencialmente la conducta, pero al principio de cualquier relación, no se sabe con la suficiente seguridad qué conductas pueden ser reforzadas. Por ejemplo, no es deseable elogiar una aparente franqueza si el paciente no ha dicho toda la verdad.

La propia conducta del paciente quizás moldee la interacción más que cualquier otro factor. El lenguaje corporal –dejar caer los hombros, pies inquietos, lágrimas, puños apretados– a menudo indica con claridad el sentir del paciente. En el tono de la voz se pueden encontrar otras pistas sobre sus sentimientos. Supon que preguntas al paciente, el señor López, cómo le va con su esposa, y responde “Bien”. Si su tono es cálido y ligero, quizá la pareja tiene pocos problemas interpersonales. Si lo dice con los dientes apretados, con una monotonía pesada o con un suspiro, el señor López puede estar escondiendo sentimientos de desesperanza o enojo que aún no puede poner en palabras.

Debido a que has arreglado el mobiliario de modo que no haya barrera entre tú y el paciente, con facilidad y naturalidad puedes ajustarte incluso a los cambios mínimos en el afecto y promover el *rapport*. Si el paciente está deprimido, quizá sientas que es conveniente acercarte un poco para mostrar tu interés. Puedes seguir esa inclinación natural. Si se percibe hostilidad, puedes sentir que es mejor alejarte físicamente, aunque sea unos cuantos centímetros; hacer esto ayudará a relajar la tensión, pues cada uno tendrá más espacio para moverse. Del mismo modo, puedes reír cuando el paciente haga una broma o mostrar una expresión de preocupación y apoyo durante una crisis de pánico. Para cuando hayas entrevistado a tu primera docena de pacientes, harás estas cosas de manera automática en respuesta a las señales inconscientes de cada paciente.

Al mismo tiempo, debes mantener con cuidado cierta neutralidad hacia aquello que escuchas. Si el paciente critica a sus familiares, no puedes defenderlos, pero respaldar las críticas te pone en riesgo de ofender a alguien cuyos sentimientos pueden ser ambivalentes. Una respuesta segura es un comentario empático que no se ponga del lado de nadie.

Paciente: ¡Mi madre es una perra! Siempre trata de interferir entre mi esposo y yo.

Entrevistador: (Inclinándose ligeramente al frente). Eso debe ser un verdadero problema para usted.

Esta actitud del entrevistador, comprensiva, no crítica y respetuosa del paciente y sus familiares, probablemente favorezca una buena relación de trabajo.

EVALÚA TUS PROPIOS SENTIMIENTOS

La manera en que te hace sentir el paciente puede tener consecuencias importantes. Si tus sentimientos son positivos, por ejemplo, si se trata de la clase de persona que elegirías como amigo, es probable que des la impresión de ser cálido y afectuoso. La actitud puede ayudar a promover que el paciente revele información sensible adicional.

Influidos fuertemente por tus antecedentes y educación, tus sentimientos podrían, en cambio, afectar tu capacidad para hacer una valoración exacta. A lo largo de la entrevista, necesitas estar consciente de la naturaleza y las fuentes de tus sentimientos, sobre todo cuando algo relacionado con el paciente te aflige. Podría ser algo tan simple como la higiene personal, el lenguaje tosco o la expresión de prejuicios raciales. ¿O esta persona te recuerda dificultades que tuviste con alguno de tus familiares? En cualquier caso, debes monitorear con atención la manera en que respondes. Si frunces el ceño o pareces incómodo en cualquier otra forma, el paciente puede sentir desaprobación de tu parte y frustrar tus esfuerzos por obtener información precisa.

La meta es expresar **empatía**, lo cual significa que, hasta cierto punto, el entrevistador puede sentir como el paciente, que puede ponerse en el lugar de éste. Tener empatía significa comprender la motivación que subyace en la conducta del paciente aun cuando parezca que no es la correcta. Mostrar empatía provoca confianza en el proceso y anima al paciente a proporcionar la información necesaria para el diagnóstico. (Las encuestas muestran que los clínicos de la salud mental tienen puntuaciones muy superiores a las de otros profesionales de la salud en la capacidad para adoptar la perspectiva de otra persona). Es muy probable que puedas transmitir mejor tus sentimientos empáticos si tienes en mente esta idea: "¿Qué se sentiría estar en los zapatos de este paciente que habla conmigo ahora?".

Este trabajo puede parecer abrumador cuando el paciente muestra mucha ira, ansiedad o incluso, psicosis. A lo largo de tu vida profesional, tendrás que trabajar con toda clase de personas; algunas parecerán más simpáticas que otras, pero encontrarás que casi todos los pacientes tienen características con las que te puedes relacionar. Si no puedes responder positivamente al contenido de lo que te dicen, quizá puedas simpatizar con algún sentimiento que esté detrás. Por ejemplo, un paciente moderadamente antisocial hablaba acerca de su anterior terapeuta:

Paciente: No servía para nada ese tipo. ¡Una o dos veces incluso pensé en liquidarlo!

Entrevistador: Eso suena a que en verdad estaba muy enojado.

Abordar de manera directa el contenido del comentario de este paciente habría forzado a elegir entre estar de acuerdo con él o confrontar a un paciente potencialmente violento. Al colocar como elemento clave el enojo del paciente, este entrevistador dijo algo con lo que ambas partes podían sentirse cómodas.

Todos los profesionales tienen sentimientos, actitudes y experiencias que pueden afectar la imagen que proyectan; todos debemos estar continuamente alerta para evitar que cuestiones personales dificulten nuestra eficacia con los pacientes. Considera el efecto de un evento tan común como el divorcio:

Una terapeuta se dio cuenta de que estaba tan alterada en la época en que se estaba separando de su esposo, que no podía hacerse cargo de manera eficaz de un paciente que tenía problemas similares a los suyos.

Otro terapeuta, después de una llamada telefónica dolorosa de su ex esposa, pospuso su siguiente entrevista mientras se calmaba para poder enfocarse en los problemas del paciente.

Muchos entrevistadores principiantes han aprendido que pueden aligerar la presión si se presentan ante los pacientes como estudiantes. Pero, sin importar tu nivel de formación o práctica, tu temperamento y experiencia determinarán cómo te haces cargo de tu talón de Aquiles. Cualquiera que sea, tu eficacia con los pacientes aumentará si eres consciente de tus propias limitaciones.

CONSIDERA TU MANERA DE HABLAR

Para lograr un buen *rapport*, el paciente debe saber que lo comprendes; por ello es tentador hacer un comentario directo como "Sé cómo se debe sentir con respecto a..." Desafortunadamente, esta afirmación puede sonar falsa. Para cuando el paciente llega al consultorio, ha escuchado esto demasiadas veces de otras personas que, en realidad, no lo comprenden en absoluto, o que lo entienden a la perfección pero no lo ayudan. Algunos pacientes con problemas graves, reales o percibidos, sienten que es imposible que alguien pueda comprender lo que ellos experimentan. Por lo tanto, es mejor usar alguna otra respuesta para sugerir compasión e interés en el paciente:

“Debe haberse sentido terriblemente desdichado.”

“Nunca he estado en una situación así, por lo que sólo puedo imaginarme cómo se sintió en ese momento.”

“Ésa fue una experiencia terrible, y puedo ver que lo ha afectado muchísimo.”

A veces, puedes encontrar necesario exagerar un poco el énfasis en tus sentimientos. Esta sugerencia puede sonar a engaño, pero no es eso lo que quiero decir. Los actores, por ejemplo, saben que sus voces grabadas tienden a parecer más planas y deben sobreactuar para transmitir los sentimientos que tratan de reflejar. De manera similar, puede ser necesario que amplifiques tus propias manifestaciones emocionales para que algunos pacientes noten cuán profunda es tu simpatía por ellos. Puedes lograr este efecto mediante expresiones faciales o variando el volumen, el tono y el énfasis de la voz. Incluso, este trabajo se puede realizar por medio de breves exclamaciones. Un “¡oh, vaya!” en el momento y con el tono oportunos puede transmitir compasión y comprensión con mayor eficacia que un discurso más elegante de condolencia. Estos indicios de tu participación emocional, que los entrevistadores principiantes olvidan usar, pueden ser vitales para el paciente y contribuir a construir el *rappport*.

Sin embargo, es muy fácil excederse. Considera al paciente que llega con una historia de amor en la que fue traicionado o de heridas en un desastre militar o civil. Desde luego, querrás mostrar apoyo, pero si expresas conmoción u horror con demasiada claridad, corres el riesgo de reforzar los efectos traumáticos que, se supone, debes dismantelar. Está bien, sigue adelante y muestra simpatía, incluso puedes ofrecer apoyo dándole un pañuelo desechable, pero ten cuidado de no crear una imagen del paciente como víctima.

Ahora consideremos el uso del humor en las interacciones con los pacientes. El humor puede ser un gran facilitador de la comunicación: ayuda a las personas a relajarse y a sentir que están entre amigos. Pero como clínico, se debe evaluar con atención el uso del humor. Con una persona que apenas se empieza a conocer, es fácil hacer un mal cálculo y decir algo que se puede tomar como una ofensa; los pacientes de salud mental son, en especial, vulnerables a este tipo de equivocaciones. Incluso un paciente que conoces bien puede malinterpretar un comentario irreflexivo. Como siempre, ponte en el lugar del paciente: piensa cómo te sentirías si creyeras que tu terapeuta se está burlando de ti.

En general, es seguro reír con el paciente, pero, por supuesto, nunca reírse de él. Esto significa que, por lo común, debes dejar que el paciente empiece. En las primeras sesiones, cualquier uso del humor debe ser delicado y sólo se debe emplear si es claro que el paciente tiene la disposición para apreciarlo. Cuidado con hacer bromas que puedan ser interpretadas equivocadamente como hostiles o degradantes. Siempre que el paciente bromea, debes considerar si es un intento inconsciente de desviar la atención de ambos de un material importante que está en discusión. Sonreír y hacer contacto visual con el paciente suele ser una respuesta segura.

Los entrevistadores experimentados informan que a veces, al parecer, experimentan cambios de personalidad al pasar de un paciente a otro. Pueden adoptar un tono formal con uno y, luego, convertirse en una persona más relajada con el siguiente. Un entrevistador puede dejar de pronunciar la “d”, persistente e inconscientemente, al final de las palabras al conversar con un paciente que proviene de un contexto rural que habla del mismo modo. Estas conductas son aceptables dentro de ciertos límites, aunque debes ser cuidadoso de no exagerar hasta el punto de mimetizarte con el paciente.

Sin importar tu nivel de experiencia, en algún punto y con algún paciente, cometerás un error. En un panorama amplio, los errores son de poca relevancia –hacer la misma pregunta dos veces, olvidar la ocupación de la esposa del paciente, o de pronto te das cuenta de que tu mente se ha dejado llevar y no puedes recordar la pregunta que acaba de hacer el paciente (o que tú mismo hiciste)–, pero ambos saben que te equivocaste. De inmediato debes tratar de corregirlo. “Lo siento, a mi edad a veces se olvidan cosas”, podría decir con una sonrisa apenada. Si no tienes la suerte de poder recurrir a la edad como excusa, debes admitir que, por un momento, te concentraste en otra

cosa y hacer lo que sea necesario para corregir el error (p. ej., pide al paciente que repita la pregunta). Casi siempre, la conversación continuará sin mayores problemas. Lo importante es hacer saber al paciente que asumes la responsabilidad por los errores y que te interesa corregirlos.

RETOMA EL LENGUAJE DEL PACIENTE

Pon especial cuidado en usar palabras que el paciente pueda comprender. Escucha su lenguaje y úsalo en tanto te sientas cómodo haciéndolo. Debido a que los adolescentes y adultos jóvenes a menudo desconfían de las personas mayores, pueden responder de una manera más positiva si usas un lenguaje acorde con su generación. Pero asegúrate de que tus expresiones “buena onda” estén actualizadas, o correrás el riesgo de que te consideren anticuado. (Hay otro punto de vista sobre este tema. Algunos pacientes adolescentes pueden molestarse enormemente y volverse aun más desconfiados si tratas de adoptar sus patrones de habla). La manera en que hables con cualquier paciente debe estar determinada por la necesidad de claridad y *rapport*, así que monitorea las reacciones del paciente y ajusta tu manera de hablar en consecuencia.

Ciertas palabras pueden disgustar a algunos pacientes. Estas palabras llenas de implicaciones conllevan un mensaje de enfermedad, fracaso o carácter pobre, por lo que debes evitarlas por lo general. He aquí una pequeña muestra: **aborto, malo, daño cerebral, cáncer, loco, defectuoso, fantasía, frigidez, histérico, impotencia, neurótico, obsceno, perversión, víctima**. Encontrarás muchas más en tu carrera como entrevistador; debes tener preparados sinónimos neutrales para estas palabras o, mejor aún, retoma el vocabulario que el paciente ya ha empleado.

Evita la jerga psicológica. Incluso palabras sencillas como *psicosis* pueden ser mal entendidas, y el paciente podría pensar que eres insensible frente a alguien con menor educación que tú. También debes estar seguro de comprender el uso que el paciente le da a su lenguaje, por lo que no puedes suponer que es igual al tuyo. Por ejemplo, para ti “beber ocasionalmente” puede significar una vez al mes, pero para el paciente podría significar “a ratos a lo largo del día”. ¿El paciente adolescente toma *coca* o aspira *coca*? En el lenguaje callejero, “En verdad estaba paranoico” no significa que el hablante se sintió perseguido psicóticamente, sino sólo asustado.

Un paciente con poca educación escolarizada puede reconocer palabras corteses de las funciones sexuales o excretorias, pero la relación que desarrolles puede ser mejor si usas un lenguaje sencillo. Confieso que tengo ideas en conflicto acerca del uso del lenguaje callejero. Por un lado, (como muchos estudios lo han mostrado) usando ciertas palabras cotidianas puedes aumentar la cantidad de información que obtienes. Por el otro, la misma táctica pone en riesgo de ofender al paciente, de quien dependes para obtener información precisa. En el análisis final, tendrás que basar tu decisión en tu propio nivel de comodidad y tu evaluación de cada paciente.

Si el paciente nació en el extranjero o se crió en otra parte de tu país, puede haber problemas para que se comprendan uno a otro. No dejes que tu comportamiento sugiera que es el paciente el que “habla raro”; por el contrario, reconoce que tienen acentos diferentes y que a veces tendrás que pedirle que repita algo que no entendiste. Si un paciente titubea o parece no saber cómo continuar, puedes quitarle cierta presión dándole la confianza de que “está bien que vayamos a su ritmo; así, en verdad puedo comprender lo que usted está experimentando”. De una manera ligera, para asegurarte de que comprendes, puedes traducir a un lenguaje más sencillo los a veces floridos términos que los pacientes usan para expresarse –quizá para ofuscar o quizá porque piensan que el clínico quiere oír términos psicológicos.

Paciente: Siempre he tenido fobia a los gatos. Tengo cuatro.

Entrevistador: Así que usted es un verdadero amante de los gatos.

Tal vez después, cuando se conozcan mejor, le puedes dar una definición adecuada.

MANTÉN LOS LÍMITES

La manera en que el clínico debe relacionarse con sus pacientes ha sido un blanco móvil a lo largo de los años. La imagen tradicional de un legislador autoritario que decide por el bien de alguien se ha reemplazado, por lo general, con la de un colaborador menos formal que explora problemas y sus soluciones con el paciente. Yo prefiero enormemente este último estilo. Me hace sentir más cómodo (y menos arrogante) y alienta al paciente a participar en las decisiones del tratamiento. En efecto, pone dos mentes a trabajar en vez de cargar toda la responsabilidad en el clínico. Cuando el paciente discute y contribuye a la planeación de su propio tratamiento, es más fácil que acceda a seguirlo y menos probable que se queje de los baches en el camino hacia el mejoramiento.

Sin embargo, incluso los clínicos que alientan la colaboración amistosa necesitan mantener ciertos límites. Cuando yo ejercía en California, se acostumbraba llamar a los pacientes por sus nombres de pila; en el caso de los adolescentes, esto parecía bien, pero oí que hasta hombres y mujeres mayores eran llamados de esta manera demasiado familiar por profesionales de la salud mental que eran tan jóvenes que podrían haber sido sus nietos. Esta actitud tiende a infantilizar a las personas que, si están internadas en un hospital, ya han perdido su autonomía en un grado considerable. También aumenta la tendencia del profesional a volverse **paternalista**, es decir, a tomar decisiones acerca de la salud de los pacientes que ellos mismos deberían tomar.

Sin embargo, antes de darle demasiada importancia a esto, permíteme señalar que los tiempos han cambiado y muchos terapeutas han realizado su trabajo con éxito hablando con sus pacientes en términos familiares. Yo aún rechazo la idea de usar los nombres de pila de los pacientes hospitalizados, y sigo llamando a mis pacientes adultos por su apellido y título (señorita, señora, señor o doctor). Esta práctica maximiza la dignidad personal y refuerza la sensación de adultez, incluso en un momento en que puede haber una pérdida de autonomía. Además, usar mi título y apellido alienta a los pacientes a mantener cierta distancia emocional, la cual a veces puede detener intentos inapropiados de establecer relaciones amorosas y de otros tipos que no corresponden al terreno de lo profesional.

Si el paciente parece ofendido porque no accedo a llamarlo por su nombre de pila, le contesto que mi costumbre es siempre usar los apellidos y títulos de las personas, y que sería muy difícil para mí dejar de hacerlo. (Si aún eres estudiante, tu justificación podría ser que es una norma de la institución en que te estás formando profesionalmente). En raras ocasiones, me he encontrado con pacientes que insistan tenazmente en que use sus nombres de pila. Si juzgo que aferrarme a mi costumbre podría dañar nuestra relación, uso nombre, apellido y título. Por ejemplo, cuando llamo al paciente que se encuentra en la sala de espera, digo "Señora Estela Pérez" con una gran sonrisa amistosa. Hasta ahora, esta solución siempre ha sido satisfactoria; sin embargo, otros clínicos (y sus pacientes) pueden sentirlo de distinta manera, así que tal vez no debe haber una regla rígida en relación con el uso de los nombres.

En general, es buena idea no revelar demasiado acerca de ti mismo a los pacientes. Esto es en especial cierto en la entrevista inicial cuando realmente no se conocen muy bien.

Un residente principiante de psiquiatría confió a su nuevo paciente que él era un oficial de paz de reserva. Para su disgusto, después se enteró de que el paciente tenía un trastorno grave de personalidad y un odio permanente a la policía.

Si tienes dificultades para obtener información, quizá puedas conseguir mayor cooperación identificando algo que tú y el paciente comparten. Por ejemplo, podrías comentar que, igual que el paciente, te gusta navegar en bote y naciste en Veracruz. Tu estatus de compañero de navegación o de Hoosier podría darte un empujón para alcanzar el *rapport* que buscas. Esta técnica debe usarse con moderación, casi nunca más de una vez con el mismo paciente, para que no suenes con

demasiada confianza. También debes ser cuidadoso de no dejar que cualquier pequeña conversación que resulte te distraiga por mucho tiempo del verdadero propósito de la entrevista.

¿Por qué los pacientes hacen preguntas personales? Algunos lo hacen por simple curiosidad; otros pueden encubrir su interés en los antecedentes profesionales del entrevistador o en su capacidad para ayudarlo. Generar confianza en relación con su formación y competencia es una de las razones por las que los clínicos tapizan sus paredes de diplomas, títulos y otros certificados. Quienes están en formación tienen la ventaja de no contar con certificados ni paredes; aun así, hasta donde sea posible, debes ofrecer esta información de manera verbal cuando se te pide. No dudes en invocar los nombres y puestos de tus supervisores si es necesario para tranquilizar a un paciente particularmente ansioso.

Algunas peticiones de información personal pueden tener su origen en un deseo, en gran parte inconsciente, de alcanzar un sentido de igualdad entre el entrevistador y el paciente. Otras pueden ser un intento de evitar la discusión acerca de material delicado; este tipo de peticiones debe manejarse con firmeza, pero también con tacto:

Paciente: Por cierto, ¿qué edad tienes?

Entrevistador: ¿Por qué desea saberlo?

Paciente: Pareces demasiado joven para hacer esta clase de trabajo.

Entrevistador: Bueno, gracias por el cumplido, pero no creo que mi edad tenga especial pertinencia para el tema que estamos discutiendo; así que centrémonos en usted. Ahora, regresemos a la pregunta que le había hecho...

En algunas circunstancias, la información personal puede ser pertinente en la entrevista. Si decides que éste es el caso, por lo general, puedes revelar algo acerca de ti:

Paciente: ¿Usted creció en esta ciudad?

Entrevistador: ¿Por qué la pregunta?

Paciente: Mi madre me dijo que me asegurara de conseguir un terapeuta que haya crecido aquí. Dice que nadie más podría entender de verdad cómo es crecer en un ghetto y todo eso.

Entrevistador: Ya veo. En realidad, no crecí aquí, pero aquí es donde he cursado la mayor parte de mi formación. He vivido 8 años en esta ciudad, así que creo que tengo una idea bastante clara de algunas de las experiencias que debe haber tenido. Pero tengo la sensación de que usted podrá decirme mucho más al respecto.

Ya que pienso que ayuda a establecer el *rapport*, suelo responder preguntas inofensivas con franqueza, siempre y cuando sea poco probable que compliquen la relación más adelante.

MUESTRA TUS CONOCIMIENTOS

Puedes aprovechar otra vía hacia el *rapport* informando al paciente que sabes algo acerca de los síntomas que presenta y lo que podrían significar. Esta evaluación se presentará con naturalidad al final de la entrevista inicial, cuando hayas obtenido información suficiente para saber de qué hablas. Entonces, quizá puedas decir algo como esto:

“En realidad, su padecimiento es bastante común; es uno de los problemas que con mayor frecuencia hace que las personas busquen ayuda de un profesional de la salud mental. He visto casos similares tan sólo en los últimos meses. Contamos con buenos tratamientos, así que podemos obtener buenos resultados en su caso.”

Aun cuando te encuentras frente a un padecimiento raro, puedes tranquilizar al paciente diciendo que sabes a dónde recurrir para obtener orientación:

“Podemos trabajar juntos para resolver este problema.”

Si eres estudiante, es probable que no tengas mucha experiencia con el padecimiento del paciente o con cualquier otro. Pero estás en contacto con un programa de formación que incluye maestros experimentados que han trabajado con numerosos pacientes que presentan padecimientos similares.

Quisiera hacer algunas advertencias en relación con mostrar los conocimientos. Primero, una consecuencia natural de la empatía es el respeto, que implica que debes poner especial cuidado en no parecer autoritario. Parecer **autoritativo** está bien, si es exacto, pero parecer autoritario tiene tintes del estilo clínico viejo y paternalista que parece una falta de respeto en el siglo XXI. En todo caso, nunca funcionó muy bien. Segundo, en tu empeño por hacer sentir tranquilo al paciente, no sucumbas a su petición temprana de información o consejo. Una parte de ser experto consiste en esperar hasta tener los hechos suficientes para justificar la oferta de apoyo. Hacer demasiado pronto un diagnóstico o una sugerencia de tratamiento a veces termina en vergüenza y dando marcha atrás. Por último, trata de mostrar tu amplio conocimiento sin presunción. Introduce tus opiniones con “pienso que” o “en mi experiencia”; también de esta manera, el paciente les dará valor y tú no necesitarás defender un aura de infalibilidad que nadie puede sostener.

En ocasiones es inevitable encontrar un paciente con el que no puedes trabajar. A veces, esto se debe a tus propios sentimientos, tal vez, en relación con una conducta criminal o con alguien que te recuerda demasiado a tu ex cónyuge. Otras veces, puede deberse a algo que el paciente dice, como una declaración de su preferencia por un “terapeuta cristiano” o de alguna otra orientación terapéutica que simplemente no coincide con lo que tú puedes ofrecer.

Lo más probable es que estos pacientes sean pocos, pero tienes el deber de actuar con honestidad. Desde luego, para estar seguro de que tus primeras impresiones son correctas, debes terminar la evaluación antes de decidir. Entonces, puedes decir algo como esto:

“Con toda franqueza, no estoy seguro de ser la persona indicada para ayudarlo con su problema.”

Continúas explicando cómo llegaste a esta conclusión (sin incluir información que sea poco favorecedora), y luego recomiendas al paciente otro lugar donde pueda encontrar ayuda:

“No tengo mucha experiencia con la clase de problemas como el suyo. Sin embargo, conozco a alguien en este mismo edificio que ha hecho estudios con personas con los mismos problemas que usted. Si gusta, puedo escribir una nota con mis observaciones sobre su caso.”

CAPÍTULO 4

El inicio de la entrevista

Con pocos minutos en una entrevista inicial típica, el paciente debe sentirse relajado y proporcionar la información necesaria; gran parte de la tarea del entrevistador ahora consiste sólo en lograr que el paciente siga hablando. La mayoría de los pacientes está muy motivada para hablar y lo único que se requiere es elegir la mejor manera de alentarla a continuar así. (Si esto no ocurre en tu entrevista, puedes encontrar ayuda en el material de los capítulos 16 y 17).

Para permitir que el discurso del paciente fluya con libertad, debes interrumpirlo lo menos posible. Cualquier cosa que digas –preguntas, comentarios, incluso si te aclaras la garganta– puede provocar distracciones. Mientras tratas de descubrir qué llevó al paciente a buscar tratamiento, debes escuchar. En términos prácticos, por lo general te limitarás a escuchar sólo unos cuantos minutos; después, el flujo de la información se hará más lento o se desviará, y tendrás que intervenir. Las intervenciones que decidas pueden ayudar a determinar el éxito general de la entrevista.

ALENTAR CON EL LENGUAJE CORPORAL

El reto más frecuente puede ser tratar con el silencio. Los principiantes a menudo encuentran difícil tolerar el silencio, pues sienten que cualquier vacío en la conversación, sin importar cuán breve sea, debe llenarse con palabras. Es cierto que pausas mayores de 10 o 15 segundos pueden hacer parecer fría una entrevista, y esto desalienta a algunos pacientes. Pausas más breves, por lo general, significan sólo que el paciente trata de organizar algunas ideas para seguir discutiendo. No permitas que la ansiedad te haga romper una cadena de ideas que sólo hizo una pausa para tomar fuerza.

Debes aprender a reconocer la línea entre permitir pausas breves para dejar que el paciente piense y dejar pasar lapsos más prolongados que te hagan parecer insensible y falto de interés. Una mirada puede indicarte si la narración aún sigue en marcha. Observa si el paciente toma aliento o muestra otros signos de actividad como humedecerse los labios.

Puedes alentar al paciente a seguir hablando por medios no verbales propios de ti. Ten cuidado de no perder el contacto visual; una sonrisa o una inclinación de la cabeza podrían decir “Lo está haciendo muy bien; continúe a su ritmo”. Otra técnica que los entrevistadores experimentados a veces usan casi sin pensar consiste en inclinarse un poco hacia el paciente para mostrar interés en lo que está diciendo. Estas intervenciones no verbales son muy sencillas y sumamente útiles para alentar al paciente, pues sin interrumpirlo son una clara señal de tu atención e interés. Son parte de un lenguaje corporal universal que le pide al paciente continuar. Pero

no pongas demasiado énfasis en estos gestos; un clínico que asiente con la cabeza con demasiado vigor o que sonrío de oreja a oreja puede distraer al paciente, que podría preguntarse qué significan esas payasadas.

ALENTAR VERBALMENTE

El lenguaje corporal ayuda, pero también tendrás que hablar un poco. Las palabras que elijas son importantes: intentas facilitar, no distraer. Por lo tanto, habla lo menos que puedas para transmitir lo que quieres decir.

Una sílaba o dos suelen ser suficientes. "Sí" o "Mm-jmm" indican con claridad que has registrado el material. Sin ser directivo, con breves interjecciones y frases le pides al paciente que siga hablando. Úsalas con frecuencia, quizá intercalándolas con el lenguaje corporal. Usar estos recursos cada minuto o dos suele ser suficiente para conseguir que el paciente siga hablando.

Hay otras técnicas verbales que puedes emplear para solicitar información adicional que son más invasivas que las anteriores, por lo que las debes usar con mayor moderación. Presentaré ejemplos de cada una de ellas; algunas se denominan **escucha reflexiva**:

- Repetir la última o últimas palabras del paciente con una inflexión ascendente de la voz para convertirlas en pregunta.

Paciente: Estaba tan alterado que durante horas me pareció escuchar voces. (Pausa).

Entrevistador: ¿Voces?

Paciente: En mi cabeza. Pensé que oía la voz de mi madre diciendo mi nombre.

- Hacer trabajo de elaboración sobre una palabra que el paciente usó antes. Esta técnica permite retomar una idea que no fue la última en decirse.

Paciente: Sé que reaccioné exageradamente, pero me sentía desesperado. No podía dormir ni comer, y les grité a mis hijos.

Entrevistador: Usted dijo que se sentía desesperado. (Pausa).

Paciente: Sí, incluso pensé en el suicidio.

- Solicitar explícitamente más información.

"Dígame más acerca de eso."

"¿Qué quiere decir?"

- Volver a pedir información cuando el paciente parece haber entendido mal la pregunta original.

Entrevistador: ¿Qué clase de trabajo realiza?

Paciente: Es en una fundidora en la calle Elm.

Entrevistador: ¿Y qué clase de trabajo hace usted ahí?

- Ofrecer resúmenes breves. Esto suele empezar con "Así que usted siente que..." o "Se refiere a que..." Los resúmenes no sólo ayudan en las transiciones, sino que también ofrecen evidencia concreta de que has comprendido al paciente.

Entrevistador: Así que durante casi 6 meses usted se ha sentido deprimido y ansioso.

Paciente: Así es. Últimamente he empezado a tener ideas terribles, ideas acerca de matarme.

A veces, obtendrás información que en realidad no buscabas. No es que las descripciones de las vacaciones recientes, las ocurrencias de los niños o las peleas con las parejas no sean interesantes, sino que ocupan tiempo que se aprovecharía mejor tratando otros asuntos. Aunque puedes desalentar esta clase de descripciones simplemente no reforzándolas, suele ser mejor decir de manera directa al paciente:

“Eso es interesante, y quizá podamos hablar de ello más tarde, pero ahora me gustaría saber acerca de...”

O puedes ser incluso más directo:

“Espere, concentrémonos en la información que me permita ayudarlo.”

INSPIRAR SEGURIDAD

Transmitir seguridad consiste en cualquier cosa que haces para aumentar la sensación de confianza y bienestar del paciente. Debido a que esto muestra que te agrada la otra persona o que estás interesado en ella, también ayuda a favorecer el *rapport*. Las afirmaciones de apoyo, que se usan con moderación en la entrevista inicial, pueden ser: “Estoy de su lado; juntos lo resolveremos”.

Cualquier entrevista puede ser terapéutica. Los estudios muestran que el simple hecho de compartir los problemas con otro ser humano (en algunos casos, ¡incluso con la computadora!) puede ayudar a la persona a adoptar otro punto de vista en relación con sus problemas o combinar sus ideas de maneras novedosas. Pero con un paciente nuevo no puedes intervenir y dar consejos, hacer interpretaciones o “dar terapia”. En lugar de esto, el propósito de la entrevista inicial es obtener la información necesaria para planear un tratamiento. Por otro lado, no debes dejar pasar la oportunidad para dar seguridad siempre y cuando eso no interfiera con el objetivo principal de la entrevista. Incluso puedes aumentar la seguridad de algunos pacientes lo suficiente para que revelen material especialmente delicado que no habrías obtenido de otro modo.

El lenguaje corporal (sonreír, asentir) puede dar seguridad, pero el lenguaje verbal es aún más importante para ello. Para transmitir en verdad seguridad, lo que digas debe basarse en hechos. No lograrías nada diciendo “Usted tiene talento para las finanzas” a un paciente que a los 45 años no ha podido ahorrar cinco centavos para su jubilación. Y elige con cuidado tus palabras. Evita los clichés y otras expresiones estereotipadas, pues te harían parecer que respondes mecánicamente y no con sinceridad.

En resumen, para transmitir seguridad debes ser objetivo, sincero y específico con respecto a la situación. He aquí dos ejemplos:

Paciente: Logré obtener dos promociones el año pasado.

Entrevistador: Así que en verdad lo ha hecho bien en su trabajo.

Paciente: Cuando se acercó a mí con un cuchillo, salté por la ventana del segundo piso y caí en el techo de la cochera. Eso me hizo sentir tonto, pues pensé que sólo le había ahorrado el trabajo de hacerme trizas.

Entrevistador: ¡Eso pudo haberle salvado la vida! Quizá era lo único que podía hacer.

Evita hacer falsas generalizaciones al principio de la entrevista o que se basen en muy poca información objetiva. “Estoy seguro de que todo se resolverá” o “Esos temores no tienen funda-

mento" seguramente sonarán huecos para la mayoría de los pacientes, sobre todo los que tienen paranoia o una depresión grave. ¡Ellos saben que las cosas no cambiarán para bien! Incluso alguien con una enfermedad menos grave puede empezar a cuestionar tu conocimiento si te apresuras a tratar de darle seguridad diciendo algo que es demasiado ambicioso para ser creíble.

A veces, el paciente expresa una preocupación basada en concepciones erróneas de los fenómenos mentales o físicos. Entonces puedes usar tus conocimientos para corregir sus ideas sin interferir con su historia.

Paciente: Nunca antes había estado en California, pero de pronto pensé: "Ya he estado en esta misma calle de San Francisco". Me pregunto si me estaba volviendo loco.

Entrevistador: Esa sensación se llama *déjà vu*. Es muy común y para nada significa que algo ande mal. Ahora dígame qué pasó después.

Sin embargo, observa que el entrevistador cometió el error de ofrecer seguridad incondicional. Aunque el *déjà vu* casi siempre es un fenómeno benigno, a veces está asociado con padecimientos neurológicos como epilepsia del lóbulo temporal. Pero sin evidencia que lo corrobore, sugerir que podría tener alguna importancia patológica también sería un grave error. He aquí una solución: "Por lo general, no significa que algo ande mal".

Procura no hacer comentarios casuales que puedan resultar inquietantes. Una paciente describió un encuentro sexual con su primo; luego, dijo que ella no sabía si eso podía considerarse abuso sexual. "Sin duda, a mí me suena a abuso", respondió el joven entrevistador. Esta respuesta tenía el potencial para despertar ansiedades que la paciente no estaba lista para tolerar. ("¿Qué piensa usted?" habría sido una respuesta más adecuada).

En su mayor parte, los esfuerzos por dar tranquilidad y aliento tendrán éxito. No obstante, cualquiera de estas técnicas a veces puede ser contraproducente. Un paciente con delirios persecutorios podría interpretar una mirada o una inclinación de la cabeza cordiales como burla. Si te inclinas hacia alguien que se siente enojado, tu recompensa podría ser no más información, sino hostilidad o un silencio cada vez mayor. Puede ser difícil juzgar cuándo un paciente no está dispuesto a escuchar. Por lo tanto, lo mejor es empezar despacio, ser cordial y amable, pero no demasiado.

Observa las señales. Si te acercas demasiado, el paciente puede mostrar algunas de estas conductas:

- No hace contacto visual
- Expresión helada
- Habla menos
- Cambia nerviosamente de posición

Si notas alguna de estas señales delatorias, cambia de inmediato a una actitud más reservada.

Historia del padecimiento actual

Cuando sientas que no quedan más problemas por explorar, termina el periodo del discurso libre y comienza la historia de la enfermedad actual. (Sin embargo, mientras se registra esta historia, se debe permanecer atento a los indicios que puedan sugerir la necesidad de continuar la exploración).

Ahora investigarás con mayor meticulosidad los problemas que llevaron al paciente a buscar tratamiento, que es lo esencial de la entrevista inicial e incluye la descripción de los síntomas, sus tiempos y los posibles factores estresantes de cada problema que identifiques. Para acelerar este proceso, podrías considerar las áreas de interés clínico que identificaste en el discurso libre del paciente. Estas áreas se mencionaron en el capítulo 2; debido a que incluyen material del EEM, dejaremos su revisión completa para el capítulo 13.

Aunque algunos pacientes no tienen un trastorno diagnosticable, es una convención catalogar como “padecimiento” cualquier cosa que lleve a una persona a la valoración psicológica. En este sentido amplio, los desacuerdos maritales y otros problemas de la vida, incluso el deseo de comprenderse mejor a sí mismo, pueden constituir un “padecimiento” actual que nadie, mucho menos el paciente, reconocería como enfermedad. Pero en todos ellos se pueden determinar factores precipitantes, síntomas, curso y otras características que te permitirán sugerir un plan eficaz de acción.

EPISODIO ACTUAL

Aunque con el tiempo querrás conocer sobre todos los episodios, primero enfócate en el episodio actual del padecimiento. El paciente estará más preocupado por éste, y todos los informantes tendrán más frescos los detalles. Desde luego, necesitas saber qué síntomas puedes esperar para encontrar un episodio del padecimiento. Para ello, consulta libros de texto y otras fuentes que traten este material. En el apéndice D de este libro se presenta una entrevista semiestructurada que cubre los síntomas típicos que se encuentran en los pacientes de salud mental. Y en el apéndice B aparece información básica sobre algunos de los trastornos mentales más comunes que encuentran los clínicos. Si tus primeras experiencias haciendo entrevistas se parecen a la mía (véase el principio de la Introducción de este libro), te beneficiarás de regresar a tu paciente y hacerle las preguntas que olvidaste la primera o segunda vez.

DESCRIPCIÓN DE LOS SÍNTOMAS

Obtén toda la información posible sobre cada síntoma que informa el paciente. (Recuerda que un síntoma es cualquier sensación subjetiva que el paciente informa, este no tiene que ser desagradable. Dolor, alucinaciones y ansiedad son síntomas, pero también lo podrían ser el éxtasis o la sensación de fuerza de la manía.) Aclara cualquier término descriptivo que se use; por ejemplo, ¿qué significa nervioso para el paciente?.

Caracteriza cada síntoma de la manera más completa posible. ¿Siempre está presente o va y viene (es episódico)? Si es episódico, como en el caso de las crisis de ansiedad o muchas depresiones, ¿Qué tan a menudo ocurre? ¿Qué tan intenso es? ¿Siempre es igual o varía? Recuerda que los síntomas se intensifican y decaen con el tiempo o con los cambios en el ambiente. ¿El paciente ha notado algún factor (como la actividad o la hora del día) que parezca estar asociado con el síntoma? ¿La intensidad o frecuencia del síntoma ha aumentado o disminuido o se ha mantenido igual? ¿Cuándo se presenta el síntoma, cuánto tiempo dura? ¿En qué contexto ocurre? (¿Sólo de noche? ¿Sólo cuando está solo? ¿O en cualquier momento?) ¿Cómo describe el paciente el síntoma? El dolor puede ser punzante, ardiente, abrumador, agudo o sordo. Puedes describir alucinaciones auditivas por su contenido (ruidos, mascullar, palabras aisladas, oraciones completas), ubicación (dentro de la cabeza del paciente, en el aire, en la habitación) e intensidad (que puede ir desde gritos escandalosos hasta murmullos lejanos). Otros tipos de alucinaciones –visuales, táctiles, olfativas o gustativas– se pueden describir de un modo similar. En el capítulo 12, hablaré más sobre este tema.

SÍNTOMAS VEGETATIVOS

Muchos pacientes con problemas graves como crisis de ansiedad, depresión y psicosis experimentan **síntomas vegetativos**. Este antiguo término se refiere a las funciones corporales relacionadas con el mantenimiento de la salud y la energía. Los síntomas vegetativos incluyen problemas de sueño, apetito, cambios de peso, nivel de energía e interés sexual.

No todos los pacientes informan espontáneamente estos síntomas, pero, ya que se encuentran en muchos de los trastornos mentales más graves, son indicadores diagnósticos muy útiles. Debes preguntar por estos síntomas de manera rutinaria. Sobre todo, busca evidencias de cambios con respecto al funcionamiento normal previo. Puedes encontrarte con una o más de las siguientes respuestas:

- **Sueño.** El paciente se puede quejar de exceso de somnolencia (hipersomnias) o de incapacidad para dormir (insomnio). En este último caso, debes determinar qué parte del periodo normal de sueño está afectada: el inicio (insomnio inicial), intermedio (insomnio intermedio) o tardío (insomnio terminal). El insomnio terminal suele asociarse con problemas mentales más graves, como la depresión mayor con melancolía. Es mucho más común el insomnio inicial, que a veces afecta a los adultos normales cuando tienen problemas en la calidad de vida. El insomnio intermedio, despertar a causa de las pesadillas, se puede encontrar en pacientes que consumen mucho alcohol o que tienen trastorno de estrés postraumático. Ésta es una manera en que podrías indagar sobre los problemas de sueño:

Entrevistador: ¿Ha tenido algún problema para dormir?

Paciente: Sí, ha sido mortal.

Entrevistador: ¿Qué clase de problemas ha tenido?

Paciente: ¿A qué se refiere?

Entrevistador: Bueno, ¿a qué hora de la noche no ha podido dormir bien?

Paciente: Ah, sobre todo tengo problemas para conciliar el sueño.

Entrevistador: ¿Alguna vez se ha despertado muy temprano, antes de la hora de levantarse, y luego no se ha podido dormir otra vez?

Paciente: Sí, también. Eso me pasa mucho.

Entrevistador: ¿Cuánto tiempo acostumbra dormir?

Paciente: Últimamente, supongo... tal vez sólo 4 o 5 horas.

Entrevistador: ¿Y cuando se despierta se siente descansado?

Paciente: Claro, ¡descansado como si hubiera acarreado ladrillos toda la noche!

Entrevistador: ¿Qué tanto le ha afectado este cambio?

- **Apetito y peso.** Éstos también pueden aumentar o disminuir durante un episodio del padecimiento. Además, debes saber qué tan significativo ha sido el cambio (qué tanto peso ha perdido o aumentado el paciente y en cuánto tiempo). También pregunta si estos cambios de peso han sido intencionales. Algunos pacientes dicen que no se han pesado en los días más recientes; en ese caso, preguntar si la ropa les queda más floja o apretada puede ayudar a tener una idea respecto del peso.
- **Nivel de energía.** ¿El paciente se queja de estar constantemente cansado? ¿Se trata de un cambio en relación con lo normal para esta persona? ¿Ha interferido de algún modo en el desempeño laboral o escolar, o en terminar trabajos de la casa? También puedes escuchar quejas por cambios en otras funciones corporales, como la actividad intestinal. Por ejemplo, algunos pacientes con depresión grave padecen estreñimiento.
- **Variación diurna del estado de ánimo.** Esta frase se refiere a la tendencia de algunos pacientes a sentirse mejor a ciertas horas del día. Los pacientes con depresión grave a menudo se sienten peor después de levantarse y mejor a lo largo del día. Cuando es hora de dormir, pueden sentirse casi normales. Quienes están menos deprimidos reportan con mayor frecuencia sentirse mejor en las primeras horas del día, pero se sienten deprimidos, lentos y cansados al anochecer.
- **Interés y desempeño sexual.** El funcionamiento sexual suele depender en gran medida de la sensación de bienestar del individuo. Por lo tanto, la pérdida de interés en el sexo a menudo es una consecuencia temprana del malestar mental. También debes saber cómo estos aspectos de la vida sexual del paciente han cambiado: frecuencia, capacidad y placer. La dirección del cambio podría ser al alza o a la baja, dependiendo del problema específico de salud mental. El número y la elección de parejas sexuales también pueden ser afectados si el juicio está deteriorado. En el capítulo 9 se presenta una descripción más detallada de los síntomas y patrones sexuales.

CONSECUENCIAS DEL PADECIMIENTO

Los trastornos mentales pueden interferir en todo tipo de interacciones humanas. Por diversas razones, es importante saber cómo el padecimiento del paciente ha afectado su funcionamiento y relaciones en diversas áreas, incluyendo la social, educativa/laboral y familiar.

1. Puede proporcionar el índice más confiable de la gravedad. Hasta aquí, la mayor parte de la historia que has escuchado es sumamente subjetiva: dependes de la capacidad del paciente para distinguir los hechos de las opiniones. En parte porque puede verificarse hablando con otros informantes, el hecho de que un paciente no haya ido a trabajar por una semana puede estar sujeto a menor distorsión que, la cantidad de vodka ha consumido esta misma persona.
2. La definición de muchos trastornos del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, quinta edición (DSM-5), edición actual del principal manual diagnóstico usado en EUA y

en otras partes del mundo, depende en gran medida de las consecuencias sociales: ¿Cuáles han sido los efectos en el paciente? ¿En otros? Los trastornos por uso de sustancias y de personalidad antisocial son ejemplos de padecimientos que pueden traer consigo problemas legales, financieros, de salud e interpersonales. Sin embargo, los criterios de la mayoría de los trastornos requieren que conozcas cómo afectan los síntomas el funcionamiento del paciente.

3. Puedes enterarte de que los familiares culpan al paciente de ser despedido, divorciarse o separarse de los miembros de la familia. Sin embargo, éstas y otras relaciones humanas que han sufrido rupturas son, en realidad, *efectos* del trastorno mental de la persona. Este punto de vista puede resultar útil para el paciente y, del mismo modo, para sus familiares: instruir a la familia y los amigos sobre las consecuencias del padecimiento puede ayudar al paciente a salir de un apuro.

Para saber qué problemas sociales ha causado el padecimiento del paciente, empieza con una pregunta abierta, una que no limite la información que podrías obtener. Si el paciente pregunta qué significa tu pregunta, responde con algunos ejemplos de la clase de hechos que te interesan.

Entrevistador: ¿Qué clase de dificultades le ha causado este problema?

Paciente: ¿A qué se refiere con "dificultades"?

Entrevistador: Por ejemplo, me ayudaría saber si su problema ha cambiado la manera en que van las cosas con su familia y amigos, cómo le va en su trabajo, sus pasatiempos y ese tipo de cosas.

Asegúrate de obtener detalles acerca de cualquier respuesta positiva. Las áreas que se deben explorar incluyen las siguientes:

- **Marital/de pareja.** Los pacientes que tienen incluso un padecimiento moderado por lo general experimentan discordia en su matrimonio y otras relaciones amorosas. Con demasiada frecuencia, el trastorno mental puede llevar al divorcio o a una ruptura.
- **Interpersonal.** ¿El paciente se ha sentido separado de sus familiares o rechazado por sus amigos? ¿Puedes decir si se trata sólo de un problema percibido o la conducta ha sido problemática el tiempo suficiente para que otros en verdad eviten al paciente? Pregunta: "¿Algo que haya hecho le causa problemas a usted, sus amigos o su familia?"
- **Legal.** ¿Ha habido dificultades legales? Esto puede ocurrir en especial cuando la historia se complica por el uso de alcohol y otras sustancias. Pregunta: "¿Alguna vez ha tenido problemas legales o con la policía?"
"¿Alguna vez ha sido arrestado? ¿Cuántas veces? ¿Por qué?"
"¿Alguna vez ha estado en prisión? ¿Por cuánto tiempo?"
"¿Alguna vez ha sido enviado a una institución o puesto bajo el control de un tutor, defensor o fiduciario?"

Cuando estas situaciones legales se presentan en un trastorno mental, sugieren que el padecimiento es grave. Asegúrate de obtener detalles: los eventos que llevaron a la acción legal, duración, nombre y responsabilidades de la persona legalmente responsable, y el efecto de la acción en el curso del trastorno.

- **Laboral/educativo.** Como resultado de los problemas emocionales, ¿el paciente ha faltado al trabajo, ha abandonado un puesto o ha sido despedido? ¿Con cuánta frecuencia ha ocurrido esto? Las dificultades en el desempeño en el trabajo a menudo son notadas por los supervisores o compañeros de trabajo antes de que los miembros de la familia se den cuenta de las dificultades del paciente. En el caso de los pacientes más jóvenes, haz preguntas análogas en relación con la asistencia y el desempeño en la escuela.

- **Pagos por discapacidad.** ¿Se le han otorgado beneficios de parte del sistema de seguridad social, de un consejo estatal de compensación o de algún seguro privado? ¿Por cuál trastorno? ¿De qué porcentaje estimado es la incapacidad? ¿A cuánto asciende el monto del pago? ¿Cuánto tiempo durarán los pagos?
- **Intereses.** ¿Los intereses del paciente en pasatiempos, lecturas o programas de televisión han cambiado? ¿El interés en el sexo ha aumentado o disminuido? ¿Cómo está el desempeño sexual? ¿Ha habido quejas por impotencia, coito doloroso o incapacidad para alcanzar el clímax? En el capítulo 9, hablaremos más sobre esto.
- **Síntomas.** ¿Cuánto malestar causan los síntomas? ¿Cuáles son los miedos del paciente en relación con el significado de los síntomas? ¿Parecen implicar muerte o discapacidad permanente? ¿Locura? Esta información también te ayudará a evaluar la profundidad de la introspección y la claridad del juicio, sobre lo cual hablaremos en el capítulo 12.

INICIO Y SECUENCIA DE LOS SÍNTOMAS

Además de una descripción completa y precisa de los síntomas, debes establecer una secuencia cronológica. Primero, ¿cuándo empezaron estos problemas? Algunos pacientes pueden informar esto con mucha precisión: "Empecé a beber otra vez en la víspera de Año Nuevo" o "Me desperté sintiéndome deprimido el martes de la semana pasada". Pero es más frecuente que la respuesta sea menos exacta, porque el paciente es impreciso o porque el episodio empezó tan gradualmente que ni el paciente ni tú podrían determinar el inicio.

Trata de promover la exactitud acerca del inicio de los síntomas de particular notabilidad. (A veces los detalles tienen una importancia especial, como en el caso del primer ataque de pánico o un terrible evento desencadenante del trastorno de estrés postraumático). Los pacientes a menudo pueden recordar la primera vez que experimentaron problemas importantes como deseos de muerte o pérdida de interés en el sexo. Tal vez puedas relacionar el inicio con fechas o eventos dignos de atención.

Entrevistador: ¿El 4 de julio del año pasado ya había empezado a sentirse deprimido?

Paciente: No, creo que no.

Entrevistador: ¿En el otoño siguiente, en los días cercanos a su cumpleaños?

Sin importar cuánto lo intentes, algunos pacientes simplemente no pueden decir una fecha o, ni siquiera, una aproximación: "Sólo sé que fue hace mucho tiempo. Mucho tiempo". Presionarlo para que diga una respuesta más exacta quizá sólo produzca frustración en ambos. Por ello, trata de enfocarte en algo que el paciente pueda haber pensado muchas veces:

"¿Hasta cuándo se sintió usted bien?"

Si también este intento falla, al menos trata de averiguar cuál de los diversos problemas del paciente empezó primero. A menudo es importante para el diagnóstico y el tratamiento saber, por ejemplo, qué ocurrió primero: un episodio de depresión o la ingesta excesiva de alcohol. Así que pregunta:

"¿Qué notó usted primero, la bebida o la depresión?"

"¿Cuánto tiempo pasó antes de que apareciera el otro problema?"

Si los síntomas fluctúan, pregunta:

“¿Aparecen y desaparecen juntos?”

FACTORES ESTRESANTES

Desde luego, tener síntomas mentales es sumamente estresante por sí mismo, pero aquí consideraremos el estrés en un sentido diferente. Un **factor estresante** es cualquier condición o evento que parece causar o empeorar los problemas de salud mental de un paciente. A veces se denominan **factores precipitantes**.

“Mi esposo se fugó con su secretaria.”

“Me salí de la escuela.”

“Mi gato murió.”

La variedad de posibles factores estresantes es vasta, y lo que una persona podría encontrar moderadamente estresante podría parecer catastrófico a alguien más. Durante años (hasta la publicación del DSM-5), los manuales diagnósticos enumeraban nueve grupos de problemas psicosociales y ambientales potenciales, que comprendían muchos factores estresantes individuales. En el cuadro 5-1, parafraseo muchos de ellos; deben ocurrir en el periodo de un año previo a la evaluación. Cuando los enumeres como parte de tu valoración diagnóstica (véase capítulo 18), debes ser lo más específico posible.

Los pacientes a menudo mencionan factores estresantes durante el discurso libre, o incluso cuando formulan el motivo de consulta. Si no lo hacen, tienes que preguntar. Un buen momento para hacerlo es justo después de precisar el inicio del episodio del padecimiento. Si encuentras un factor estresante, trata de averiguar cómo afectó el curso de la dificultad del paciente. Pregunta:

“¿Ocurría algo en ese momento que pudiera haber dado inicio a sus síntomas?”

“¿Cómo le afectó eso?”

Cuadro 5-1. Problemas psicosociales y ambientales

Estos factores estresantes pudieron haber sido causados por un trastorno mental, o pueden ser eventos independientes.
Acceso a los servicios de salud: un seguro médico o servicios de salud inadecuados; falta de transporte a los servicios de salud
Económico: pobreza notable; finanzas o asistencia social inadecuadas
Educativo: problemas académicos; peleas con compañeros o maestros; analfabetismo; ambiente escolar inadecuado
Vivienda: falta de hogar; vivienda inadecuada; vecindario peligroso; peleas con el propietario o los vecinos
Sistema legal/criminal: arresto; encarcelamiento; litigio; ser víctima de un crimen
Laboral: condiciones u horario estresantes de trabajo; cambio de empleo o insatisfacción; peleas con supervisores o compañeros; jubilación; desempleo; amenaza de pérdida de trabajo
Ambiente social: muerte o pérdida de un amigo; dificultades con la aculturación; discriminación; vivir solo; aislamiento social
Grupo de apoyo: muerte o enfermedad de un familiar; ruptura familiar por divorcio o separación; nuevo matrimonio de los padres; abuso sexual o físico; discordia con familiares
Otro: peleas con cuidadores externos a la familia (consejeros, trabajadores sociales, médicos); agencias de servicios sociales no disponibles; exposición a desastres, guerras u otros eventos hostiles

Si al paciente no se le ocurre algún factor estresante posible, debes repasar una lista de posibilidades haciendo pausas breves para permitirle pensar:

“¿Podría ser algo que ocurriera en casa? ¿En el trabajo? ¿Con los amigos? ¿Algún problema legal? ¿Enfermedad? ¿Problemas con los hijos? ¿Con su esposa?”

En el caso de algunos episodios del padecimiento, no encontrarás factores estresantes en absoluto, pero al paciente casi cualquier cosa puede parecerle una posible causa de un trastorno emocional. Por lo tanto, los eventos informados como factores estresantes pueden incluir nacimientos, muertes, matrimonios, divorcios, pérdida del trabajo, ruptura de una relación amorosa, problemas de salud y prácticamente cualquier otro trauma emocional que se te pueda ocurrir, así como muchas experiencias que puedan parecer cotidianas.

Desde luego, el hecho de que el paciente identifique algo como factor estresante no significa que, en realidad, haya causado el trastorno. A menudo, dos eventos ocurren simplemente por coincidencia, pero los humanos tendemos a ver la causa de cualquier problema en cualquier cosa que lo haya precedido. Por ejemplo, si revisas con cuidado el curso de la depresión de la señora Albertson, podrías encontrar que ya tenía algunos síntomas, quizá insomnio y algunas rachas de llanto, incluso antes de que su esposo la abandonara.

El “factor estresante” de otro paciente puede parecer una causa poco probable de un padecimiento, como en el caso de una mujer cuya abrumadora depresión empezó, según dijo ella, cuando se enteró de que su sobrina estaba embarazada. Sin importar si el factor estresante parece relacionarse o no con el trastorno, anótalo. Puedes evaluarlo más tarde a la luz de todo lo que sabes del paciente.

Aun cuando no puedas encontrar algo que pudiera haber precipitado el episodio del padecimiento mental, trata de responder esta pregunta: ¿Por qué se presentó hoy el paciente a una evaluación? En algunos casos, no es decisión del paciente, sino de alguien más que se da cuenta de la necesidad de ayuda cuando observa que el paciente compra una pistola, se aísla de la vida familiar o se intoxica agudamente. Si la respuesta no es evidente, lo mejor es preguntar:

“Este problema lo ha venido molestando durante mucho tiempo. ¿Qué lo hizo buscar ayuda en este momento?”

Cuando el paciente asiste voluntariamente a la evaluación, es probable que escuches algo acerca del deseo de los familiares preocupados, el miedo a perder un empleo valorado o la propia ansiedad del paciente en relación con el empeoramiento de los síntomas.

EPISODIOS PREVIOS

Saber acerca de los episodios previos de las mismas o similares condiciones mentales puede ayudarte a determinar el diagnóstico y el pronóstico. Para este momento, ya debes haber escuchado detalles acerca de episodios anteriores. Si no es así, pregunta:

“¿Cuándo fue la primera vez que se sintió así?”

“¿Buscó tratamiento entonces o después?”

“¿Por qué lo pospuso?”

“¿Cuál fue el diagnóstico?” (Puede haber más de uno).

Desde el primer episodio, ¿ha habido una recuperación completa o el paciente ha seguido teniendo síntomas o un evidente cambio de personalidad? El tema de la recuperación completa

puede ser de importancia crucial. Por ejemplo, puede ayudar a diferenciar una esquizofrenia (de la cual los pacientes nunca se recuperan por completo) de un trastorno del estado de ánimo con psicosis (que, por lo general, se soluciona totalmente).

¿Cómo ha reaccionado el paciente a los síntomas o episodios del padecimiento previos? Algunos simplemente los ignoran; otros tratan de escapar renunciando a su empleo, huyendo de su casa, tratando de suicidarse o abusando de alcohol u otras drogas. Las personas que experimentan alucinaciones auditivas a veces ponen el radio con volumen alto para ahogar los sonidos de su cabeza. Algunos hablan con un amigo o un consejero religioso. Cualquiera que sea el modo de afrontar los problemas, esta información ayuda a valorar la gravedad del episodio actual en comparación con los anteriores. También podría ayudar a predecir cómo se comportaría el paciente si continúa sin recibir ayuda para su padecimiento.

TRATAMIENTO PREVIO

¿El paciente ha recibido antes un tratamiento? Si así fue, para orientar los planes de la terapia futura, debes obtener detalles acerca de lo que se le ofreció al paciente y lo que se llevó a cabo.

Si el paciente estuvo en psicoterapia, ¿de qué naturaleza fue? En la actualidad, la terapia cognitivo-conductual es muy popular, pero hay muchas otras posibilidades. ¿Fue terapia individual, grupal o de pareja? Trata de averiguar el nombre, y por supuesto la profesión, del terapeuta anterior. ¿Cuánto tiempo duró el tratamiento? ¿Por qué no continuó? ¿Le prescribieron medicamentos? Si así fue, ¿cuáles y en qué dosis? ¿Tuvo efectos colaterales la medicación? Si el paciente no sabe los nombres de los medicamentos que tomó, una descripción física de las tabletas o cápsulas podría darte a ti o a algún farmacéutico algunas pistas. Una lista de efectos colaterales también podría ayudar a identificar los medicamentos. Averigua si se usaron medicamentos inyectados, sobre todo si se trata de antipsicóticos inyectables de acción prolongada como flufenazina (Prolixin), haloperidol (Haldol), risperidona (Risperdal), olanzapina (Zyprexa) y paliperidona (Invega).

También trata de valorar qué tanto colaboró el paciente en el tratamiento. Si haces una pregunta directa sobre este tema, el orgullo o la culpa pueden hacer que algunos pacientes tengan dificultades para responder la pregunta con franqueza. En vez de ello, intenta con la siguiente pregunta:

“¿En general, pudo seguir las instrucciones de su terapeuta?”

Si la respuesta es “No”, pregunta:

“¿Qué clase de dificultades tuvo?”

¿Cuáles fueron los resultados del tratamiento anterior? ¿Le ayudó en algo? Si así fue, trata de obtener una opinión sobre qué tratamiento fue el que más lo ayudó (hablar con un terapeuta, terapia conductual, terapia electroconvulsiva, medicamentos). Podrías llevarte una sorpresa. Aun cuando el actual medicamento pueda ser un antipsicótico, el paciente podría responder que el litio es lo que más lo ha ayudado, así que pregunta otra vez.

¿Alguna vez ha estado hospitalizado el paciente? Si así fue, ¿cuántas veces? ¿Dónde? ¿Por cuánto tiempo? Si queda poco tiempo de la entrevista y el paciente está bien informado y es colaborador, puedes pedirle un resumen escrito de las hospitalizaciones y tratamientos previos para que lo entregue en la siguiente entrevista.

Hechos acerca del padecimiento actual

De todas las partes de la entrevista inicial en salud mental, la historia del padecimiento actual es, quizá, la más importante. (Pero también es frecuente que se desatienda). En ella se desarrolla la mayor parte de la información y se ponen a prueba las hipótesis que sentarán las bases del diagnóstico. Este proceso requiere obtener información sumamente **válida**; es decir, debe reflejar con la mayor fidelidad posible los verdaderos hechos de la historia del paciente. Puedes tomar diversas medidas para aumentar la validez de la información que registras en la historia del padecimiento actual.

SÉ CLARO EN RELACIÓN CON LAS METAS DE LA ENTREVISTA

El paciente comprende que esperas exactitud en la información que proporcione desde el principio. Aun así, a mitad de la entrevista, el aparentemente veraz paciente puede no revelarte cierta información. Algo en la conducta del paciente puede indicarlo: titubeos en su discurso, rehúye el contacto visual. Desde luego, tu primera tarea debe ser tratar de comprender cualquier conducta de este tipo; en el capítulo 16, revisaremos en detalle las razones del paciente para resistirse. Si se trata de evasiones u omisiones de menor importancia, puede ser suficiente repetir la meta de la entrevista:

“Sé que es difícil hablar de algunos de estos temas, pero para ayudarlo mejor necesito hasta los más mínimos detalles que me pueda decir.”

Si eres estudiante, tendrás menos autoridad para pedir cooperación, así que puedes intentar diciendo algo como esto:

“Siento causarle dolor con estas preguntas, pero usted en verdad me está ayudando en mis estudios. Sé que es doloroso hablar de esto, pero tal vez hacer contacto con algunos de estos recuerdos y sentimientos pueda incluso ayudarlo a comprender sus problemas.”

Puede ser difícil obtener información de buena calidad al entrevistar a adolescentes. A algunos les preocupa mucho lo que les puedes decir a sus padres, otros desconfían de cualquier persona cinco años mayor que ellos. Cualquiera que sea la causa, algunos adolescentes tienen dificultad

des para decir la verdad. A veces ayuda asegurarles que protegerás la confidencialidad de la información que te proporcionen. Yo suelo decir algo como esto:

“Como quizá supongas, después de que terminemos tendré que hablar con tus padres, pero cualquier cosa que yo les diga la discutiré antes contigo. Y siempre y cuando piense que estás a salvo, respetaré la confidencialidad de todo aquello que me pidas que no diga a tus padres.”

Algunas jurisdicciones te permiten orientar o tratar a adolescentes por ciertos problemas como enfermedades venéreas y control de la natalidad, incluso sin informar a los padres, con la esperanza de alentar a los jóvenes a consultar a los profesionales apropiados acerca de padecimientos de salud importantes. En esos casos, puedes trabajar con el paciente para determinar la mejor manera de informar a los padres, pero no debes asumir la responsabilidad de dar esta información tú mismo. Si el adolescente es llevado por sus padres, por lo general, debes consultar con ellos después de informar al paciente lo que planeas decirles.

La información que no es válida puede ser confusa, sobre todo en la entrevista inicial, así que algunos clínicos empiezan las entrevistas con adolescentes señalando que prefieren el silencio a la información errónea. Así es como podrían decirlo:

“Muchas de las preguntas que te voy a hacer son personales. Algunas pueden ser bastante embarazosas o incluso aterradoras. Pero, si voy a ayudarte, es importante que no me confundas diciendo algo que no sea cierto. Así que si no puedes tolerar hablar de lo que te pregunto, por favor, no inventes una respuesta. Sólo dime que no quieres hablar de eso ahora y continuaré con algo más, ¿de acuerdo?”

IDENTIFICA TUS DISTRACCIONES

Es difícil que una entrevista pueda transcurrir en calma y con lógica, abordando por completo cada tema antes de pasar a otro. De hecho, los entrevistadores experimentados saben que en algún momento se distraerán con algo inesperado.

Cuando material nuevo interrumpe el curso de la entrevista, puedes explorarlo de inmediato o, si sientes que el tema original es más importante, haz una nota para regresar a él después. Si decides esto último, debes reconocer que el paciente ha dicho algo importante y prometer que lo retomarás más adelante.

Paciente: Ayer me sentí tan disgustado conmigo mismo que saqué mi maleta sólo para ver cómo se sentía en mi mano.

Entrevistador: Debe haberse sentido bastante mal para pensar en dejar su casa. En unos minutos le haré un par de preguntas sobre esas ideas, después de que terminemos de hablar acerca de su modo de beber.

En la entrevista clínica, constantemente debes reconciliar dos principios opuestos: recolectar toda la información necesaria y evitar entrar en detalles excesivos. Por ejemplo, sin duda quieres saber acerca del alboroto familiar que ocurrió el mes pasado cuando el paciente se deprimió de gravedad, pero no a costa de no descubrir suficientes síntomas de depresión para hacer un diagnóstico sólido. Resolver este dilema a menudo significa dejar para después preguntas que, sin importar cuánto desees las respuestas, deben esperar para abordar otros temas más apremiantes. Es un momento ideal para hacer algunas notas y regresar después a ellas.

USA PREGUNTAS ABIERTAS

Sobre todo lo demás, quieres información válida. Los estudios han mostrado que los pacientes proporcionan la mayor parte de información válida cuando se les permite responder con libertad, con sus propias palabras y totalmente como ellos desean. Para ello, necesitas una pregunta abierta, una que no se pueda responder con "sí" o "no" o con información muy específica (como la edad de alguien, un lugar o un atributo físico). Siempre que sea posible, formula la pregunta de una manera abierta que permita la más amplia variedad de respuestas. He aquí algunos ejemplos:

En vez de "¿Tuvo insomnio cuando estuvo más deprimido?", pregunta "¿Cómo era su sueño en ese tiempo?" (El paciente puede haber dormido demasiado en vez de muy poco).

En vez de "¿Cuántas veces ha estado hospitalizado?", di "Hábleme de sus hospitalizaciones anteriores." (Los detalles podrían revelar intentos de suicidio o consumo excesivo de alcohol).

En vez de "¿Perdió el apetito?", pregunta "¿Qué tanto cambió su apetito?" (La frase "qué tanto" puede convertir casi cualquier pregunta cerrada en una pregunta más abierta).

HABLA EL LENGUAJE DEL PACIENTE

Incluso los entrevistadores más experimentados deben cuidarse de usar términos técnicos que el paciente pueda no comprender.

"¿Su libido ha seguido sana?", preguntó un profesor de psiquiatría (!) durante sus visitas a las salas. El paciente, un fornido joven que desertó del bachillerato, lo miró perplejo.

Si usas palabras desconocidas y el paciente pregunta su significado, no perderás nada más que un poco de tiempo. Sin embargo, algunos pacientes son reacios a reconocer su ignorancia y no dicen nada. Otros piensan a veces que comprenden, pero no es así. Si responden la pregunta que creen que les hiciste, la información que obtengas puede no ser exacta.

La validez de la información será mayor si ajustas las preguntas a un nivel que el paciente pueda comprender. Incluso así, puedes encontrar que el paciente comprende de un modo diferente una palabra cuyo significado piensas que es lo suficientemente conocido. Por ejemplo, algunas personas oyen *ansioso* y piensan en "entusiasta"; otros pueden decir que **paranoide** significa "temeroso".

Al mismo tiempo, ten cuidado de no menospreciar al paciente.

Un entrevistador preguntó a un paciente, un hombre con grado de maestro en psicología, "¿Cómo está su pensador?" Al principio, el paciente no entendía. Cuando el clínico explicó lo que quería decir, el paciente se sintió insultado y salió de la habitación sin terminar la entrevista.

Aunque la mayoría de los pacientes no reacciona de esa manera tan extrema, recuerda dirigirte a todos los adultos (y, en realidad, también a los niños) con absoluto respeto por su inteligencia y sus sentimientos.

Todas las personas educadas usan circunloquios alguna vez. Por ejemplo, “dormir con” suele usarse para referirse a “tener relaciones sexuales con”; cualquier acción de realmente dormir es una idea adicional. Debes tratar de preservar el ambiente cómodo, pero tu primera obligación es lograr una comunicación precisa. Preguntar si el paciente tuvo “sexo antes de casarse” es discreto, pero inexacto; casi todos lo tienen, aunque sólo sea en forma de masturbación. Si en realidad necesitas saber algo de la historia de las relaciones sexuales, formula la pregunta con todas las palabras necesarias. En el capítulo 9, retomaremos algunos métodos para ayudarte a abordar los delicados temas del sexo, suicidio y uso de sustancias.

Debes esforzarte mucho para estar seguro de que comprendes lo que el paciente trata de decir. Por ejemplo, ¿qué significa “Ya estaba harto”? Para saberlo, tienes dos opciones:

1. Expresa que comprendes lo que dice: “¿Quiere decir que se sintió muy disgustado?”
2. Sólo pregunta qué quiso decir: “¿Cómo se relaciona su afirmación con lo que estábamos hablando?”

Asegurarte de que la comunicación sea buena requiere vigilancia constante. Es demasiado fácil suponer que entiendes qué quiere decir el paciente cuando, en realidad, cada uno de ustedes habla un idioma diferente.

En el mismo sentido, procura no juzgar la conducta de otras personas según tus propios estándares. Un ejemplo común es la duración del sueño. Podrías suponer que el paciente, quien duerme sólo 6 horas al día, sufre de insomnio, pero para algunas personas eso es mucho (Thomas Edison dormía sólo 4 horas). Ten en mente que los seres humanos tienen una variedad casi infinita de preferencias y hábitos, y no caigas en la tentación de imponer tus estándares a otros.

ELIGE LAS PREGUNTAS CORRECTAS

Cuando quieras saber acerca de algo, sólo pregunta. Una sencilla solicitud de información a menudo produce lo que necesitas con un esfuerzo mínimo. Tu paciente puede apreciar que seas directo; si utilizas una pregunta abierta, probablemente obtendrás los detalles.

Cuando llega la hora de ahondar más en los problemas actuales del paciente, elige preguntas con dos principios en mente:

1. Realiza una investigación que aclare preguntas no contestadas. Es más eficaz concentrar tus esfuerzos en áreas que no se han revisado.
2. Si tus preguntas muestran que conoces el padecimiento, el paciente percibirá que estás bien informado. El *rapport* y la confianza resultantes llevarán a que comparta cada vez más información.

En este punto de la entrevista, te interesan los hechos, por lo que es mejor evitar las preguntas que empiecen con “Por qué...” Esto es especialmente cierto si las preguntas se refieren a las opiniones del paciente o a la conducta de otras personas. Además, las preguntas que empiezan con “Por qué...” pueden resultar frustrantes para un paciente que carece de introspección; esta frustración puede inhibir la formación del *rapport*.

“¿Por qué cree que está teniendo estos síntomas ahora?”

“¿Por qué dijo eso su jefe?”

“¿Por qué su hijo se fue de la casa?”

Cada una de estas preguntas invita a la especulación más que a citar hechos. Quizá después quieras oír interpretaciones posibles, pero al principio debes tratar de evitar las opiniones y concentrarte en los datos que te permitirán sacar tus propias conclusiones. Mejor trata de pedir más detalles o ejemplos típicos. (Advertencia: Más adelante romperé mi propia regla y mencionaré un par de situaciones específicas donde puedo usar preguntas que empiezan con "Por qué..." para lograr buenos resultados).

Obtener una buena historia depende en parte de saber qué preguntas ayudan a comprender mejor los hechos relacionados con los síntomas o problemas del paciente. Cada síntoma tiene su conjunto único de detalles que se deben explorar, pero para llevar a cabo una exploración completa y fructífera de cualquier conducta o evento, es necesaria cierta información, la cual incluye detalles precisos de los siguientes aspectos de los síntomas del paciente:

- Tipo
- Gravedad
- Frecuencia
- Duración
- Contexto en el que ocurren

Debido a que ahora buscas detalles específicos, debes usar preguntas más cerradas, es decir, las que se pueden responder con pocas palabras y *no* invitan a hacer más comentarios al paciente. Incluso cuando buscas detalles, debes incluir algunas preguntas abiertas, las cuales estimulan al paciente a relacionar material adicional sobre el cual podrías no haber pensado en preguntar. En el siguiente ejemplo, el clínico usa una mezcla de preguntas abiertas y cerradas para explorar las crisis de ansiedad del paciente:

Entrevistador: ¿Cuándo fue la primera vez que notó estas crisis de ansiedad? (Pregunta cerrada)

Paciente: Creo que fue hace dos meses, pues yo recién había empezado a trabajar en el condado.

Entrevistador: ¿Podría describirme un episodio? (Pregunta abierta)

Paciente: Es casi lo mismo en todas las ocasiones. Sin razón empiezo a sentirme nervioso, y luego me da miedo no ser capaz de respirar. Es terriblemente espeluznante.

Entrevistador: ¿Con qué frecuencia han ocurrido? (Pregunta cerrada)

Paciente: Cada vez son más frecuentes. No podría decirlo con exactitud.

Entrevistador: Bueno, ¿ha ocurrido varias veces al día, una vez al día, una vez a la semana? (Pregunta cerrada de opción múltiple)

Paciente: Ahora diría que una o dos veces al día.

Entrevistador: ¿Qué hace usted al respecto? (Pregunta abierta)

Paciente: Por lo regular, me siento demasiado débil para permanecer de pie. Quince minutos después me siento mejor.

Entrevistador: ¿Qué clase de ayuda ha buscado antes? (Pregunta abierta)

Algunas reglas para entrevistar parecen obvias, pero deben mencionarse en nombre de la exhaustividad.

- **No formular preguntas de manera negativa.** ("Usted no ha estado bebiendo en exceso, ¿o sí?") El efecto es sugerir una respuesta, que en este caso sería "no".
- **No hacer preguntas dobles (o peor aún, múltiples).** ("¿Ha tenido dificultades con el sueño o el apetito?") Las preguntas dobles pueden parecer eficaces, pero a menudo son

confusas. Sin darte cuenta, el paciente puede responder a una parte de la pregunta e ignorar la otra.

- **Evitar preguntas peyorativas evidentes.** (“¿El consumo de alcohol ha causado alguna vez una falla grave del juicio?”) Aquí, sin ningún beneficio, te arriesgas a que se activen las defensas del paciente. Si es mejor recibida, podría ser una simple pregunta acerca de cualquier problema del paciente relacionado con el consumo de alcohol.
- **Evitar preguntas capciosas.** (“¿El hecho de que su esposa lo haya dejado provocó que empezara a beber?”) Una pregunta capciosa es aquella que (a menudo de manera amplia) insinúa la respuesta esperada. Los jueces en las series de crímenes de televisión rechazan las preguntas capciosas, y así lo debes hacer tú también. Representan lo opuesto a tu búsqueda de preguntas abiertas honestas. Mejor pregunta: “¿Qué estaba pasando en su vida antes de que empezara a beber?”
- **Alentar la precisión.** Cuando sea apropiado, pregunta por fechas, tiempos y números. Y pide al paciente que defina cualquier uso de palabras indefinidas como rara vez, bastante, en ocasiones, a veces, mucho y la mayor parte. (Por cierto, trata de que tu lenguaje sea lo más preciso posible).
- **Haz preguntas breves.** Las preguntas largas con demasiados detalles explicativos pueden confundir al paciente; además, ocupan tiempo que podrías usar para obtener información.
- **Estar atento a nuevos temas.** Incluso cuando estés muy cerca de llegar a información vital, debes estar atento a señales que indiquen otras direcciones que explorar posteriormente.

Paciente: ... Ésa es la historia de mi primer intento de suicidio. En verdad, afectó a mi madre, tanto que tuvo un colapso nervioso. ¿Ahora quiere que le platique del otro intento?

Entrevistador: (Anotando en su cuaderno “colapso de la madre”). Sí, por favor.

CONFRONTACIONES

Desde luego, **confrontación** no significa mostrar enojo, mucho menos llegar a los golpes. En el contexto de la entrevista en salud mental, simplemente significa señalar algo que requiere ser aclarado. Podría tratarse de una inconsistencia entre dos puntos de la historia, o entre la historia y lo que el paciente parece sentir al respecto. El propósito de la confrontación es ayudar a que la comunicación entre tú y el paciente sea mejor.

Entrevistador: He notado que cada vez que le pregunto sobre su padre, usted aparta la mirada. ¿Se ha dado cuenta?

Paciente: No, no lo he notado.

Entrevistador: ¿Qué cree que eso signifique?

En la entrevista inicial usual, debes tratar de evitar cualquier confrontación mayor que la que acabo de ilustrar, que es moderada. En la primera y segunda visita, ustedes no se conocen bien entre sí; el paciente podría sentirse engañado o atrapado por un extraño que señala inconsistencias. En cambio, eso podría llevar a una cooperación menor en la indagación de la historia o, en casos extremos, a una ruptura de la comunicación. Pero si piensas que estás recibiendo información contradictoria de un punto importante, trata de aumentar la validez pidiendo una aclaración.

Cuando preguntes, debes ser amable. La experiencia de ser interrogado es desagradable; hace que el sujeto se sienta atacado y reaccione a la defensiva. Si mejor cubres la confrontación

de empatía cálida, es menos probable que sea rechazada. Si el paciente ve que estás interesado y preocupado, la confrontación puede llevar a un aumento de la autoexploración.

También puedes lograr que la confrontación parezca menos un desafío eligiendo tus palabras con cuidado. Puedes manifestar perplejidad y pedir ayuda:

“Aquí hay algo que no comprendo. Acaba de decir que su esposo la llevó al hospital, pero creo que antes me dijo que se había fugado con su secretaria.”

Nota que “creo” implica que tú, el entrevistador, podría haberse equivocado. El efecto general de la confrontación que citamos es hacer que tú y el paciente colaboren en la búsqueda de la verdad. En otro ejemplo, a un paciente que hace una conexión que te parece ilógica (quizá delirante) podrías decirle simplemente: “Creo que no entiendo eso”.

Imagina que observas que el aspecto del paciente y el contenido de su pensamiento no concuerdan. Una confrontación exige una aclaración:

“Lo que usted me cuenta acerca de su suegra es triste; sin embargo, usted parece estar sonriendo. Debe haber algo más en esta historia.”

Sin importar cuál sea el tema, trata de limitar las confrontaciones a uno o dos temas esenciales, de lo contrario, el *rapport* con el nuevo paciente puede estar en riesgo. Para estar seguro de que reservas la confrontación sólo para los temas más importantes, quizá es mejor esperar hasta que el final de la entrevista esté cerca para emplearla. La relación debe ser más sólida para entonces (y el riesgo es menor), y ya habrás obtenido la mayor parte de la información (hay menos que perder). Todo riesgo que tomes debe estar al servicio de la resolución de un tema importante.

Sentimientos en la entrevista

Fechas, eventos y otros hechos proporcionan sólo el esqueleto desnudo de los problemas del paciente, pero deben estar encarnados en sentimientos y reacciones que les den sustancia. Cualquiera que sea la naturaleza de los problemas, incluso en pacientes con psicosis, los sentimientos hacia el padecimiento, y de hecho hacia la entrevista misma, quizá estén entre los datos más importantes que obtengas a lo largo de toda la entrevista. Sin embargo, los estudios han mostrado que, de todos los temas que se deben abordar en la entrevista inicial en salud mental, el más ignorado por los entrevistadores principiantes es el de los sentimientos.

SENTIMIENTOS NEGATIVOS Y POSITIVOS

Las personas pueden experimentar una cantidad impresionante de sentimientos. En una lista de algunos de ellos (cuadro 7-1), trato de ser exhaustivo. Algunos son estados de ánimo o afectos fundamentales, mientras que otros son variaciones o combinaciones. Todos están representados con palabras de uso común. Aunque en casi todos los casos existe una forma sustantiva, hice una lista de adjetivos (con algunos sinónimos y palabras relacionadas), porque ésa es la manera en que las personas expresan estas ideas en relación consigo mismas. Por ejemplo, es más común decir "Estoy ansioso" que "Tengo ansiedad".

En la mayoría de los casos, hice pares de sentimientos opuestos. (Observa que los sentimientos negativos superan considerablemente en número a los positivos). Omití la mayoría de los antónimos obvios (los que empiezan con los prefijos *in-* o *des-*), así como algunas palabras que son demasiado imprecisas para poder usarse como descriptores, como **bien, mal, nervioso e incómodo**. Debido a que quería incluir sólo algunos términos que se usan para describir el modo en que las personas se sienten, en algunos casos no incluí ningún antónimo. Así, no aparece *inocente* como antónimo de culpable, porque las personas no suelen decir que se sienten inocentes; "Soy inocente" expresa una convicción, no una emoción.

Desde luego, puedes obtener información sobre los sentimientos de una persona con una expresividad normal sólo observándola y escuchándola cuidadosamente. Pero algunos pacientes son reacios a compartir sus sentimientos; aun cuando desean hablar, los entierran en lo más profundo de sí mismos. Entonces, será necesario explorar poco a poco para descubrirlos.

Cuadro 7-1. Sentimientos negativos y positivos

Sentimientos negativos	Sentimientos positivos
Asustado, temeroso, aprehensivo	Seguro de sí mismo
Enojado	
Ansioso	Satisfecho, tranquilo, calmado
Apático, indiferente, distante, desapegado	Entusiasmado, entusiasta, interesado, encantado
Avergonzado, humillado	Orgullosa
Confundido, perplejo, desconcertado	Convencido, seguro
Decepcionado	Satisfecho
Asqueado	Encantado
Insatisfecho	Satisfecho
Envidioso, celoso	
Tonto	Sabio
Frustrado	Animado
Culpable	
Odioso	Afectuoso, cariñoso
Desamparado, dependiente	Independiente
Sin esperanza, atrapado	Con esperanza
Horrorizado	
Impaciente	Paciente
Indignado	Complacido
Inferior	Importante, superior
Solitario	Sociable
Pesimista	Optimista
Arrepentido	
Rechazado	Aceptado
Resentido	
Triste, sombrío, deprimido	Alegre, feliz, eufórico
Tímido	Seguro de sí mismo
Sorprendido, estupefacto, asombrado	Preparado
Suspicaaz	Confiado
Tenso	Relajado
Indeciso	Determinado
Ingrato, desagradecido	Agradecido
Poco comprensivo, insensible	Empático, compadecido
Inútil, despreciable	Útil, valioso
Vulnerable	Seguro
Receloso	Confiado
Preocupado	Despreocupado

Nota: Algunas palabras, como **receloso** y **confiado**, podrían considerarse positivas o negativas dependiendo del contexto. He tratado de crear esta lista de acuerdo con el significado más generalizado.

SUSCITAR SENTIMIENTOS

Muchos pacientes, quizá la mayoría, expresan de manera adecuada sus sentimientos con sólo preguntarles. No parece molestarles este método; de hecho, los estudios muestran que la mayoría de los pacientes e informantes prefiere este método directo siempre y cuando se lleve a cabo con calidez, consideración, cortesía y sensibilidad ante las señales.

Los entrevistadores exitosos usan con eficacia dos técnicas que son especialmente buenas para suscitar sentimientos. Se trata de las ya mencionadas preguntas directas y abiertas.

Preguntas directas acerca de los sentimientos

Busca la oportunidad para preguntar por los sentimientos asociados con cualquiera de los hechos que relate el paciente. Simplemente preguntar es, quizá, el método más eficaz para suscitar emociones, pero procura usar la palabra sentimientos o un sinónimo. Si te descuidas y dices, por

ejemplo, "¿Qué piensa?", te arriesgas a obtener mucho material objetivo y cognitivo, sobre todo si el paciente tiene un alto nivel de educación o tiende a intelectualizar. He aquí un par de preguntas útiles acerca de los sentimientos:

"¿Cómo se sintió cuando descubrió que tendría que marcharse?"

"¿Cuál era su estado de ánimo cuando recibió ese citatorio?"

Los pacientes están acostumbrados a responder preguntas y, por lo general, proporcionan la información sobre casi cualquier estado emocional en el que estés lo suficientemente interesado en preguntar.

Preguntas abiertas

Sin preguntar específicamente cómo se siente el paciente, las preguntas abiertas alientan la expresión libre de las emociones. Este método funciona bien porque su relativa libertad alienta a los pacientes a hablar extensamente. Mientras más hablen las personas, mayor es la probabilidad de que revelen información cargada de emociones.

Esta técnica, que en realidad es una extensión del discurso libre, opera en parte porque sugiere que te interesas en la manera en que el paciente percibe la situación en su totalidad. Por otro lado, las preguntas cerradas, de respuestas breves, pueden sugerir que tú ya decidiste qué es importante, lo cual reduce la motivación del paciente para contar la historia completa. Además, parece evidente que mientras menos tiempo dediques a hacer preguntas, más tiempo tiene el paciente para revelar sus sentimientos.

Las preguntas abiertas también pueden ayudar al paciente que tiene problemas para organizar o aceptar las emociones que están en conflicto entre sí. Para describir estas emociones, a menudo usamos el término **ambivalencia**; para la mayoría de las personas, es difícil expresar sentimientos ambivalentes en pocas palabras. Pero si el paciente puede hablar un tiempo relativamente largo sin interrupciones, esto puede ser suficiente para que piense en sus sentimientos y los exprese. He aquí un ejemplo de una pregunta abierta que reveló sin duda sentimientos mezclados:

Entrevistador: Hace unos minutos, usted dijo que su esposa ha hablado de divorcio. ¿Podría decirme más al respecto?

Paciente: Ha sido un momento terrible para mí... Sé que..., bueno, siempre he pensado que si fracasas en tu matrimonio, fracasas en la vida. Al menos, eso es lo que mi madre siempre decía.

Entrevistador: (Asiente para alentarle a continuar).

Paciente: Pero cuando lo pienso..., usted sabe, hemos tenido muchos problemas para llevarnos bien casi desde... bueno, desde que nacieron los niños. Quizá no hemos tenido, en realidad, mucho de matrimonio. Quizá hay cosas peores que el divorcio.

OTRAS TÉCNICAS

Diversas situaciones pueden hacer difícil suscitar emociones en los pacientes. He aquí algunas de ellas:

- Desde la infancia, algunas personas, en especial los hombres, son desalentadas de revelar sus sentimientos o de mostrar emociones. Cuando crecen, esta visión machista de la conducta apropiada puede llevarlas a negar sus sentimientos. El ejemplo más evidente es la

advertencia dirigida a los niños “Los niños no lloran” se convierte en “Los hombres deben mostrar que nada les importa”. La mujer puede tener el mismo destino.

- Algunos pacientes no reconocen sus propios sentimientos o tienen dificultades para conectarlos con sus experiencias. Quizá también esto se desarrolla a partir de experiencias de la infancia. En casos extremos, las personas crecen incapaces de reconocer o describir cómo se sienten, condición llamada *alexitimia*.
- Otros más pueden ser reacios a expresarse, sobre todo frente a alguien que no conocen bien, porque eso los hace sentir vulnerables. “Mantén una apariencia dura y nadie podrá lastimarte” es lo que ellos podrían decir. En contraste con los que tienen alexitimia, estas personas saben cómo se sienten y podrían poner sus emociones en palabras, pero la necesidad de autoprotección se impone.

Para suscitar sentimientos en estas situaciones, puede ser necesario usar una de las técnicas que mencionamos a continuación.

Expresar preocupación o empatía

Estudios controlados han mostrado que cualquier expresión de interés o empatía por parte del clínico puede alentar al paciente a compartir sus sentimientos. Esto tiene más probabilidades de funcionar bien si el paciente ha empezado a compartir algunos sentimientos. La expresión empática se puede de manera verbal o conductual, como expresiones faciales y lenguaje corporal.

Paciente: Trabajé para una compañía durante 15 años, pero ahora que tenía la oportunidad de ascender a supervisor, el jefe me hizo a un lado para darle el puesto a su sobrino. ¡Eso me enerva de verdad!

Entrevistador: (*Frunce el ceño con compasión*). ¡Lamento mucho lo que le pasó! Creo que cualquiera en esa situación se sentiría herido y enojado.

Paciente: Fue más que eso, fui totalmente relegado. ¡Quería desaparecer de este mundo! Aún me siento así, a veces.

Reflejar los sentimientos

Reflejar los sentimientos significa expresar explícitamente la emoción que piensas que el paciente pudo haber sentido en esa situación.

Paciente: Mi hija siempre ha sido un poco alocada, pero anoche llegó a casa casi al amanecer.

Entrevistador: Apuesto a que usted estaba desesperado.

Desde luego, con esta técnica corres el riesgo de que tu interpretación esté equivocada. Pero si así es, y el paciente lo dice, al menos habrás cumplido con el objetivo de promover la discusión sobre los sentimientos.

Buscar señales de emociones

Buscar señales de emociones significa estar alerta continuamente a los indicios de asuntos muy emocionales. A menudo, encontrarás señales no verbales: una mirada con el ceño fruncido, hu-

medecimiento de los ojos o cualquier otra expresión del lenguaje corporal. Tu respuesta puede ser verbal:

“Me dio la impresión de que se veía un poco triste al hablar de su madre. ¿Qué sintió?”

También puedes indicar tu interés y apoyo con alguna acción tranquila propia, como acercarle una caja de pañuelos faciales a alguien que empezó a llorar.

Interpretación

Con la interpretación, trazas paralelismos entre el contenido emocional de situaciones actuales y pasadas.

Paciente: Mi esposo nunca escucha mis opiniones.

Entrevistador: De lo que me había contado antes, esta situación se parece a la manera en que su padre la trató cuando era adolescente.

Puede ser engañoso emplear la técnica de la interpretación. El paciente debe ser receptivo a las explicaciones de la conducta; idealmente, el paciente debe ser quien sugiera la conexión. Si no es así, expresa tu interpretación como algo tentativo, de lo contrario puede ser rechazada enérgicamente. Por lo general, tiendo a mantenerme alejado de las interpretaciones en la entrevista inicial; es una herramienta que los clínicos experimentados pueden aprovechar mejor en el curso posterior de la terapia.

Los estudios muestran que cada una de las técnicas anteriores puede alentar a un paciente o informante reticente a hablar más de sus emociones y a examinarlas con mayor profundidad. Sin embargo, ninguna de ellas desalentará de revelar sus emociones a una persona con una tendencia normal a expresarse. Además, también requieren una indagación menos detallada y extensa en comparación con las técnicas que son menos sensibles a las necesidades del paciente.

“Nombrar los sentimientos”

Sólo pregunta por la emoción que piensas que el paciente puede estar sintiendo:

“¿Se siente deprimido?”

“¿Se ha sentido culpable [o arrepentido] por [cualquier situación que hayan discutido]?”

Debido a que se trata de preguntas cerradas, reserva esta técnica para las situaciones en que ya hayas tratado de suscitar sentimientos con preguntas más abiertas.

Analogía

Por último, en el caso de un paciente que no pueda en absoluto identificar los sentimientos que acompañan una situación, puedes preguntar sobre las ocasiones en que pudo haber tenido sentimientos similares.

“¿Sintió algo parecido a esto cuando su madre murió?”

“¿Se sintió de esta manera el día que su jefe lo usó como un mal ejemplo enfrente de todos sus compañeros?”

INVESTIGAR LOS DETALLES

Una vez que descubriste algunos sentimientos, aumenta la profundidad de la entrevista haciendo más preguntas. Pregunta para evocar ejemplos y valorar detalles.

Entrevistador: Me gustaría saber más sobre sus ataques de furia. ¿Cuándo se siente así?

Paciente: Por una sola cosa: cuando vamos a visitar a mi suegro.

Entrevistador: ¿Ha tenido experiencias previas desagradables con él?

Paciente: ¡Claro que sí! Casi arruina mi matrimonio con algunos de sus maliciosos comentarios.

Entrevistador: Me gustaría oír un ejemplo de cómo se sintió entonces.

Asegúrate de hacer preguntas cada vez que el paciente te dé la oportunidad de investigar más. Los principiantes a menudo descubren evidencia de eventos importantes o de patología, sólo para ignorarla después en el diálogo subsiguiente. He aquí un ejemplo desafortunado:

Entrevistador: ¿Alguna vez alguien se le acercó en busca de sexo cuando usted era niño?

Paciente: Sí, así fue.

Entrevistador: (Anota “Sí”). ¿En dónde trabaja ahora?

Quizá este entrevistador se sintió incómodo para pedir más detalles, pero el paciente se quedó con la frustración de evocar esta información contenida. La información positiva debe ser investigada hasta que sepas quién, qué, cuándo, dónde, por qué y cómo.

MECANISMOS DE DEFENSA

Al investigar, también debes averiguar qué hace el paciente para lidiar con sus sentimientos. Las estrategias para lidiar con emociones y conductas se denominan **mecanismos de defensa**. Pueden parecer casi infinitos en número y variedad; consulta textos estándar para ver una lista más completa. A continuación, aparecen algunos de los mecanismos de defensa más comunes. En vez de presentar sólo las definiciones, trataré de aclarar lo que significan los términos con ejemplos de mecanismos de defensa que un candidato político podría usar si se siente ansioso y enojado por perder una elección.

Mecanismos de defensa potencialmente dañinos

En el grupo potencialmente dañino, incluí los mecanismos de defensa que, por lo general, permiten a una persona evitar confrontar los efectos de sentimientos y emociones. Cuando estamos estresados, la mayoría de nosotros a veces se siente tentada a usar uno de éstos para apuntalar nuestros egos.

- **Acting out.** [El político rompe la cámara de un fotógrafo reportero que trata de tomarle una foto].
- **Negación.** "El recuento dirá que, en realidad, yo gané".
- **Devaluación.** "De todos modos, es un pésimo trabajo; las horas de trabajo son mortales y no obtienes más que quejas de los contribuyentes".
- **Desplazamiento.** [El político va a casa y patea al gato].
- **Disociación.** [El político despierta una mañana en un lugar extraño, sin poder recordar lo que pasó en los últimos tres días].
- **Fantasia.** "El próximo año me postularé para el congreso, y ganaré".
- **Intelectualización.** "Veo esta experiencia sólo como ejemplo de la 'democracia en acción'".
- **Proyección.** [Pensamiento inconsciente: "Quisiera matarlo"] "Él planea matarme".
- **Formación reactiva.** [Pensamiento: "Es un miserable de los barrios bajos"] "Estoy orgulloso de apoyar al honorable miembro del consejo".
- **Represión.** [El político "olvida" asistir a un banquete en honor del vencedor].
- **Somatización.** [El político desarrolla un dolor persistente en el pecho de origen inexplicable] "... así no podía haber servido de todos modos".
- **Escisión.** "Algunos políticos son buenos, algunos son malos; mi oponente es uno de los malos".

Mecanismos de defensa eficaces

Los adultos mejor integrados se basan principalmente en algunos mecanismos de defensa más maduros.

- **Altruismo.** "Lo apoyaré; él tenía mejores títulos que yo".
- **Anticipación.** [Antes de que empiece la votación] "Desde luego, podría perder, pero tengo otras velas encendidas".
- **Humor.** "En mi campaña dije que él era honrado, y él dijo que yo era un imbécil. Quizá los dos estamos equivocados".
- **Sublimación.** "Escribiré un libro sobre mi campaña".
- **Supresión.** "Pondré esto en el fondo de mi mente, y me concentraré en los asuntos que tengo que resolver". [Observa la diferencia, el intento consciente, en relación con la represión que mencioné antes].

MANEJO DE PACIENTES EXCESIVAMENTE EMOCIONALES

Aunque por lo general es deseable alentar la expresión de emociones, algunos pacientes son tan emocionales que eso les impide comunicarse con otras personas, incluyendo al terapeuta. Las personas pueden experimentar una emocionalidad excesiva por varias razones.

- Pueden ser personas enojadas, a veces sin saber por qué.
- Otras, como las que tienen algún trastorno de personalidad, han aprendido que tener emociones de alto voltaje les ayuda a salirse con la suya. El drama se convierte en un modo de vida.
- Incluso personas que no tienen una psicopatología subyacente tan grave pueden emplear expresiones emocionales intensas para controlar a sus familias o amistades.

- Algunas personas fueron criadas en familias donde los sentimientos se expresaban escandalosamente y con mucha frecuencia. Al imitar a los demás, esta conducta se vuelve habitual.
- La ansiedad causa que algunas personas se comporten de este modo.
- Algunas no pueden tolerar la soledad del silencio.
- Quizá tu paciente, recordando experiencias con otros clínicos, teme que no te intereses en él o que no tengas suficiente tiempo para contarte toda la historia.

Cualquiera que sea la causa, la emocionalidad excesiva puede centrar demasiado tu atención en los sentimientos, por lo que no puedes dedicar tiempo suficiente para recolectar hechos. En este caso, trata de adoptar un comportamiento dinámico y controlador con el que dirijas con firmeza el curso de la entrevista. Algunas técnicas pueden ayudarte a cumplir este objetivo:

1. Reconocer la emoción. Puedes reducir la intensidad sólo poniéndole nombre a la emoción. Entonces el paciente, viendo que reconoces su sentimiento, no necesitará llamar tu atención sobre él.

Paciente: (Gritando) ¡Ella no me va a ver la cara de imbécil de ese modo, nunca más!

Entrevistador: En verdad se siente enojado. Frustrado y enojado.

Paciente: (Más calmado) Sí, claro. ¿Quién no lo estaría? Espere a escuchar lo que ella dijo la semana pasada.

Esta técnica muestra que comprendes y aceptas los sentimientos del paciente, así que quizá esto sea lo mejor que se pueda hacer. Úsala como primera opción.

2. Hablar con tranquilidad. Si el paciente grita, trata de bajar el volumen de tu voz. La mayoría de las personas no pueden mantener el volumen alto si hablas con tanta suavidad que apenas pueda escucharte.
3. Explicar otra vez qué información tratas de obtener:

“Lo que en verdad quiero en este momento es conocer la historia de su familia. Quizá más adelante podamos hablar un poco más sobre la novia de su esposo.”

4. Redirigir cualquier pregunta o comentario del paciente que se salga del tema.

Entrevistador: Ahora me gustaría que hablara de su hijo. ¿Usted dijo que él estaba viviendo con su madre?

Paciente: Es cierto, y ella ni siquiera me ha dejado hablar con él desde hace tres meses. ¿No cree usted que debería conseguir una orden legal?

Entrevistador: Tal vez después podamos hablar de eso. Pero ahora, en verdad necesito saber sobre su relación con su hijo, ¿ha sido estrecha?

5. Cambiar a un estilo cerrado. Este estilo indicará qué clase de respuestas específicas quieres oír y al mismo tiempo hará desistir al paciente de otros comentarios.

Entrevistador: ¿Puede hablarme de su primer matrimonio?

Paciente: ¡Fue un desastre! ¡Nunca he olvidado a ese hombre! ¡Era una bestia! Una vez lloré durante un mes sin parar. ¿Por qué? Ni siquiera podría –

Entrevistador: (Interrumpe al darse cuenta de que las preguntas abiertas no serán útiles) ¿Él bebía?

Paciente: ¡Cielos, sí! Bebía como camello. Él –

Entrevistador: (Interrumpe) ¿Cuánto tiempo duró ese matrimonio?

Paciente: Hasta que cumplí 26, casi 4 años. Él nunca –

Entrevistador: ¿El divorcio fue idea de él o de usted?

Este entrevistador estaba preparado para seguir interrumpiendo hasta que la paciente se limitara al tema principal.

6. Si continúas teniendo dificultades, asegúrate de que el paciente entiende lo que quieres. He aquí cómo podrías formular esta confrontación:

“Parece que tenemos dificultades con la comunicación. ¿Soy claro al expresar qué es lo que necesito saber?

Al igual que otras confrontaciones útiles, ésta se encuentra formulada para que no toda la culpa recaiga en el paciente.

El objetivo de todas estas técnicas es reducir el margen del paciente para expresarse verbal y conductualmente de manera excesiva. Deben ayudarte a obtener la información diagnóstica necesaria sin sacrificar el *rapport*. Sin embargo, a veces incluso estas técnicas son insuficientes. Si un llanto efusivo u otros sentimientos te impiden obtener la información necesaria de un paciente hospitalizado, quizá tengas que interrumpir la entrevista hasta que el paciente se haya calmado. Di algo como esto:

“Veo que está demasiado alterado para continuar hoy. Tomemos un descanso ahora. Nos vemos mañana en la mañana, cuando haya dormido un poco”.

Historia personal y social

Los profesionales de la salud no tratan enfermedades, sino personas. Por lo tanto, necesitas conocer el contexto en el que se sitúan las quejas del paciente. Esto requiere saber todo lo que sea posible acerca de los antecedentes familiares y otros aspectos biográficos. Este proceso no sólo te ayudará a conocer al paciente, sino que puede revelar material que ilumine y extienda tu conocimiento de las causas y el contexto del trastorno mental. Parte de dicho material puede tener una relación directa con las causas de un padecimiento o su tratamiento. El paciente ha pasado toda su vida acumulando estas experiencias, así que es casi inagotable la cantidad y variedad de la información disponible. Lo que averigües estará determinado por el propósito de la entrevista y el tiempo disponible para ella.

Mientras reúnes la información biográfica, mantén un escepticismo sano respecto de su validez. La memoria humana es falible, sobre todo cuando el ser humano tiene un profundo interés en lo que se recuerda. Es más probable el recuerdo exacto de eventos históricos importantes como nacimientos, muertes y matrimonios, y de eventos recientes que constituyen la historia del padecimiento actual.

Por otro lado, cierto material está especialmente sujeto a la distorsión: eventos de la infancia temprana, disputas interpersonales, cualquier cosa que se conozca de manera indirecta o que requiera interpretación. Debes evaluar continuamente la validez de todos los datos de la entrevista con base en tus propios estándares internos ("¿La historia parece probable? ¿Parece siquiera posible?"). Siempre que sea posible, debes verificar la exactitud valiéndote de fuentes externas, como expedientes médicos anteriores y entrevistas con familiares y amigos (véase capítulo 15).

Por cierto, estoy absolutamente consciente de que no vas a recolectar todos estos datos en una sola entrevista; la argumentación posterior es un hecho clínico vital.

En éste y los siguientes capítulos, emplearé cursivas para señalar algunas interpretaciones posibles del material conforme lo discutimos.

INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Familia de origen

Un comienzo lógico es el nacimiento del paciente. ¿En qué ciudad/estado/país nació? ¿Fue hijo único? Si tuvo hermanos o hermanas, ¿cuántos? ¿Cuál es la posición del paciente entre los her-

manos (primero, segundo, en medio, menor o único)? ¿Cómo se llevaba el paciente con sus hermanos? ¿Había algún hermano preferido? Los hermanos mayores tienden a recibir más atención cuando son pequeños, mientras que los hermanos de en medio pueden ser relativamente ignorados; los hermanos menores pueden ser mimados o consentidos. Los trastornos genéticos que son evidentes en el nacimiento poco después (como el síndrome de Down) tienden a presentarse en los hijos menores.

Si el paciente tiene un hermano gemelo, ¿son gemelos idénticos (monocigóticos) o fraternos (dicigóticos)? Los gemelos idénticos heredan el mismo material genético, mientras que los fraternos no son más parecidos genéticamente que los hermanos no gemelos. Algunos trastornos mentales, incluyendo la esquizofrenia o los trastornos bipolares, tienen mayor probabilidad de presentarse si el paciente es gemelo idéntico de alguien que tiene uno de esos trastornos.

¿El paciente se sintió querido de niño? ¿Qué tan estrecha fue la relación con sus padres? ¿Esto cambió en la adolescencia? ¿El paciente fue criado por los dos padres? Si no fue así, ¿se debió a la muerte de alguno? ¿Al divorcio? ¿Al servicio militar? ¿A la prisión? La ausencia de la madre o, sobre todo, del padre está asociada con el trastorno de personalidad antisocial. En algunos estudios, la muerte temprana de uno de los padres se correlaciona con el inicio de la depresión en la adultez.

A veces, el paciente dice: "Nunca conocí a mi padre". Con gentileza, debes tratar de averiguar si sus padres alguna vez estuvieron casados. (Usar "Es posible que..." puede suavizar considerablemente la pregunta). Incluso en nuestra era, donde hay mayor aceptación, nacer fuera del matrimonio es una fuente permanente de malestar y vergüenza para algunas personas.

Cualquiera que sea la naturaleza exacta del origen de la familia del paciente, debes tratar de averiguar algo acerca de la relación entre los padres (o sus sustitutos). ¿Tenían una buena comunicación entre sí? ¿Se mostraban afecto? ¿Peleaban a menudo? ¿Golpes? ¿Hubo algún tipo de abuso físico? ¿Cómo afectaba su relación el clima emocional en el hogar cuando el paciente era niño? Las personas a menudo toman lo que observaron como "lo normal" durante su infancia como modelo en sus relaciones adultas. Por otro lado, algunas personas llegan al extremo opuesto de la conducta de sus padres que ellos percibían indeseable y poco atractiva.

Si el paciente fue adoptado, ¿a qué edad? ¿Puedes averiguar algo acerca de sus padres biológicos o de las circunstancias que llevaron a la adopción? ¿La adopción fue intrafamiliar (es decir, los padres adoptivos tenían un parentesco consanguíneo con el paciente) o extrafamiliar? Muchas personas adoptadas, sobre todo adolescentes y adultos jóvenes, se sienten incompletos debido a que no conocen a sus padres biológicos. Esto puede resultar en una búsqueda de las raíces que lleva a algunos adoptados a hacer esfuerzos extraordinarios para descubrir (y, en algunos casos, conocer) a los padres biológicos que renunciaron a ellos.

Crecimiento

¿Qué edad tenían los padres cuando el paciente nació? ¿Los padres tenían la madurez suficiente para darle un cuidado responsable? ¿Trabajaban con regularidad fuera de casa? ¿En qué trabajaban? ¿Eran buenos proveedores? ¿Tenían tiempo suficiente para pasar con sus hijos? ¿Qué clase de técnicas disciplinarias usaban? ¿Eran duras, firmes, relajadas o inconsistentes?

Si alguno de los padres se ausentaba de casa por periodos extensos, averigua por qué. (¿Enfermedad? ¿Un trabajo lejos de casa? ¿Prisión? ¿El padre era militar?) ¿La familia vivió en un solo lugar o hubo cambios frecuentes de residencia? ¿La familia realmente echó raíces en algún lugar? ¿Hubo otras pérdidas, como la muerte de un hermano, abuelo u otros familiares cercanos?

Averigua acerca de pasatiempos, clubes y otros intereses extracurriculares. ¿El paciente era sociable? ¿Solitario? Muchas personas con esquizofrenia han estado aisladas o han sido solitarias la mayor parte de sus vidas.

Trata de obtener una imagen general del ambiente de la infancia y el lugar que el paciente ocupaba en él. He aquí algunas preguntas que pueden ayudarte en esta amplia tarea:

- "¿Podría contarme algo acerca de su infancia?"
- "¿Cómo era su vida entonces?"
- "¿Cómo se llevaba con sus hermanos?"
- "¿Quiénes fueron sus amigos de la infancia?"
- "¿Se sentía diferente de otros niños?"
- "¿Qué hacía en su tiempo libre?"
- "¿Pertenebió a alguna organización como los *Boys Scouts*?"
- "¿Participó en deportes organizados?"
- "¿A dónde iba su familia en vacaciones?"
- "¿Hubo mascotas en su familia?"
- "¿Qué tareas tenía en casa, o con que otras responsabilidades debía cumplir?"
- "¿Tuvo trabajos de verano o después de la escuela?"
- "¿Qué quería ser cuando fuera grande?"
- "¿Con quién se identificaba?"
- "¿Se hablaba de sexualidad en casa?"
- "¿Cuáles eran las actitudes de sus padres hacia la sexualidad?"
- "¿Cuándo empezó a interesarse en tener una relación romántica?"

Preguntar acerca del abuso

Muchos pacientes sufrieron abuso físico de niños, experiencia que puede afectar significativamente la vida y la personalidad adulta. Puede ser difícil obtener esta información; a veces, estos pacientes no se dan cuenta por sí mismos del grado en que fueron abusados de niños. No obstante, debes hacer el esfuerzo de averiguar si en la infancia del paciente hubo tales experiencias. Puedes entrar en estos temas delicados gradualmente:

- "¿Qué tan bien siente que sus padres cuidaron de usted?"
- "¿Qué métodos de disciplina usaron sus padres?"
- "¿Alguna vez sintió de niño que era maltratado?"

Las respuestas positivas acerca del abuso deben ser indagadas de manera minuciosa y cuidadosa. Necesitas desarrollar las siguientes áreas de información:

- ¿Con qué frecuencia ocurría el abuso?
- ¿Quién era el abusador? ¿Ambos padres participaban?
- Si alguno de ellos trataba de protegerlo, ¿quién era?
- ¿En qué consistía el abuso? (¿Golpes? Si así era, ¿con qué lo golpeaban?)
- ¿Con qué frecuencia ocurría?
- ¿Había algo que lo provocara? ¿Qué era?
- En ese momento, ¿el paciente sentía que el abuso era merecido? ¿Qué piensa ahora?
- ¿Qué efectos tuvieron esas experiencias en el paciente de niño?
- De adulto, ¿cómo se siente ahora el paciente respecto de esas experiencias?

Será necesario que preguntes acerca del abuso sexual también; revisaremos ese tema en el capítulo 9.

Salud en la infancia

Para los pacientes adultos, los sucesos importantes del desarrollo temprano (a la edad en que el niño aprende a sentarse, ponerse de pie, caminar, decir palabras y oraciones) suelen no ser importantes para investigarlos. La mayor parte de lo que el paciente sabe sobre estos hechos probablemente le ha sido transmitido como mitología familiar, que está muy sujeta a la distorsión. (¿Quién recuerda haberse alimentado del pecho o haber aprendido a ir al baño?) Pero si tienes la sospecha de alguna discapacidad intelectual u otras dificultades de desarrollo (como un trastorno específico del aprendizaje), estos hechos pueden tener suficiente importancia para investigar más con otro informante.

Trata de averiguar algo sobre la salud general en la infancia. ¿Hubo hospitalizaciones, operaciones o visitas frecuentes a los doctores, o ausencias prolongadas en la escuela por motivos de salud? ¿Cómo se ocupaba la familia de las enfermedades? (¿Sobreprotección? ¿Rechazo?) Si el paciente fue un niño enfermizo, ¿los padres u otros familiares “premiaban” la conducta de enfermar con mucha atención? La sobreprotección o los premios por la enfermedad pueden preceder a lo que el DSM-5 ahora llama trastornos de síntomas somáticos y relacionados con éstos (trastornos somatoformes en el DSM-IV).

¿Cómo era el temperamento del paciente y su nivel de actividad, en especial entre los 5 y 10 años de edad? ¿Era niño quieto y retraído o extrovertido y simpático? Las características de temperamento aparecen en los primeros meses de vida y tienden a mantenerse a lo largo de la infancia, incluso en los años adultos. Pueden correlacionarse con los trastornos mentales adultos.

¿El paciente informa alguno de estos problemas relativamente comunes de la infancia?

- Mojar la cama
- Tics
- Tartamudeo
- Obesidad
- Pesadillas
- Fobias

Si así es, ¿qué tratamiento, si es que hubo alguno, se intentó? ¿Ayudó? ¿Cómo afectaron estos problemas las relaciones con hermanos y compañeros de escuela? Cualquiera de estos problemas sugiere que el paciente estuvo bajo estrés de niño. Debido a su cada vez mayor frecuencia, la obesidad en años recientes se ha vuelto un poco más aceptada, pero aún sugiere una fuente potencial de burlas en la infancia.

¿Hubo alguna preocupación relacionada con la masturbación? ¿A qué edad empezó la pubertad? Si el paciente es mujer, ¿estaba preparada para el inicio de la menstruación? Si así fue, ¿quién le dijo? ¿A qué edad empezó? ¿Estuvo preocupada o molesta por el desarrollo de los senos? Los adolescentes, tanto hombres como mujeres, pueden ser sumamente sensibles a llamar la atención. El retraso en el desarrollo, o su aceleración, puede haber causado en el paciente cierto grado de vergüenza.

¿Cuándo fue su primera cita romántica? ¿Qué sentimientos están asociados con esto? Otra vez, la historia sexual se abordará en el capítulo 9.

Educación

¿Cómo fue el rendimiento académico del paciente y cuál es su último grado de estudios terminado? ¿Le gustaba la escuela? Si hubo algún problema académico, ¿con qué materias tenía

mayores dificultades? ¿Tuvo problemas específicos con la lectura (dislexia)? ¿Con otras materias? ¿Tuvo problemas de conducta en la escuela? ¿Ausentismo? ¿Cuáles fueron las consecuencias? (¿Enviado con el director? Le pegaba el maestro? ¿Suspensión o expulsión?).

¿El paciente repitió algún grado o tuvo problemas para concentrarse en las tareas escolares? Periodos cortos de atención y bajo desempeño académico sugieren trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Algunos de estos pacientes (en particular, niños varones) fueron notablemente hiperactivos de niños, y pueden haber aprendido a caminar muy pequeños.

¿El paciente faltó alguna vez a la escuela por un periodo largo? Si así fue, ¿por qué? ¿Hubo alguna historia de negarse a ir a la escuela? ¿A qué edad ocurrió esto? Negarse a ir a la escuela (alguna vez llamada de manera errónea "fobia escolar") es muy común en niños pequeños y no necesariamente predice una patología posterior.

Si el paciente desertó de la escuela antes de terminar el bachillerato, ¿cuál fue la razón? ¿Qué hizo entonces el paciente? ¿Trabajar? ¿Entrar al ejército? Debes averiguar si el paciente obtuvo algún certificado de estudios con otras alternativas.

Por último, ¿a qué edad el paciente hizo la transición de la dependencia de los padres u otras personas a la autosuficiencia?

VIDA ADULTA

Historia laboral

La historia laboral puede ayudarte a juzgar tanto el potencial subyacente del paciente como el efecto del padecimiento actual en su desempeño. Esta información también es relativamente objetiva: la historia laboral parece ser menos distorsionada que la historia personal y, quizá, que algunas partes más embarazosas de la historia social. Por lo tanto, debes dedicar tiempo a indagar en los detalles de la historia laboral del paciente.

¿Cuál es la ocupación actual del paciente? ¿Es estimulante, satisfactoria? ¿Qué tanto se ajusta a sus ambiciones iniciales? ¿Cuánto tiempo lleva en su empleo actual el paciente? Si el paciente ha estado desempleado alguna vez, ¿por qué y por cuánto tiempo? Si tiene poco tiempo en su trabajo, ¿cuántos empleos ha tenido en los últimos 5 años? ¿Cada cambio de trabajo ha sido porque encontró uno mejor? ¿Cuánto tiempo trabaja a la semana? Investiga cada vacío, cambio de dirección o falta de promoción.

Si alguna vez el paciente fue despedido de un trabajo, ¿cuáles fueron las circunstancias? Si el paciente se encuentra desempleado en la actualidad, ¿por qué? ¿Cuándo fue la última vez que el paciente tuvo un empleo regular? Si el paciente está desempleado, ¿cuáles son los medios actuales de subsistencia? Los pacientes con personalidad antisocial a menudo han tenido múltiples trabajos de breve duración. Entre los pacientes con esquizofrenia, es común que nunca hayan tenido algún empleo o que no hayan tenido ninguno en muchos años.

Cuando abordes este tema, averigua acerca de las actividades recreativas. ¿El paciente tiene algún pasatiempo? ¿Pertenece a algún club u organización? ¿Ha intentado continuar con su educación de adulto? ¿Qué hay con los talentos? Para averiguar más, puedes preguntar:

“¿En qué considera que usted es bueno?”

Historia militar

¿El paciente ha servido a las fuerzas armadas? (Formula esta pregunta tanto a hombres como a mujeres). Si la respuesta es "Sí", pregunta:

"¿En qué ramo?"

"¿Se enlistó por su voluntad o fue reclutado?"

"¿Cuánto tiempo sirvió?"

"¿Cuál era su trabajo en el ejército?"

"¿Cuál fue el grado más alto que alcanzó?"

"¿Tuvo problemas con la disciplina?" (Éstos incluyen juicios marciales, audiencias disciplinarias no judiciales, audiencias disciplinarias para reducir el rango)

"¿Cómo fue su baja del ejército?" (¿Honorable? ¿General? ¿Deshonrosa? ¿Médica?)

"¿Estuvo en combate? Si así fue, ¿cuánto tiempo? ¿Cuál era su función?"

"¿Alguna vez fue herido?"

"¿Tiene alguna discapacidad relacionada con el servicio?" (Ésta podría deberse a heridas o a un accidente o enfermedad no relacionada con el combate).

"¿Fue prisionero de guerra?"

"¿Tiende a revivir sus experiencias o a tener pesadillas o reacciones que se las recuerden?"

Los síntomas que persisten o se repiten después del combate (o de cualquier trauma grave relacionado con el servicio) pueden indicar un trastorno de estrés postraumático. Este padecimiento se ha encontrado en 10% o más de los veteranos que combatieron en Vietnam, y está apareciendo en un gran número de soldados que regresan de Irak y Afganistán. También puede ocurrir después de desastres civiles, como accidentes automovilísticos y desastres naturales.

Historia legal

Pregunta por problemas legales de cualquier tipo. Éstos podrían incluir juicios por un seguro o discapacidad (sobre todo, probables en el caso de enfermedades crónicas, lesiones o dolores), desalojos y conflictos vecinales. En estos tiempos litigiosos, casi cualquier clase de pleito es posible. La historia legal puede servir como indicio de un trastorno de la personalidad, así como de trastornos bipolares y abuso de sustancias.

¿Alguna vez ha sido arrestado el paciente? Si así fue, ¿a qué edad? ¿En qué circunstancias? ¿Cuántas veces ocurrió esto? ¿Cuáles fueron las consecuencias? (¿Algún castigo? ¿Libertad condicional? ¿Un tiempo en prisión?) ¿Fue en una prisión local o en una penitenciaría? ¿Cuál fue la duración total?

¿Ha habido un patrón constante de conducta ilegal desde la adolescencia que continúe en la vida adulta? Si así es, ¿estas actividades delictivas siempre han tenido lugar en el contexto del uso de sustancias, o también han ocurrido cuando el paciente está limpio y sobrio? ¿Ha habido otras actividades ilegales por las que el paciente nunca haya sido aprehendido? Vale la pena preguntar de manera específica por el robo en tiendas, que es una conducta relativamente común, sobre todo en niños y adultos jóvenes. En el trastorno de personalidad antisocial, hay un patrón continuo de actos ilícitos al menos en la adolescencia (y a menudo mucho más antes). En parte debido al pobre pronóstico que implica, el trastorno de personalidad antisocial es un diagnóstico que no debes hacer en cualquier paciente cuya conducta ilícita haya ocurrido siempre bajo la influencia de drogas o alcohol.

Religión

Si el paciente pertenece a alguna religión, ¿cuál es? ¿Es distinta de su afiliación religiosa de la infancia? ¿Con qué frecuencia asiste el paciente a los oficios religiosos? ¿De qué manera la reli-

gión (o la espiritualidad) habla de la vida del paciente? Por diversas razones, los clínicos cada vez buscan más explorar la espiritualidad del paciente y su creencia en un ser supremo. Esto puede ofrecer indicios de fuentes posibles de apoyo y consuelo, y puede revelar algo del sistema de valores y preceptos éticos del paciente. También puede indicar el grado en que ha habido rupturas con los padres, y la posible presencia de apoyo por parte de una comunidad externa al núcleo familiar. En términos prácticos, el solo hecho de mostrar interés en algo que el paciente valora puede fortalecer el *rapport*.

Situación de vivienda actual

¿En dónde vive actualmente el paciente? (¿En casa? ¿En un departamento? ¿En una casa rodante? ¿En una habitación rentada? ¿En instalaciones de asistencia social? ¿En la calle?) ¿Cómo es su vecindario?

¿El paciente vive solo o con alguien más? Si vive con alguien, ¿con quién? ¿Qué tan bien se procura autocuidados? Si hay divagaciones, no podrías averiguar los detalles con el paciente; para obtener esta información, es necesario recurrir a otros informantes. Las divagaciones se encuentran por lo común en pacientes con trastornos neurocognitivos.

A partir de lo que dice el paciente, ¿puedes caracterizar la calidad de su vivienda? ¿Cada persona que vive ahí cuenta con la privacidad adecuada? ¿Hay mascotas? ¿Hay suficientes medios de comunicación, incluyendo teléfono, servicio postal, correo electrónico? ¿Qué medios de transporte usa el paciente? ¿Auto? ¿Autobús? ¿Metro? ¿Camina?

¿Alguna vez el paciente ha sido indigente? Si así fue, ¿por cuánto tiempo? ¿En qué circunstancias?

¿Cómo es la situación financiera del paciente? ¿Cuál es su fuente de ingresos? ¿Es regular? Asegúrate de incluir trabajos, compensaciones por incapacidad, seguridad social, rentas vitalicias, pensión alimenticia e inversiones. Pregunta:

“¿Ha tenido problemas económicos?”

Relaciones sociales

Puedes empezar a evaluar la calidad de las relaciones sociales preguntado:

“¿A quién siente más cercano en su familia?”

“¿Quiénes son sus mejores amigos?”

“¿Con qué frecuencia ve a estas personas?”

Si el paciente es responsable de cuidar a otro adulto, como un padre, otro familiar o un amigo, trata de suscitar los sentimientos en relación con estas obligaciones. ¿Puede decirme qué tan bien lleva a cabo estas funciones?

¿Qué tanto apoyo social tiene el paciente? ¿Hay contactos personales o recibe el apoyo principalmente a través de redes sociales electrónicas? Trata de averiguar acerca de la calidad de las relaciones con la familia, amigos o compañeros de trabajo. ¿Es miembro de algún club o grupo de apoyo? ¿Recibe ayuda del gobierno o agencias privadas? ¿Se beneficia de programas de apoyo alimentario? Si hay niños grandes, ¿qué tan cercana es su relación con el paciente?

¿El paciente tiene aficiones recreativas que practica solo o con otras personas?

Estatus marital

Se ha vuelto muy común que las parejas vivan juntas sin contraer matrimonio. Usaré los términos **cónyuge** y **pareja** para incluir cualquier relación íntima entre dos personas, sin importar género o estatus legal.

Podrías empezar diciendo:

"Hábleme de su cónyuge." (¿Lo que el paciente dice concuerda con lo que observas?)
 "¿Cuáles considera que sean los puntos fuertes de su relación?" (Como todas las preguntas abiertas, ésta deja un amplio margen para discutir cualquier cosa que parezca importante. El informe, favorable o no, podría indicar el estado general de la relación).

He aquí algunos datos específicos que debes averiguar:

¿El paciente está casado en la actualidad?
 ¿El paciente y su cónyuge viven juntos actualmente?
 ¿Ha habido matrimonios consensuales u otra relación de largo plazo?
 ¿Cuáles son las edades del paciente y su pareja?
 ¿Cuánto tiempo han estado juntos?
 Si están casados, ¿cuánto tiempo se conocieron antes de la ceremonia?
 ¿Cuántos matrimonios ha contraído cada uno?
 Si hubo matrimonios previos, ¿a qué edades tuvieron lugar?
 ¿Por qué terminaron los matrimonios anteriores o las otras relaciones a largo plazo?
 ¿Cómo han afectado los problemas emocionales la relación actual del paciente?
 ¿Qué tanto apoya la pareja al paciente en periodos de enfermedad o incapacidad?
 Si el paciente es divorciado, ¿cuáles fueron las circunstancias de la separación? ¿De quién fue la iniciativa? ¿En qué circunstancias? ¿Aún mantiene una relación con los ex cónyuges? Si es así, ¿es cordial?

Temas como dinero, sexualidad, niños y familiares por lo común ofrecen motivos para las disputas maritales contemporáneas. Éstas pueden llegar a convertirse en enemistades gigantescas entre los pacientes y sus familias; la carga del trastorno mental produce una inusual cantidad de discusiones, peleas, aventuras amorosas, separaciones y divorcios. Dedicar un tiempo considerable a indagar en la calidad del matrimonio del paciente o de otras relaciones amorosas y obtener información completa. A continuación aparecen algunas preguntas que puedes formular para conocer la clase de problemas cotidianos que producen fricción en cualquier relación:

"¿Cómo es la comunicación entre usted y su pareja?" (Algunas parejas casi nunca tienen una discusión seria; las parejas exitosas se toman tiempo para expresar sus quejas, preferencias y puntos de vista)
 "¿Consideran que son el mejor amigo uno del otro?"
 "¿Cómo son sus discusiones?" (¿Sacan a colación asuntos antiguos o se dejan por la paz? ¿Los miembros de la pareja dicen cosas de las que después se arrepienten?)
 "¿Sobre qué son las discusiones?"

Si hay niños, debes averiguar:

¿Cuántos niños son de cada matrimonio?
 ¿Hay hijastros?
 ¿De qué edad y género son los hijos?

- ¿Hay hijos producto de relaciones extramaritales?
- ¿Cómo es la relación del paciente con cada uno de sus hijos?
- ¿El paciente y su pareja están de acuerdo en compartir la responsabilidad del cuidado de los hijos?

Las preguntas acerca del ajuste y preferencia sexual pertenecen lógicamente a este apartado, pero puede ser difícil discutirlos, por lo que los abordaré en un capítulo aparte dedicado a temas delicados (capítulo 9).

Diversiones e intereses

Estoy de acuerdo, esto no va a confirmar o descartar el diagnóstico de esquizofrenia o de trastorno bipolar; sin embargo, queremos saber algo sobre la manera en que el paciente pasa su tiempo libre (o, en el caso de personas muy ocupadas, cómo les gustaría pasar el tiempo libre si lo tuvieran). ¿Qué puedes inferir de los pasatiempos (p. ej., pasatiempos solitarios como coleccionar estampas o fotografías, o actividades extramuros como observación de aves) e intereses (televisión, películas, lectura, compras)? Casi 5% de los adultos se asume como comprador compulsivo; una historia de este tipo podría advertirte de otra patología, como depresión, apuestas o atracones. ¿Participa en actividades deportivas, como danza, tenis o golf, o sólo las observa desde la tribuna o desde el sofá de su casa? ¿Ha habido cambios recientes en el tipo o intensidad de los intereses recreativos, o en la capacidad del paciente para centrar su atención mientras realiza actividades de su interés? Si así es, ¿puedes averiguar por qué?

HISTORIA MÉDICA

Aunque no seas médico, no omitas la historia médica. Es vital para el clínico saber sobre este tema y el siguiente, la revisión de los sistemas, los cuales tienen implicaciones prácticas para el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico. Por ejemplo, un informe de 2007 señaló que los pacientes con enfermedades mentales mueren, en promedio, 25 años antes que las personas de la población general. Estos resultados fatales no se deben sólo al suicidio (aunque es una causa importante), sino a padecimientos como enfermedades cardíacas y pulmonares, diabetes y enfermedades infecciosas como VIH/Sida. Todas éstas son tratables, pero primero tienes que identificarlas. Además, algunos síntomas de las enfermedades mentales pueden, en realidad, indicar padecimientos médicos tratables como problemas ordinarios de la tiroides y la enfermedad de Lyme. Puedo asegurarte que los temas que se cubren en estas dos secciones no son más difíciles que cualquiera de las otras áreas que ya hemos discutido.

¿El paciente ha tenido alguna enfermedad importante previa? Si así es, ¿cuál o cuáles? ¿Fue necesaria una hospitalización? ¿Hubo alguna cirugía? Si así fue, ¿de qué tipo? ¿Cuándo ocurrió? ¿El paciente recibió transfusiones sanguíneas? Si así fue, ¿existe riesgo de haberse contagiado de VIH? Si durante la infancia ocurrió alguna enfermedad u operación seria, ¿cómo las percibió el paciente en ese momento? ¿Qué hay con respecto a alergias al polen, polvo o animales?

Mientras registras esta historia, puedes tratar de determinar qué tanto se apegó el paciente a las recomendaciones del médico y otros terapeutas. Muchas personas, sobre todo las que no te conocen muy bien, tienen dificultades para admitir una adherencia pobre (que, por cierto, solíamos llamar **adherencia terapéutica**). Trata de preguntar:

- “¿Siempre ha sido fácil para usted seguir las instrucciones del médico?”
- “¿Cuándo ha tenido dificultades?”

Encontrarás más consejos sobre cómo actuar con las conductas difíciles del paciente en los capítulos 16 y 17.

Pregunta por cualquier problema físico evidente. Si formulas con sensibilidad las preguntas, puedes hacerlas acerca de cualquier cosa, así que no tengas miedo de sacar a colación el tartamudeo, un parche en el ojo, un miembro faltante o una cojera grave. Cualquiera de estos problemas podría estar relacionado con el problema actual. También pudieron haber sido objeto de burla en la infancia. Incluso si los defectos físicos no causan problemas emocionales ahora, pueden haberlos causado en algún tiempo pasado. Podrías decir:

“Una o dos veces, noté que usted parecía tartamudear mientras hablábamos. Me pregunto qué clase de problemas pudo haberle causado cuando era niño.”

“Los niños pueden ser muy crueles frente a marcas de nacimiento. ¿Podría hablarme de las suyas?”

Si se trata de un paciente que seguirás atendiendo, obtén los nombres de los médicos actuales de salud que deben ser informados acerca del tratamiento y los progresos.

Tratamientos médicos

En la historia del padecimiento actual, has averiguado sobre las medicinas prescritas para los trastornos emocionales. Ahora, pregunta si el paciente toma con regularidad otros medicamentos. Esta información es de especial importancia cuando los problemas actuales incluyen depresión, psicosis o ansiedad. Cualquiera de éstas puede ser causada o empeorada por medicamentos que se prescriben comúnmente. Pon especial atención a las pastillas anticonceptivas, otras hormonas (como tiroides y esteroides), pastillas para el dolor y medicamentos para controlar la presión arterial. De cada una, trata de averiguar las dosis, frecuencia y por cuánto tiempo las ha tomado el paciente. ¿En fechas recientes dejó de tomar algún medicamento? Desde luego, te preguntarás si el síndrome de abstinencia o los efectos secundarios explican los síntomas que investigas. Sigue leyendo.

Efectos secundarios

¿Los medicamentos han tenido efectos secundarios (indeseados) o han provocado otras reacciones? A menudo, los entrevistadores principiantes ignoran este tema, pero puede influir en la elección de la terapia. Trata de obtener una descripción de los efectos secundarios u otras reacciones producidos por los medicamentos:

¿Qué sucedió?

¿Cuánto tiempo después de la primera dosis sucedió?

¿Necesitó algún tratamiento?

Si el paciente volvió a usar el medicamento después, ¿produjo la misma reacción? Los pacientes pueden suponer que un medicamento causó los síntomas físicos o mentales cuando, en realidad, se trató de una coincidencia temporal. La cuestión de la causa y el efecto a veces se puede establecer si se reanuda el uso del medicamento y los síntomas se repiten o no.

Es más probable oír quejas acerca de salpullidos que se desarrollan a partir del uso de sulfamida o penicilina, pero es importante averiguar sobre reacciones adversas a los medicamentos

psicotrópicos. Las verdaderas alergias a estos medicamentos son raras, pero los efectos secundarios no lo son. He aquí algunos de los más comunes:

- Antidepresivos: somnolencia, boca seca, erupción cutánea, mareo, náusea, aumento de peso, visión borrosa, estreñimiento
- Ansiolíticos: somnolencia, mareo, olvidos/confusión
- Litio: erupción cutánea, temblores, orina excesiva, sed
- Antipsicóticos: presión arterial baja, efectos secundarios extrapiramidales

Los **efectos secundarios extrapiramidales** son síntomas neurológicos que pueden ser causados por medicamentos antipsicóticos, sobre todo por los más antiguos. Los cuatro tipos de estos síntomas son lo suficientemente comunes que el profesional de la salud mental puede encontrarlos de vez en cuando. Los primeros tres ocurren poco después de que se empieza a tomar el medicamento y se pueden tratar con los que se emplean contra el Parkinson, como trihexifenidilo (Artane) o difenidramina (Benadryl).

1. La **distonia aguda** se desarrolla pocas horas después de la primera dosis de algunos medicamentos antipsicóticos. Se caracteriza por un dolor agudo incómodo del cuello que puede provocar que la cabeza gire hacia algún lado. A veces, los globos oculares giran hacia arriba. Este efecto secundario puede ser doloroso y atemorizante, y puede constituir una verdadera emergencia.
2. La **acatisia** se presenta pocos días después de empezar a tomar un antipsicótico. Los pacientes lo experimentan como una profunda inquietud, a menudo con la incapacidad de sentarse, pues tienen que andar de un lado a otro.
3. El **seudoparkinsonismo** también ocurre poco tiempo después de empezar con los medicamentos. El paciente experimenta una expresividad facial reducida (hipominia), una tendencia a caminar con pasos cortos arrastrando los pies y un temblor de las manos que va y viene cuando están relajadas, como cuando descansan en el regazo del paciente. Este temblor se parece al movimiento que los farmacéuticos de los viejos tiempos realizaban cuando preparaban pastillas.
4. La discinesia tardía suele empezar cuando el paciente ha usado antipsicóticos por meses o años. Una persona con discinesia tardía, por lo general, tiene movimientos incontrolables de la lengua, mandíbula y labios que resultan en movimientos continuos de fruncir los labios, masticar o lamer. A menudo, los propios pacientes no son conscientes de que hacen esto; no es un trastorno debilitante, pero es feo. La discinesia tardía es muy importante, porque no tiene un tratamiento específico. A menos que se suspenda de inmediato el medicamento antipsicótico, este efecto secundario puede volverse permanente y mantenerse incluso después de que el medicamento se ha suspendido.

REVISIÓN DE LOS SISTEMAS

En la revisión de los sistemas, pides al paciente que indique cualquier síntoma que haya tenido de una lista que leerás en voz alta. Esta lista incluye síntomas de todos los sistemas del cuerpo. La razón para usarla es que el paciente reconocerá más síntomas identificándolos de modo pasivo que si los informa espontáneamente por medio del recuerdo activo.

Una revisión médica exhaustiva de los sistemas es prolongada y no tiene una pertinencia especial para el examen inicial en salud mental. Sin embargo, debes preguntar sobre los siguientes temas:

Perturbaciones del apetito (se encuentran en depresiones graves, anorexia nerviosa y bulimia nerviosa; comer en exceso o demasiado poco puede empezar desde la infancia).

Hábitos. A menudo olvidamos indagar en los hábitos cotidianos como el consumo de tabaco. Lesiones en la cabeza causadas por accidentes automovilísticos, explosiones en operaciones militares y el efecto acumulativo de lesiones deportivas repetitivas. Los trastornos cognitivos resultantes pueden variar desde las conmociones cerebrales relativamente breves hasta la devastación de trastornos neurocognitivos importantes (demencia).

Historia de inconsciencia, mareos o desmayos (sugiere trastornos cognitivos o trastornos con síntomas somáticos).

Convulsiones (ataques). Éstas pueden tener origen biológico o psicológico. Pregunta sobre estos síntomas: pérdida de la conciencia, pérdida del control de esfínteres, morderse la lengua o cualquier premonición o sensación de advertencia de que está a punto de ocurrir un ataque.

Síntomas del trastorno disfórico premenstrual. Antes del inicio de la menstruación, puede haber un enojo persistente, estado de ánimo lábil, problemas de sueño, fatiga, tensión, dificultades para concentrarse y síntomas físicos como aumento de peso. Es fácil ignorar el trastorno disfórico premenstrual, sobre todo si se trata de un entrevistador varón. Pero es muy común entre las mujeres en edad de tener hijos y puede causar síntomas de depresión.

Síntomas conversivos y trastorno de somatización

Además de estas preguntas de propósitos generales, los clínicos en salud mental (bueno, en realidad todos los que ofrecen servicios de salud necesitan considerar estos temas) pueden emplear una revisión especializada de los sistemas para diagnosticar lo que el DSM-5 ahora denomina trastornos por síntomas somáticos y trastornos asociados, que se encuentran con mucha frecuencia en las poblaciones de salud mental. Estos padecimientos crónicos, que suelen empezar en la adolescencia o alrededor de los 20 años, han tenido diferentes nombres y se han identificado siguiendo criterios de distinto grado de rigor desde mediados del siglo pasado. Discuto uno de ellos con mayor amplitud en "Trastorno de somatización" en el apéndice B.

HISTORIA FAMILIAR

Con la historia familiar, tienes la oportunidad de realizar tres tareas: 1) desarrollar un breve bosquejo biográfico de padres, hermanos, cónyuge (u otras personas importantes) e hijos; 2) averiguar sobre las relaciones entre el paciente y sus familiares, tanto en la actualidad como en la infancia; y 3) averiguar si hay algún trastorno mental en la familia del paciente, incluyendo familiares lejanos. (Recuerda que un trastorno familiar podría transmitirse por un mecanismo genético o ambiental).

Podrías empezar con una pregunta abierta para pedir información sobre la familia actual con la que vive el paciente:

"Platíqueme cómo se lleva con su [cónyuge, hijos]"

"¿Qué clase de personas son [fueron] sus padres?"

Algunas preguntas más a lo largo de estas líneas deben ayudarte a responder las primeras dos preguntas acerca de la historia familiar. Ten presente que debes obtener la evaluación del propio paciente acerca de la familia de su infancia y de la adultez.

Para este momento, probablemente ya habrás averiguado información básica como la ocupación de los padres y las edades de los hermanos, pero tal vez no sepas aún qué tanto contacto exista entre el paciente con ellos en la actualidad. Si ha habido rupturas en estas relaciones, averigua por qué. La respuesta podría decirte algo sobre las personalidades de los familiares y también sobre la del paciente.

Para averiguar qué clase de trastornos mentales existen en la familia del paciente, necesitas ser explícito. Naturalmente, quieres saber si los familiares consanguíneos tienen síntomas similares a los del paciente, pero para que quede claro qué es lo que buscas, define con cuidado los trastornos y los familiares por los que estás preguntando:

“Me gustaría saber si alguno de sus familiares consanguíneos ha tenido algún trastorno nervioso o mental. Cuando digo “familiares consanguíneos”, me refiero a sus padres, hermanos, abuelos, tíos, primos, sobrinos e hijos. ¿Alguna de estas personas ha tenido nerviosismo, un colapso nervioso, psicosis o esquizofrenia, depresión, problemas de dependencia del alcohol o drogas, suicidio o intentos de suicidio, delincuencia, muchas quejas médicas para las que nadie encuentra una razón, hospitalizaciones por problemas mentales, arrestos o encarcelamientos? ¿Algún familiar que fuera considerado raro o excéntrico, o que tuviera una personalidad difícil?”

Este discurso sería muy extenso, pero puedes mencionar la lista de trastornos despacio para dar tiempo de pensar al paciente e investigar los detalles de cualquier respuesta afirmativa. El simple hecho de que alguien (incluso un profesional de la salud mental) haya diagnosticado a la prima Luisa con esquizofrenia no garantiza que éste haya sido el verdadero problema de ella. El familiar pudo haber entendido mal el diagnóstico, o el clínico pudo haber cometido un error. Trata de averiguar la edad de Luisa cuando enfermó y cuáles fueron sus síntomas. ¿Qué clase de tratamiento recibió? ¿Cómo respondió a éste? ¿Cuál fue el resultado final? ¿Enfermedad crónica? ¿Recuperación total? ¿Ha tenido otro episodio?

RASGOS Y TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

Podemos definir **personalidad** como la combinación de todos los aspectos mentales, emocionales, conductuales y sociales que nos conforman como seres humanos individuales. El término carácter a menudo se usa como sinónimo de **personalidad**. La manera en que los individuos perciben, piensan y se relacionan con el ambiente y consigo mismos forma patrones de conducta denominados **rasgos de personalidad** que se mantienen por un periodo largo de tiempo, a menudo durante toda la vida. Los rasgos de personalidad (o carácter) se pueden detectar desde los primeros meses de vida; en adelante, ellos moldean la conducta y a menudo se vuelven más pronunciados conforme avanza la edad. Estos patrones gobiernan las relaciones con amigos, amantes, jefes y colegas, así como con contactos sociales más casuales.

Gran parte de la personalidad del individuo se encuentra bajo la superficie, y no es evidente con facilidad para los otros, ni siquiera para el propio individuo. Las pruebas psicológicas pueden ayudar a revelar aspectos de la personalidad del paciente, pero quizá no cuentes con esta clase de material durante la entrevista inicial. Tus propias impresiones a menudo dependen de distintas fuentes de información:

- Autoevaluación del paciente
- Entrevistas con personas que conocen bien al paciente (esto se aborda en el capítulo 15)

- Información acerca de sus relaciones, actitudes y conductas con otras personas
- Conductas que observas durante la entrevista

Autoevaluación del paciente

Trata de averiguar qué caracterizaba la personalidad del paciente antes del primer episodio del trastorno mental; a esto se le denomina a veces **personalidad premórbida**. Algunas de las siguientes preguntas abiertas pueden ayudarte a evaluar la personalidad premórbida:

“Describase, por favor.”

Si la respuesta a esta invitación abierta es “¿Qué quiere decir?”, podrías guiarlo con algunas de las siguientes preguntas:

“¿Qué clase de persona es usted normalmente?” (Observa en especial las respuestas que indican que la autoestima es baja o está alta, o que contradigan los hechos que ya conoces).

“¿Qué es lo que más le gusta de usted mismo?”

“¿Cómo es su estado de ánimo normalmente?”

“¿Cómo fue usted de adolescente?”

Debes estar especialmente atento a la evidencia de patrones conductuales de toda la vida. El paciente puede usar ciertas frases que te darán indicios:

“Hasta donde recuerdo, he hecho amigos con facilidad.”

“Toda mi vida he sido una persona positiva, hasta mi enfermedad.”

Estos dos ejemplos sugieren conductas y actitudes que, por lo general, funcionan bien para las personas. De hecho, al evaluar la personalidad es importante no enfocarse sólo en las debilidades, sino también en las fortalezas. Por ejemplo, ¿cómo describirías la inteligencia del paciente? ¿Éxitos previos? ¿Habilidades de afrontamiento? ¿Sistema de apoyo? La información sobre aficiones e intereses (véase “Diversiones e intereses” presentado anteriormente) pueden ofrecer pistas adicionales.

No permitas que tu búsqueda de una psicopatología te ciegue al poder predictivo de una personalidad premórbida normal. La preponderancia de rasgos de carácter positivos sugiere que el paciente sufre menos molestias con el padecimiento actual, disfruta de un mejor apoyo social y, una vez que la crisis haya pasado, tiene más oportunidades de recobrar, con el tiempo, la salud mental total.

La siguiente es una lista de características de personalidad que, por lo general, se consideran positivas:

Agradable
Encantador
Alegre
Seguro de sí mismo
Conciencioso
Formal
Compasivo
Independiente

Curioso
Franco
Optimista
Extrovertido
Puntual
Relajado
Estable
Confiable

En la entrevista inicial en salud mental, a menudo encuentras patrones de toda la vida de desadaptación y conflictos interpersonales. He aquí algunas autoevaluaciones típicas de los pacientes:

"Siempre he sido una persona ansiosa, tensa. Como si estuviera deprimida."

"Toda mi vida he sido solitario."

"La gente no tiene nada de bueno. No me gusta, y yo no le gusto a la gente."

"Nunca me he sentido cómodo rodeado de gente, a menos que beba."

"Nunca he alcanzado el éxito que deseo."

"Hasta donde puedo recordar, he evitado los conflictos sin importar el costo."

Una lista de estos rasgos negativos de personalidad incluiría los siguientes:

Agresivo	Pasivo
Ansioso	Perfeccionista
Voluble	Pendenciero
Compulsivo	Resentido
Controlador	Rígido
Quisquilloso	Egocéntrico
Sombrío	Desconfiado
Histriónico	Tímido
Introvertido	Tenso
Irritable	Inestable
Celoso	Aprensivo
Neurótico	

Algunos rasgos podrían considerarse positivos, negativos o neutrales:

Expresivo	Sensible
Meticuloso	Serio
Reservado	

Relaciones con otros

Si todo lo que tienes es una sola entrevista, puedes tener dificultades para evaluar la personalidad. Algunos pacientes en salud mental proporcionan evaluaciones distorsionadas: el cuadro que obtienes puede ser demasiado sombrío o demasiado optimista. Sin embargo, puedes obtener información valiosa tratando de averiguar cómo ven otras personas al paciente, desde la perspectiva del propio paciente:

"¿Qué tipo de situaciones piensan los demás que se le dificulta manejar?"

"¿Qué tanto controla usted su temperamento?"

"¿Alguien de su familia piensa que usted tiene problemas con [el alcohol, drogas, su temperamento]?"

Para averiguar acerca de los prejuicios y la consideración del paciente hacia otras personas, pregunta:

“¿Qué siente hacia su jefe?”

“¿Su pareja lo apoya siempre como usted desearía?”

“¿Hay alguien, quien sea, a quien usted no pueda soportar?”

Aunque, por lo común, trato de evitarlas, las preguntas que empiezan con “por qué...” pueden ayudar a conocer las motivaciones del paciente y su estilo de relacionarse con los demás:

“¿Por qué cree que su hermano quiere que su madre se mude a la casa de él?”

“Usted dijo que no puede trabajar bien con uno de sus compañeros, ¿por qué?”

Un indicador más objetivo de los rasgos de personalidad es la historia, tal como la cuenta el paciente y, sobre todo, los informantes. Por ejemplo, de la historia laboral, podrías averiguar algo sobre el grado en el que paciente actúa de acuerdo con la ética laboral: considera la edad del primer empleo, número de trabajos, patrón laboral (¿intermitente? ¿ininterrumpido?) y el pluriempleo. De la historia marital, puedes averiguar sobre la fidelidad del paciente y su capacidad para crear relaciones. A lo largo de la historia, tendrás ejemplos de cómo el paciente ha respondido a diversos factores estresantes.

En vez de suponer que lo que ves o escuchas es cierto, trata de evaluar toda esta información en comparación con la conducta que ahora ya conoces. Por ejemplo, supón que ya has escuchado que un hermano era el preferido del padre, y que el origen étnico de un compañero lo ayuda a obtener antes que el paciente una promoción. ¿Estas opiniones cuadran con la afirmación del paciente de ser una persona franca y de confianza?

Conductas observadas

Algunas conductas que observas durante la entrevista pueden revelar rasgos importantes de carácter. Observa las acciones o comentarios que parezcan ir más allá de lo esperado en la situación de entrevista. Por ejemplo, el paciente:

- Bosteza, anda de un lado a otro de la habitación y, por lo demás, parece no interesarse
- Invade tu espacio personal tomando cosas de tu escritorio
- Pide recesos para fumar un cigarro.
- Cuestiona repetidamente tus referencias como terapeuta
- Critica tu ropa o peinado
- Usa un lenguaje fuerte para expresar prejuicios en contra de algún grupo étnico o religioso
- Trata de discutir sobre algo que dijiste
- Se jacta de cualidades que otros podrían tratar de esconder, como una relación amorosa, agresión física, actividades ilícitas o uso de sustancias

Diagnóstico de trastorno de personalidad

Por sí misma, ninguna de las conductas que he mencionado puede ser definitiva para determinar una patología actual. Sin embargo, en conjunto o combinadas con la información de la historia del paciente, conductas como éstas pueden sugerir un **trastorno de personalidad**. Este diagnóstico se hace sólo cuando los rasgos de carácter son tan rígidos y pobremente adaptados a los requerimientos de la vida que causan un malestar considerable o afectan el funcionamiento de la persona en su vida social, laboral o en otras áreas.

Un trastorno de personalidad no es tanto una enfermedad como un modo de vida en el que la conducta mostrada desde hace tiempo causa problemas al paciente y a los demás. A menudo, tiene sus raíces en la infancia y puede tener su origen en influencias ambientales o en el material genético heredado; algunas veces ambos factores están implicados.

El diagnóstico de un trastorno de personalidad depende de los problemas de funcionamiento dentro del sí mismo (sea la **identidad** de la persona o la capacidad para **autodirigirse**) y con otras personas (la capacidad de **empatía o de intimidad** de la persona). Los consiguientes rasgos patológicos de carácter continúan a lo largo de toda la vida y afectan tanto al paciente como a todas las personas que interactúan con él.

Para mostrar la esencia de los trastornos de personalidad, a continuación incluyo definiciones breves de algunos que se han reconocido desde hace décadas. Los seis ejemplos que aparecen con un asterisco, por lo general, se consideran con mejor validez que el resto; hablo sobre ellos con mayor detalle en el apéndice B.

Antisocial.* La conducta irresponsable, a menudo criminal, de estas personas inicia en la escuela o en los primeros años de la adolescencia. La conducta patológica de la infancia incluye ausentismo escolar, huidas, crueldad, peleas, destructividad, mentiras y robos. De adultos también es posible que no paguen sus deudas, no puedan tener dependientes a su cargo, no puedan mantener relaciones monógamas y no muestren arrepentimiento por su conducta.

Por evitación.* Estas personas tímidas son heridas con tanta facilidad con comentarios, que titubean al involucrarse con los demás. Pueden tener vergüenza de mostrar sus emociones o decir cosas que puedan parecer tontas. Tal vez nunca tengan amigos cercanos, y exageran los riesgos de salirse de sus rutinas.

Limítrofe.* Estas personas impulsivas hacen amenazas o intentos recurrentes de suicidio. Inestables afectivamente, a menudo muestran un enojo intenso e inapropiado. Se sienten vacías o aburridas, y tratan con frenesí de evitar el abandono. No están seguras de quiénes son y no pueden mantener relaciones interpersonales estables.

Dependiente. Estas personas tienen problemas para empezar proyectos o tomar decisiones independientes, hasta llegar al grado de estar de acuerdo con otros que quizá estén equivocados. A menudo preocupadas con miedos de abandono, se sienten desamparadas cuando están solas y miserables cuando terminan una relación. Son muy vulnerables a las críticas y se ofrecen para hacer tareas desagradables con tal de ganarse la simpatía de los demás.

Histriónico. Demasiado emocionales, imprecisos y con necesidad de atención, estos pacientes requieren que constantemente reconozcan su atractivo. Pueden ser egoístas y sexualmente seductores.

Narcisista.* Estas personas se sienten muy importantes y a menudo están preocupadas por la envidia, fantasías de éxito o rumiaciones acerca de cuán únicos son sus problemas. Sentirse con derechos especiales y la falta de empatía pueden hacerlos tomar ventaja sobre los demás. Rechazan enérgicamente las críticas y necesitan atención y admiración constantes.

Obsesivo-compulsivo.* El perfeccionismo y la rigidez caracterizan a estas personas. A menudo son adictas al trabajo y tienden a ser indecisas, excesivamente escrupulosas y preocupadas por los detalles. Insisten en que los otros hagan las cosas del modo que ellas dicen. Tienen dificultades para expresar afecto, tienden a carecer de generosidad y pueden resistirse incluso a deshacerse de objetos sin valor que ya no necesitan.

Paranoide. Estas personas esperan ser amenazadas o humilladas; la conducta de los demás parece confirmar sus expectativas. Con mucha facilidad se sienten ofendidas y tardan mucho en perdonar; a menudo tienen pocas personas en quien confiar, cuestionan la lealtad de los demás y encuentran significados ocultos en comentarios inocentes.

Esquizoide. A estos pacientes les importan poco las relaciones sociales, tienen un rango emocional restringido y parecen indiferentes a las críticas y los halagos. Tienden a ser solitarios y evitan las relaciones cercanas (incluyendo las sexuales).

Esquizotípico.* Estos pacientes tienen tantas dificultades en las relaciones interpersonales que parecen raros o extraños a los demás. No tienen amigos cercanos y se sienten incómodos en situaciones sociales. Pueden mostrar desconfianza, percepciones o pensamientos inusuales, una manera excéntrica de hablar y afectos inapropiados.

Al considerar estas descripciones, necesitamos tener presentes algunos puntos. Para nosotros, muchas personas, quizá la mayoría de nuestros pacientes, tienen problemas sociales angustiosos que **no** son causados por un trastorno de personalidad. Un jefe tiránico puede crear un desacuerdo en el trabajo; un cónyuge psicótico causa estragos en el matrimonio. La psicosis crónica puede alejar a los pacientes de sus familias. Todos los días, los niños usan drogas y el mercado bursátil se traga los ahorros de alguien. Lo que trato de decir es que muchos problemas que las personas enfrentan (y que los llevan con profesionales de la salud mental para solicitar ayuda) deben verse a través de los lentes de la experiencia cotidiana; representan un límite con demasiada frecuencia ignorado que los separa de la normalidad.

También necesitamos asegurarnos de que un patrón de conducta no ha sido causado por, digamos, un problema de salud importante como un trastorno del estado de ánimo, abuso de sustancias o una enfermedad médica. Nos protegemos de esta clase de errores haciendo una historia completa y preguntando acerca de los otros sistemas mentales y conductuales en la fase de la evaluación en que recolectamos información.

El último punto que debemos recordar tiene que ver con las limitaciones inherentes a una sola entrevista, sin importar cuán cuidadosa y exhaustiva sea. Sobre todo con el trastorno de personalidad, el material que necesitamos para hacer un diagnóstico puede revelarse sólo cuando el tiempo nos permite hacer más profunda nuestra experiencia con el paciente.

Temas delicados

Invocar la determinación para tratar ciertos temas puede ser un desafío. Aunque el material en sí mismo es bastante claro, nuestra sociedad considera, en gran parte, estas áreas –sexualidad, consumo de sustancias, violencia y conductas suicidas– sumamente personales. Después de todo, las preguntas acerca de estos temas pueden ser una amenaza para la autoestima del individuo y su sensación de seguridad. En consecuencia, el paciente puede sentir culpa o vergüenza, mientras que el entrevistador debe deshacerse de sus hábitos, dudas personales y quizá prejuicios.

Pienso que ayudaarnos cuenta de que en la entrevista clínica, en esencia, redefinimos qué es aceptable en la interacción humana. En el papel de paciente, las personas esperan que les pregunten por temas que normalmente son privados y por su voluntad revelan al clínico información que ocultan incluso a sus amigos íntimos. En cambio, los clínicos debemos cobrar ánimo para cumplir con la tarea de abordar temas que preferiríamos no explorar en otras situaciones.

Debido a que estos temas tienen una importancia decisiva en cada entrevista, si el paciente no los menciona espontáneamente, debes traerlos a colación tú mismo. Puedes esperar hasta que haya avanzado más la entrevista, después de conocer un poco mejor al paciente, pero no esperes hasta el final: podrías extenderte más allá del tiempo programado y aún habría material importante que tratar. Cualquier entrevistador que ignore estas áreas está en riesgo de cometer errores clínicos graves.

CONDUCTA SUICIDA

Es una obligación categórica ahondar en la conducta suicida. Esta regla se aplica aun cuando no aparezcan señales de deseos de muerte o ideas suicidas en la entrevista. Violar esta regla nos pone en riesgo de ignorar ideas y conductas que pueden ser una amenaza para la vida en un paciente demasiado avergonzado o apenado para mencionarlas espontáneamente. Aunque la gran mayoría de pacientes en salud mental no se suicida, casi todo diagnóstico de trastorno mental implica cierto riesgo de suicidio mayor que el que se encuentra en la población general.

Al preguntar por la conducta suicida, puedes sentir cierta incomodidad. Los entrevistadores principiantes a veces se preocupan porque piensan que mencionar este tema puede sembrar la idea en la mente del paciente. La verdad es que cualquier paciente en peligro serio de suicidarse ya habría considerado esa idea mucho antes de que alguien le preguntara. El verdadero riesgo radica en no preguntar a tiempo. Entonces, podría ser demasiado tarde cuando te des cuenta de la verdadera gravedad del padecimiento del paciente.

Si el paciente trae el tema, puedes investigarlo con cierto grado de comodidad, pero si esto no ocurre, es de vital importancia que tú mismo lo abordes. A menos que el paciente parezca demasiado incómodo, no necesitas introducir estas preguntas con disculpas o explicaciones. La mayoría de los pacientes se sentirán cómodos en la medida en que tú lo estés y lo demuestres.

En el contexto de la entrevista en salud mental, es absolutamente correcto preguntar nada más:

“¿Alguna vez ha pensado en lastimarse o suicidarse?”

Si la respuesta es “No” y esto parece concordar con el estado de ánimo del paciente y su conducta reciente, puedes aceptar su respuesta como un hecho y pasar a otro tema. Si la respuesta es equívoca o emitida con un lenguaje corporal que indique otra cosa, como una actitud titubeante o una mirada repentinamente abatida, debes investigar más el tema con otras preguntas. Los estudios muestran que más de 10% de quienes han intentado suicidarse muere, al final, por suicidio, y que el riesgo puede mantenerse durante décadas después del intento inicial.

Desde luego, también debes ser cuidadoso al investigar este tema para no afectar el *rapport*. Si tus preguntas parecen causar incomodidad creciente (titubeo prolongado, lágrimas), debes comentar al respecto:

“Usted parece tan triste que no quisiera abordar este tema, pero en verdad siento que tengo que hacerlo.”

En el caso de alguien que ha intentado suicidarse o ha sido violento de otro modo, podrías decir:

“Por su experiencia reciente, me preocupa que pueda intentarlo otra vez. ¿Ha cambiado algo que pueda influir en usted de un modo u otro?”

Algunos clínicos creen que los pacientes pueden responder con mayor sinceridad si evitas la palabra **suicidio**. Esto me parece menos adecuado, pero si quieres, puedes acercarte gradualmente a tu objetivo haciendo preguntas cada vez más explícitas:

1. “¿Ha tenido algún tipo de ideas perturbadoras o sombrías?”
2. “¿Algunas de ellas han sido desesperadas?”
3. “¿Alguna vez ha deseado estar muerto?”
4. “¿Alguna vez ha pensado en hacerse daño?”
5. “¿Alguna vez ha planeado quitarse la vida?”
6. “¿Alguna vez ha hecho un intento real?”

Es importante profundizar en cualquier respuesta afirmativa a estas interrogantes por medio de una pregunta abierta apropiada:

“¿Podría hablarme más de eso?”
 “¿Qué pasó entonces?”

Si los intentos reales ocurrieron antes de este episodio, a veces en el pasado distante, los recuerdos pueden ser vagos. Pero debes averiguar todo lo que sea posible acerca de los intentos previos. Esta información te ayudará a 1) predecir qué puede hacer el paciente más adelante y 2) evaluar las medidas que debes tomar. Así que obtén las respuestas a estas preguntas:

- ¿Cuántos intentos previos ha habido?
- ¿Cuándo ocurrieron?
- ¿Dónde estaba el paciente en ese momento?

- ¿Cuál era el estado de ánimo del paciente en ese momento?
- ¿Qué métodos usó en esos intentos?
- ¿Hizo los intentos bajo la influencia de alcohol o drogas? (Si así fue, ¿hubo otros intentos en que el paciente estuviera limpio y sobrio?)
- ¿El paciente tuvo otros síntomas mentales en ese tiempo? (Además del uso de sustancias, debes averiguar en especial sobre una posible depresión o psicosis)
- ¿Cuáles fueron los factores estresantes que antecedieron la conducta suicida? (Busca pérdidas como separación o divorcio, muerte de un ser querido, pérdida del empleo o jubilación. Sin embargo, cualquier suceso triste en la vida del paciente o de un amigo o familiar podría haber sido un desencadenante)
- ¿Qué impidió que la persona llevara a cabo el suicidio en el pasado? (¿Consideración por la familia? ¿Creencias religiosas?)
- ¿Qué tan serios fueron los intentos?

Aunque los estudios demuestran que quienes realmente llevan a cabo el suicidio pueden tener ciertas características, por lo general, son hombres mayores, blancos, solteros, desempleados y con enfermedades físicas que beben y tienen depresión o psicosis, no puedes basarte en la ausencia de alguna característica (o de todas) para proteger al paciente de autolesiones. Tampoco puedes depender de un pacto de “no suicidio” con el paciente, pues el principal efecto de éste sólo sería reducir tu propia ansiedad.

Seriedad física y psicológica

Podemos juzgar la seriedad de un intento de suicidio de dos maneras: 1) ¿Qué tan dañino fue el intento en términos físicos? 2) ¿Qué tan fuerte era la intención de morir del paciente? Un intento serio física o psicológicamente aumenta la probabilidad de que el paciente se suicide en el futuro. Cuando evalúas la probabilidad de que un paciente nuevo se suicide, debes tener estas directrices en mente.

Un intento de suicidio es físicamente serio cuando resulta (o puede resultar) en un daño corporal importante. De acuerdo con este parámetro, la yugular cortada, un coma profundo o un disparo de pistola en el pecho son intentos físicamente serios. También lo sería la ingestión de 100 tabletas de antidepresivos tricíclicos, incluso si se hace un lavado de estómago al paciente antes de que empiece el coma. Sin una rápida atención médica, menos de la mitad de esa cantidad de antidepresivos sería fatal.

En el otro extremo se encuentran los intentos que tienen muy poca probabilidad de causar un daño serio, mucho menos la muerte. Incluyen actos como cortarse las muñecas o tomar cuatro o cinco tabletas de aspirinas. Estas conductas sugieren que el paciente tenía en mente un propósito diferente del de morir. Al hacer este juicio, dejas de lado las implicaciones físicas y consideras la seriedad psicológica del intento para averiguar la intención que hay detrás. ¿Había un deseo genuino de morir o fue un grito de ayuda? He aquí algunos posibles motivos para intentar suicidarse:

- Un deseo genuino de morir
- El deseo de pedir ayuda
- Escapar de alguna situación intolerable
- Aliviarse de un malestar mental
- Intento de influir en la actitud o conducta de alguien más

Muchos pacientes que han realizado intentos psicológicamente serios pueden expresar con claridad sus sentimientos:

"Lo siento, no tuve éxito."

"Lo intentaré otra vez."

Otros pueden ser menos claros o quizá ambivalentes. Debes preguntarles:

"¿Cuál pensó que sería el resultado de su sobredosis [u otro intento]?"

Para algunos, lo mejor que puedes hacer es inferir la intención a partir de la conducta. El paciente que intenta suicidarse solo en un cuarto de hotel registrado con un nombre falso está claramente más inclinado a la autodestrucción que alguien cuyo intento ocurre en casa justo antes del regreso esperado del cónyuge.

He aquí otras preguntas que pueden ayudarte a juzgar la seriedad psicológica del intento:

"¿Decidió de manera impulsiva hacer el intento o llevaba tiempo planeándolo?" Planeación y preparación suelen estar asociados con intentos más serios.

"¿Antes del intento, había escrito o revisado su testamento, entregado sus propiedades u obtenido un seguro de vida?" Cualquiera de estas conductas sugiere planes serios.

"¿Escribió un mensaje suicida?" Más evidencia de planeación.

"¿Había alguien con usted cuando llevó a cabo el intento?" Una respuesta "Sí" sugiere que el paciente había arreglado un medio de rescate.

"¿Qué hizo después de llevar a cabo el intento?" (¿Acostarse y esperar el fin? ¿Pedir ayuda? ¿Llamar a una línea de ayuda telefónica?) La inacción debe encender las señales de alarma.

"¿Cómo se sintió cuando lo rescataron?" "Enojado" indica un intento más serio que "aliviado".

Debes correlacionar cualquier cosa que averigües acerca de estos intentos e ideas suicidas previos con el pensamiento actual del paciente respecto del tema. Es vital averiguar ideas o planes que puedan resultar letales, sobre todo en las horas y días inmediatos. Pregunta:

"¿Ha tenido pensamientos suicidas en los últimos días?"

"¿Qué ha pensado del suicidio?"

"¿Ha trazado algún plan?"

(Si así es) "¿Cuál es?"

"¿Cree que es probable que lleve a cabo su plan?"

"¿Qué lo ha detenido en el pasado?"

"¿Cuándo es probable que suceda?"

"¿Qué efecto cree que tendría en los demás?"

"¿Cree que tiene alguna razón para vivir?"

"¿Algo podría hacer menos atractivo el suicidio?"

"¿Tiene una pistola? ¿O tiene acceso a una?" (De los intentos de suicidio realizados con arma de fuego, 85% son fatales, mientras que sólo 2% de los intentos con píldoras son efectivos.)

Como regla general, evito emplear el término **manipulador** para describir un intento de suicidio. La mayoría de los pacientes que intenta (o logra) suicidarse es en cierta medida ambivalente respecto de sus acciones, así que la mayoría de los intentos es, en grados variables, sincero y un grito de ayuda. Más importante aún, **manipulador** tiende a causar que el clínico y la familia relajen su vigilancia en un momento en que el paciente más lo puede necesitar.

Cualquier idea o plan actual que pueda resultar dañino requiere acciones rápidas. Si eres estudiante, esto implica que contactes al clínico tratante de inmediato para tener la certeza de que éste conoce por completo las ideas y planes del paciente. Esta acción de tu parte es esencial, incluso si significa violar la confidencialidad o la promesa de confidencialidad que le habías hecho al paciente. Evitar el suicidio y otros daños al paciente y a quienes lo rodean es una obligación absoluta de cada profesional de la salud. Para cumplir con esta obligación de manera eficaz, todos los clínicos deben estar seguros de que todo aquel que esté en contacto con el paciente compartirá información vital. Si debes faltar a la confidencialidad para asegurar la seguridad del paciente o del público, puedes tener la seguridad de que la gran mayoría de pacientes no te culpará por las acciones que lleves a cabo. De hecho, casi todos los pacientes se sentirán agradecidos contigo por esa "traición" que les salvó la vida.

VIOLENCIA Y SU PREVENCIÓN

La violencia hacia los demás es relativamente poco común, pero debido a sus serias implicaciones para los pacientes y las probables víctimas, es importante, al menos, averiguar sobre ella tanto como sobre la conducta suicida. Ten en mente que es vital evaluar no sólo las ideas y pensamientos actuales, sino también la historia de ideas y conductas violentas. De ahí que la forma usual de estas preguntas sea "¿Alguna vez [ha tenido pensamientos de hacerle daño a otra persona]?"

Si el paciente admite haber tenido dificultades legales como arrestos o tiempo encerrado, de manera natural puedes introducir las preguntas sobre la violencia. Mucha de ésta es doméstica, así que otro buen momento para indagar es cuando te enteras de que el paciente está divorciado o ha estado en un matrimonio con muchos problemas. (No rehúses enterarte de las golpizas y maltrato que el paciente pueda haber recibido de una pareja doméstica).

Si no puedes introducir el tema de manera natural, tendrás que abordarlo. Al igual que con el daño a uno mismo, puedes introducirlo gradualmente:

1. "¿Alguna vez ha sentido una furia incontrolable?"
2. "¿Ha tenido ideas de hacer daño a los demás?"
3. "¿Alguna vez ha tenido problemas para controlar sus impulsos?"
4. "De adulto, ¿alguna vez ha participado en una pelea?"
5. "¿Alguna vez ha disparado un arma sintiendo ira?"
6. "¿Alguna vez ha sido arrestado por peleas o por otras conductas violentas?"

Se deben explorar las respuestas afirmativas:

- "¿Cuáles fueron las circunstancias de los [actos, pensamientos] violentos?"
- "¿Cuándo ocurrieron?"
- "¿Quién estuvo involucrado?"
- "¿Cómo se sintió en relación con esto?"
- "¿Esta conducta estuvo relacionada con el uso de alguna sustancia?"
- "¿Cuál fue el efecto en la otra persona?"
- "¿Cuáles fueron las consecuencias para usted?"
- "¿Fue arrestado?"
- "¿Fue condenado?"
- "¿Cuánto tiempo duró su condena?"

Phillip Resnick señala que cuando se entrevista a un paciente que tiene ideas persecutorias, puedes obtener respuestas escuetas a preguntas generales como "¿Ha tenido pensamientos de ha-

cer daño a los demás?”, porque en circunstancias normales esta persona puede, en realidad, no tener tales ideas. Pero si la persona es encarada con el panorama hipotético de confrontar al perseguidor imaginado, los sentimientos subyacentes pueden salir a la superficie. Es mejor preguntar “¿Qué haría usted si [un agente de la policía o su cuñado] se estaciona frente a su casa y toca el timbre?” La respuesta puede revelar el resultado potencial de la antipatía del paciente.

En todos los casos, trata de comprender qué subyace en las ideas o conductas violentas del paciente y qué puede estar provocando estos sentimientos. Podrías encontrar, por ejemplo:

- **Ira** contra un automovilista que ha dañado el carro del paciente
- **Depresión** que resulta de la herencia genética y un alto consumo de alcohol
- **Envidia** a un compañero de trabajo que ha ganado una codiciada promoción a vicepresidente
- **Frustración** porque el servicio de ingresos internos sigue enviándole avisos apremiantes de una evaluación que el paciente ya ha pagado
- **Codicia** cuando se le presenta la posibilidad de heredar una gran propiedad
- **Odio** al ex cónyuge
- **Venganza** por la muerte de una hermana a manos de un asaltante

Una tentación para cualquiera, incluyendo a un muy experimentado clínico, que entreviste a un paciente potencialmente violento es quedar inmerso en obtener la información pertinente dejando de lado todas las demás consideraciones. La principal de éstas es la seguridad personal. No pretendo alarmar a nadie; el riesgo que corres con cualquier paciente es pequeño. Sin embargo, una encuesta encontró que más de la mitad de los profesionales de la salud mental había sido amenazada o atacada por un paciente en el último año. Hace años, yo fui blanco de un paciente golpeador, por lo que haré todo lo necesario para que no se vuelva a repetir una situación similar. En pocas palabras, he aquí cómo proceder:

1. Asegúrate de tener una ruta de escape sin obstáculos en la habitación en que trabajas. Esto significa que no debe haber nada ni nadie entre tú y la salida.
2. Asegúrate de que alguien esté lo suficientemente cerca para oír o pueda responder de inmediato a un timbre de emergencia u otra alarma.
3. Debes estar alerta en especial cuando el paciente tiene una historia previa de violencia; la tasa de reincidencia de ataques es exorbitante. El peligro es mayor sobre todo con un paciente que debería estar tomando medicamentos antipsicóticos, pero no lo hace.
4. Mantente alerta a los matices de la voz (tono o ritmo elevado), palabras (amenazas e insultos) y lenguaje corporal (ojos entrecerrados, caminar agitado de un lado a otro, puños cerrados) que puedan señalar una acción inminente.
5. En cuanto te sientas en peligro, actúa. Tendrás que hacer a un lado tus instintos usuales de consolar al paciente (nada de inclinarte para brindar consuelo, nada de tocar para dar tranquilidad). Lo mejor es anunciar con calma lo que estás a punto de hacer –“Señor Smyth, me voy a poner de pie y voy a caminar a la puerta”, una advertencia verbal para evitar que un paciente asustado se alarme de repente. Después, haz lo que dijiste.
6. Una vez que estés afuera de la habitación, busca ayuda de cualquier persona que esté disponible: otros miembros del equipo, personal de seguridad o la policía.

Al igual que en tu consultorio, en cualquier instalación de atención interna o externa debe haber un conjunto de procedimientos para saber qué hacer en caso de emergencias. Los detalles tienen que ver con decidir quién llama a un número de emergencias, quién se encuentra en la puerta para responder a cualquier señal de alarma y cómo presentar una demostración de fuerza de una manera que resulte lo más casual y lo menos amenazante posible en esas circunstancias.

ABUSO DE SUSTANCIAS

En EUA, al menos 1 de cada 13 adultos tiene un problema de abuso de sustancias. La cifra es aún mayor entre los pacientes en salud mental, de quienes quizá 25% abusa de alguna sustancia, y aumenta en algunas clínicas especializadas. Entre los adolescentes de EUA se ha vuelto casi un rito de paso tener alguna experiencia con sustancias que pueden crear dependencia. Es tan común, y sus efectos en el paciente y el ambiente pueden ser de tal alcance, que el uso de sustancias debe abordarse en la entrevista inicial de todo paciente en salud mental sin importar edad, género o motivo de consulta.

Alcohol

A pesar de los esfuerzos educativos de los profesionales de la salud mental y de organizaciones de los doce pasos como Alcohólicos Anónimos (AA), muchas personas aún ven el abuso de sustancias como una falla moral. En consecuencia, pacientes y entrevistadores encuentran difícil discutir este tema. Quizá puedas encontrar una manera natural de introducirlo. La historia familiar podría darte algún indicio.

Paciente: Como puede ver, el alcoholismo de mi madre casi arruinó mi infancia.

Entrevistador: Parece que fue muy difícil. ¿Y qué hay de usted? ¿También consume alcohol?

Justo en ese momento parecía inadecuado cambiar el curso de la entrevista, como lo hizo este entrevistador, e indagar en otro tema. En vez de eso, sería mejor seguir explorando la historia de la infancia y, después, retomar lo que el paciente dijo sobre la historia familiar:

Entrevistador: Hace unos minutos, usted mencionó el alcoholismo de su madre. Eso me hizo pensar ¿alguna vez ha consumido alcohol en exceso?

Si el paciente no toca el tema del consumo de drogas y alcohol, tendrás que crear tú mismo la ocasión para hablar de él. El alcohol es socialmente más aceptado que otras sustancias, así que puedes preguntar sobre su consumo con menor riesgo de hacer sentir incómodo al paciente. Supón que el paciente, como la mayoría de los adultos, no es abstemio. La mayoría de las veces estarás en lo cierto, y la suposición de cierto consumo de alcohol podría disminuir el estigma si el paciente ha bebido en exceso. Averigua con qué frecuencia bebe el paciente y en qué cantidades:

“Ahora, me gustaría saber sobre sus hábitos. Primero, en un mes, ¿cuántos días bebe al menos una bebida alcohólica?”

Observa que la forma de esta pregunta demanda una respuesta precisa en términos de los días al mes. Esto desalienta respuestas vagas o evasivas como “No mucho” o “Sólo en reuniones sociales”. (Puedes considerar las siguientes bebidas como casi equivalentes en cuanto al contenido de alcohol: 355 mL de cerveza, 180 mL de vino, 60 mL de licor con una graduación de 80% de alcohol).

Después, podrías preguntar:

“En un día normal en que toma al menos una bebida alcohólica, ¿cuántas bebidas suele tomar?”

Estos dos números, bebidas por día y bebidas por mes, te permiten calcular el número promedio de bebidas que el paciente bebe al mes. Conforme hagas más entrevistas, desarrollarás un sentido para lo que es usual y lo que es excesivo. Más de 60 bebidas al mes (2 al día, en promedio) es preocupante; más de 100 bebidas al mes están muy por encima de la norma. Pero incluso una cifra menor de 60 puede sugerir un problema si muchas bebidas se consumen en pocos días: las borracheras son un posible patrón de abuso de alcohol.

Incluso si el paciente niega el consumo excesivo actual, averigua cuánto ha bebido en el pasado. ¿El paciente ha sido, toda su vida, abstemio o éste es un cambio reciente? ("Ni huelo el alcohol" puede significar "No he tomado alcohol desde el domingo en el desayuno"). Pregunta:

"¿En algún periodo de su vida ha bebido más que en la actualidad?"

Averigua cuántos días al mes, cuántas bebidas al día y las razones para dejar de beber.

El alcoholismo (el DSM-5 lo llama ahora trastorno por consumo de alcohol) es un padecimiento definido por sus consecuencias. La cantidad que una persona consume es un indicio importante, pero el diagnóstico depende de los efectos del consumo en el individuo, así como de los efectos del individuo sobre otras personas. Por lo tanto, a menos que el paciente niegue haber tenido alguna vez un problema con la bebida, necesitas preguntar acerca de las consecuencias de diversas clases.

En el caso de **problemas médicos**, pregunta:

"¿El alcohol le ha causado problemas en el hígado, vómitos u otros problemas médicos?"

"¿Alguna vez le advirtieron que dejara de beber por su salud? ¿Y lo hizo?"

"¿Alguna vez ha sufrido pérdida de la conciencia? Esto significa que, a la mañana siguiente de beber, no puede recordar lo que sucedió."

(Como se muestra en esta pregunta, asegúrate de definir lo que quieres decir con **pérdida de la conciencia**, pues algunos pacientes pueden no entender esta expresión).

Un criterio para diagnosticar el trastorno por consumo de alcohol (o de cualquier otra sustancia) es consumir más de lo que se propone el paciente. A veces, esto es difícil de evaluar, sobre todo en adolescentes, que no se distinguen por poner límites, sino que beben por los efectos que provoca. Es mejor tratar de determinar la *pérdida de control*:

"¿Alguna vez ha intentado dejar de beber?"

"¿Alguna vez ha tratado de seguir ciertas reglas en relación con el alcohol, como "Nunca beber antes de las 4 pm?"

"¿Alguna vez se termina una bebida de un solo trago?"

"¿Una vez que ha tomado el primer trago, tiene dificultades para detenerse?"

En el caso de *problemas personales e interpersonales*, pregunta:

"¿A veces se siente culpable por la cantidad de alcohol que bebió?"

"¿Alguna vez ha participado en peleas cuando bebe?"

"¿Alguna vez beber alcohol provocó un divorcio u otros problemas domésticos serios?"

"¿Ha perdido amigos por el alcohol?"

En el caso de *problemas laborales*, pregunta:

"¿Alguna vez ha faltado al trabajo por beber alcohol? ¿Ha llegado tarde?"

"¿Alguna vez lo han despedido de un trabajo por problemas relacionados con el alcohol?"

En el caso de *problemas legales*, pregunta:

“¿Alguna vez lo han arrestado por conductas relacionadas con el alcohol?”

“¿Alguna vez lo han arrestado por conducir en estado de ebriedad?” (Si así es, averigua qué pasó en el ministerio público)

“¿Alguna vez ha causado un accidente bajo los efectos del alcohol?”

En el caso de *problemas económicos*, pregunta:

“¿Alguna vez ha gastado dinero en alcohol que debía usarse para comprar productos de primera necesidad como comida?”

“¿Ha tenido cualquier otro problema económico a causa del alcohol?”

Si obtienes una respuesta afirmativa en cualquiera de estas categorías, pregunta:

“¿Alguna vez le ha preocupado su consumo de alcohol?”

“¿Alguna vez ha pensado que podría ser alcohólico?”

“¿Cuál ha sido su periodo de sobriedad más prolongado?”

“¿Cómo lo logró?”

“¿Alguna vez ha recibido tratamiento para dejar de beber?”

“¿Cuál fue el resultado del tratamiento?”

Drogas callejeras

Con las drogas de la calle, el procedimiento es similar. Las preguntas acerca del consumo de alcohol llevarán naturalmente a este tema. Pregunta:

“¿Alguna vez ha probado drogas de cualquier tipo?”

Cuando hablas de uso de sustancias, la palabra *probar* puede conllevar un estigma menor que *usar*. Al igual que con el abuso de alcohol, deberás averiguar cuándo comenzó a usarlas (es difícil evitar esta palabra), cuánto terminó (si es que así es) y por qué el paciente dejó de consumirlas. Define el tipo de droga, la frecuencia del consumo y sus efectos en el paciente, amigos y familiares.

Un problema que puedes encontrar es no conocer la terminología popular de las drogas que suelen crear dependencia. Si no comprendes un término, sólo pregunta; a los pacientes les encanta enseñar a quienes les dan atención en salud. Presento una lista de algunos términos que puedas oír, pero hay cientos más. Puedes encontrar muchos en internet (véase por ejemplo, www.njlawman.com/feature%20pieces/drug%20slang.htm).

- Tranquilizantes: bajones, chaquetas amarillas, *candy*, *downers*, tabletas para dormir
- Cocaína: blanca, blancanieves, coca, copo de nieve, dama blanca, estornudo, nariz dulce, paraíso
- Alucinógenos: LSD, ácido, PCP (fenciclidina), mezcalina, peyote, STP, Batman, cubos de azúcar, bicho
- Narcóticos: H, caballo, chiva, bonita (heroína); *schoolboy* (codeína); *little D* (Dilaudid [hidromorfona]); miss Emma, jarabe pectoral (morfina)

- Marihuana: Mary Jane, hierba, María, canuto, caño, porro, pito
- Estimulantes del sistema nervioso central: crack, galleta, piedra, cristal, vidrio, hielo, *speed*

Pueden usarse nombres especiales en distintas regiones y grupos; la terminología es fluida y cambia con el paso de las generaciones.

Medicamentos prescritos y sin receta

No olvides indagar en el uso excesivo de medicinas:

“¿Alguna vez ha tomado una dosis mayor que la que el médico le prescribió?”
 “¿Qué medicamentos usa sin receta?” (Casi todos usan alguno).

De nuevo necesitas saber cuándo, qué, cuánto y cuáles fueron los efectos.

Y en el caso de cualquier sustancia, debes obtener la respuesta a esta pregunta: “¿Qué hace por usted que provoca que la siga consumiendo?”

VIDA SEXUAL

Como parte de la consulta con un profesional de la salud mental, los pacientes esperan preguntas acerca de la sexualidad. Sin embargo, esta línea de cuestionamientos hace sentir incómodas a algunas personas, así que es mejor que los dejes para después en la entrevista. Para entonces, conocerás mejor al paciente, quien puede ver estos temas delicados en el contexto de otra información psicológica, médica y social necesaria.

Para averiguar sobre esta importante área de la vida, debes ser capaz de abordarla de manera abierta, sin mostrar desaprobación o censura. Los clínicos que aún están en formación a menudo tienen dificultades para preguntar a los pacientes acerca de su vida sexual. A veces, esto se debe a que desconocen la preguntas que deben hacer, pero también se puede relacionar con los estándares personales de la conducta sexual –que a su vez son resultado de la crianza y la cultura. Aquí, es crucial reconocer tus propios estándares y aceptar que el paciente tiene derecho a tener los suyos aunque sean diferentes. Y debido a que una discusión franca sobre la sexualidad puede ser excitante para ambas partes, la historia sexual es un área en que, más que nunca, necesitas asirte con firmeza de tus límites profesionales.

Durante el padecimiento actual o la historia personal y social, tal vez averiguaste algo de la relación entre el paciente y su pareja, lo cual ofrece una introducción natural al tema de la sexualidad. Si esto no ha sucedido, o el paciente no tiene una pareja en la actualidad, lo mejor es hacer una pregunta directa. Una pregunta abierta proporciona comodidad para ti y libertad para que el paciente responda:

“Me gustaría que me platique acerca de su vida sexual.”

La forma de esta pregunta da por hecho que la mayoría de las personas tiene una vida sexual activa, y que esto es aceptable y normal.

Si la primera respuesta es una pregunta del paciente (“¿A qué se refiere?”), puedes explicar de la siguiente manera:

“Trato de averiguar dos cosas. Primero, ¿cómo es su funcionamiento sexual por lo general? Y segundo, ¿cómo ha sido afectado por el problema que lo trajo a buscar tratamiento?”

Observa que este comentario rompe deliberadamente la regla de no hacer dos preguntas a la vez para comunicar al paciente la amplitud de lo que estás tratando de averiguar.

La subsiguiente discusión debe darte estos tipos de información:

- ¿A qué edad el paciente supo de la sexualidad?
- ¿De qué naturaleza fueron sus primeras experiencias sexuales?
- ¿A qué edad ocurrieron?
- ¿Cómo reaccionó el paciente a ellas?

Preferencia sexual

Algunos clínicos en salud mental prefieren empezar su indagación acerca de la sexualidad con una pregunta directa:

“¿Cuál es su preferencia sexual?”

Este método tiene la virtud de (por lo común) suscitar una respuesta clara desde el principio y, por lo tanto, evita la posibilidad de malos entendidos que después hagan sentir incómodo al paciente. Ten cuidado de no dar por hecho que un paciente que tiene una relación heterosexual no tiene historia de homosexualidad.

En el caso de un paciente con dicha historia, debes tratar de averiguar:

- ¿El paciente es bisexual o exclusivamente homosexual?
- Si es lo primero, ¿qué porcentaje de encuentros son heterosexuales?
- ¿El paciente se siente cómodo con esta orientación sexual (*egosintónico*) o incómodo (*egodistónico*)?
- ¿En qué medida el paciente ha integrado su orientación sexual con su forma de vida?
- ¿El paciente ha querido o ha intentado cambiar su orientación sexual?

Aunque los informes de sueños no suelen ser fructíferos en una entrevista inicial, la presencia de fantasías homosexuales a veces puede ayudar en la evaluación de pacientes que no son muy claros respecto de su orientación básica.

Prácticas sexuales

Cuando en la historia hay una dificultad sexual, se puede hacer una gran cantidad de preguntas que normalmente no plantearías. Usa tu sentido común; a menudo las preguntas de esta naturaleza pueden dejarse para después y evitar complicaciones. Una vez que estés seguro de que el paciente y su pareja son felices estando juntos y funcionan bien en el terreno sexual, tal vez puedes hacer una pregunta general:

“¿Hay algún tema de la sexualidad del que aún no hayamos hablado?”

Sin embargo, en caso de disfunción sexual, es apropiado discutir algunos de los siguientes temas:

- ¿El problema sexual ha estado toda la vida o es reciente?
- ¿De qué manera se organizan actualmente para dormir?

- ¿Ha habido problemas con el acto sexual? (¿Exigen abstinencia?)
- ¿El paciente disfruta del acto sexual?
- ¿Qué hay con la pareja? (Mientras no estés seguro de cuál es la preferencia sexual y las prácticas del paciente, es mejor que uses el término "pareja" en vez de un pronombre que indique el género). *Las mujeres informan con mayor frecuencia que los hombres la falta de placer en las relaciones sexuales.*
- Si el paciente está casado o tiene una relación de largo plazo, ¿ha tenido relaciones extra-maritales? Si así es, ¿cuántas? ¿Con qué frecuencia? ¿Hace cuánto tiempo?
- ¿La pareja tiene una comunicación clara acerca de la sexualidad?
- ¿Con qué frecuencia tienen relaciones sexuales? ¿Ha habido cambios recientes, o por la edad?
- ¿Quién suele iniciar la actividad sexual?
- ¿La pareja titubea para acercarse al otro para iniciar el acto sexual, quizá debido a problemas interpersonales?
- ¿La pareja recurre a caricias estimulantes previas al acto sexual? ¿Cuánto tiempo duran? ¿En qué consisten dichas caricias? (¿Hablan? ¿Se besan? ¿Tocan sus genitales?) *Debido a que muchos hombres no se dan cuenta de que la excitación es más lenta en las mujeres que en los hombres, sus parejas pueden informar que las caricias previas son demasiado breves y el acto sexual es insatisfactorio.*
- Si practican el sexo oral, ¿ambos están a gusto con esta práctica?
- ¿Con qué frecuencia el paciente alcanza el clímax? *La anorgasmia (falta de clímax) es muy común entre mujeres, quienes sin embargo experimentan un fuerte deseo sexual. Algunas pueden alcanzar el clímax sólo en ciertas circunstancias como la masturbación. Al igual que con el interés sexual, la capacidad para alcanzar el clímax puede disminuir debido a un padecimiento (físico o mental) y a la ansiedad.*
- ¿Con qué frecuencia se masturba el paciente? ¿Esto representa un problema para el paciente o su pareja?
- ¿Qué método anticonceptivo usa la pareja (si usa uno)? ¿Los dos miembros de la pareja están de acuerdo con los tiempos y la anticoncepción?
- ¿Ha habido parejas sexuales fuera de la relación actual?
- ¿Alguno de los miembros de la pareja ha tenido alguna enfermedad de transmisión sexual?

Temas comunes de la sexualidad

La actividad sexual comprende las áreas de deseo, excitación y orgasmo. Incluso si el deseo parece haber decaído, ¿el paciente aún tiene pensamientos o fantasías sexuales? Mantente alerta a los problemas sexuales relativamente comunes:

Impotencia (incapacidad para alcanzar o mantener la erección). ¿Desde cuándo empezó? ¿Es total o parcial? ¿Ocurre sólo con alguna pareja en particular? ¿Se ha hecho una revisión médica al respecto? ¿Ha recibido tratamiento? Observa que la impotencia es muy diferente de la falta de deseo.

Dispareunia (dolor en el acto sexual). Es un padecimiento común en las mujeres y muy raro en los hombres. Su causa puede ser biológica o emocional. ¿Es lo suficientemente aguda para interferir en la actividad sexual o en el placer?

Eyacuación precoz. Cuando un hombre alcanza con demasiada rapidez la etapa de *inevitabilidad eyaculatoria* (para usar el término de Masters y Johnson), ambos miembros de la pareja pueden experimentar frustración y falta de placer.

Eyaculación retardada. Puede ser resultado de factores emocionales como culpa o de ciertos medicamentos. El ejemplo clásico es la tioridazina (Mellaril), que incluso se ha usado para tratar la eyaculación precoz.

Preocupación por posible homosexualidad o bisexualidad. Mientras que esta conducta puede ser importante para el paciente, y así constituye un fundamento legítimo para la investigación del clínico en salud mental, es importante hacer conscientes a los pacientes de que no se considera una enfermedad, sino una preferencia sexual normal.

Mientras averiguas sobre la vida sexual del paciente, pide ejemplos específicos en los que surja el problema. Si éste parece radicar en la técnica, pide una descripción en términos conductuales: "Primero, yo..., luego ella..., pero eso casi nunca funciona, así que los dos..." Al igual que con los problemas no sexuales, averigua cuándo empezó, con qué frecuencia y en qué circunstancias se presenta, qué tan grave es (¿empeora?), qué ha intentado hacer y qué parece ayudar.

Parafilias

Las parafilias son relativamente menos comunes y comprenden diversas conductas en las que el paciente se excita con estímulos diferentes a otro adulto humano que da su consentimiento, o con la humillación o sufrimiento del paciente o su pareja sexual. El diagnóstico de trastorno parafilico (distinto de la conducta parafilica) se hace sólo cuando el deseo ha ocurrido repetidamente en, al menos, los últimos 6 meses y el paciente ha actuado impulsado por este deseo o se ha sentido muy angustiado a causa de él. Casi todos estos pacientes son hombres y pueden informar que tienen varios de estos deseos, que pueden interferir en la capacidad para disfrutar las relaciones sexuales y amorosas normales. Los trastornos parafilicos específicos son:

Trastorno de exhibicionismo. Estos pacientes tienen fantasías y deseos que implican la exposición repentina de sus genitales a un extraño confiado, por lo regular una mujer. Los pacientes que actúan de acuerdo con estas fantasías por lo general no buscan el contacto físico con la víctima ni representan un peligro físico.

Trastorno de fetichismo. Los fetichistas se excitan sexualmente con objetos inanimados, a menudo, zapatos o ropa interior femeninos, que el paciente mismo o su pareja usan durante la actividad sexual.

Trastorno de frotteurismo. Los *frotteurs* se excitan tocando a una persona sin su consentimiento o frotándose con ella. El frotamiento ocurre por lo general en un lugar con mucha gente y puede implicar contacto a través de la ropa con manos o genitales.

Trastorno de pedofilia. Estos pacientes tienen fantasías y deseos sexuales en los que participan niños (por lo general, menores de 13 años). La mayoría de los pedófilos prefieren a las niñas, pero algunos se excitan con niños varones o de ambos géneros. Este trastorno suele ser crónico y puede implicar diversas actividades sexuales, como mirar, desvestir y tener contacto físico.

Trastorno de masoquismo sexual. Las fantasías y conductas sexuales de estos pacientes implican ser golpeados, atados o humillados de algún otro modo o que los hagan sufrir. En casos extremos, pueden derivar en la muerte por sofocación.

Trastorno de sadismo sexual. Estos pacientes se excitan sexualmente infligiendo dolor físico o psicológico a otras personas que pueden o no dar su consentimiento. Esta conducta puede aumentar con el paso del tiempo y, a veces, puede resultar en un daño grave o incluso la muerte.

Trastorno de travestismo. Estos pacientes se excitan sexualmente usando ropa del sexo opuesto. Aunque los criterios del DSM-5 son neutrales en cuanto a los géneros, en los informes sólo se habla de hombres que presentan este trastorno.

- *Trastorno de voyeurismo.* Los *voyeurs* (mirones) se excitan observando a una persona que está desnuda, se está desvistiendo o tiene relaciones sexuales y no se da cuenta de que la están observando.
- *Otros trastornos parafilícos.* Otros trastornos parafilícos incluyen la excitación sexual con animales, excrementos, cadáveres y conversaciones telefónicas "sucias".

Enfermedades de transmisión sexual

Con todos los pacientes debes estar alerta a posibles enfermedades de transmisión sexual en su historia, incluyendo herpes, sífilis y gonorrea. Sobre todo, pregunta acerca de los factores de riesgo del VIH/Sida: parejas sexuales múltiples, relaciones sexuales con personas que usan drogas intravenosas o relaciones homosexuales. Si alguna respuesta es afirmativa, tienes que preguntar si se usó condón en dichas relaciones. Si así es, ¿en qué porcentaje? ¿El paciente se ha hecho alguna vez la prueba del VIH? Si así fue, ¿hace cuánto tiempo? ¿Cuáles fueron los resultados?

ABUSO SEXUAL

Abuso sexual infantil

Las historias de experiencias sexuales en la infancia son dolorosamente comunes, sobre todo entre los pacientes en salud mental. Sin embargo, con frecuencia los clínicos no exploran esta área, ni siquiera los más experimentados. *Las experiencias sexuales en la infancia se han asociado con muchos trastornos en adultos descritos en el DSM-5, incluyendo trastorno límite de la personalidad, trastornos de la conducta alimentaria, trastorno de identidad disociativo, trastorno de síntomas somáticos (o como yo prefiero seguir llamándolo, trastorno de somatización).*

Incluso si ninguno de estos padecimientos está presente, los recuerdos de la conducta sexual temprana pueden presentar preocupaciones que el paciente necesita discutir para poder tranquilizarse. Por lo tanto, debes preguntar, pero de un modo que evite los términos muy cargados de implicaciones como *abuso sexual y violación*:

"Cuando usted era niño, ¿alguna vez algún otro niño o adulto se le acercó en busca de sexo?"

"¿En algún momento de su vida ha sido forzado a tener relaciones sexuales?"

Debes explorar minuciosamente cualquier respuesta afirmativa. En particular, obtén los siguientes detalles:

¿Qué sucedió en realidad?

¿Hubo algún contacto físico?

¿Qué edad tenía el paciente en ese momento?

¿Cuántas veces ocurrió el incidente?

¿Quién fue el perpetrador?

¿Había parentesco consanguíneo entre el paciente y el perpetrador?

¿Cómo reaccionó el paciente al incidente o incidentes?

¿Los padres se enteraron?

¿Cómo respondieron?

¿De qué manera estos incidentes afectaron al paciente, sea en su infancia o en la adultez?

Un paciente ocasional puede dar respuestas equívocas como “No estoy seguro” o “En verdad, no puedo recordar mucho de mi infancia”. Debes estar alerta, pues estas respuestas pueden indicar que en algún lugar de los antecedentes del paciente yacen experiencias demasiado dolorosas para ser toleradas como recuerdo consciente. Además, investigar en este punto tal vez no ayude a obtener mucha información adicional, pero trata de determinar con la mayor exactitud posible el intervalo que el paciente ha olvidado (“de 6 a 12 años de edad” o “todo el bachillerato”). Esto puede ayudarte más tarde con el proceso de recuperación de recuerdos.

Éste es uno de esos momentos en que tal vez no debes avisar al paciente que regresarás a un tema más adelante. Advertir que investigarás recuerdos traumáticos que llevan mucho tiempo enterrados puede parecer amenazante e interferir en el *rapport* que tratas de construir. Mejor di:

“Me da la impresión de que usted tiene algunas dudas en esta área. Está bien, nadie recuerda todo lo que pasó en su infancia. Pero si más adelante recuerda cualquier cosa de sus primeras experiencias sexuales, me gustaría que me lo dijera. Podría ser importante.”

Haz una anotación cuidadosa para regresar al tema en una entrevista posterior cuando estés seguro de que la relación es más sólida.

Violación y abuso sexual conyugal

Durante décadas (al menos), la violación sexual es un delito que se ha subinformado gravemente. Este hecho quizá se explica por los sentimientos de vergüenza y pena de la víctima y el temor a crearse una mala reputación. Gracias a los anuncios de juicios de “violación de celebridades” y nuestra mayor comprensión de la psicología de la víctima, estas actitudes han disminuido un poco en los últimos años. No obstante, sigue siendo muy común que los pacientes (la gran mayoría mujeres) sean víctimas de violación u otras formas de abuso sexual en la adultez. (El Ejército de EUA informó que los ataques sexuales aumentaron 43% en el periodo 2012-2013 respecto de los 12 meses anteriores). Los entrevistadores en salud mental deben ser capaces de obtener la información necesaria para determinar el mejor curso de acción para estos pacientes, muchos de los cuales han sido gravemente traumatizados por sus experiencias.

Por lo general, el método preferido es una invitación empática no estructurada a describir los eventos y sus consecuencias:

“Por favor, hábleme de estas experiencias”

Entonces, mediante preguntas suaves, pero agudas, debes tratar de obtener la siguiente información:

¿Cuáles fueron las circunstancias? (¿Lugar?, ¿edad del paciente?)

¿Quién fue el perpetrador? (¿Familiar? ¿Conocido? ¿Extraño? ¿Pandilla?)

¿Cuántas veces ocurrió?

¿El paciente conoce al perpetrador?

¿Tenían una relación?

- ¿El consumo de alcohol o droga estuvo implicado? Si así fue, ¿por parte de quién?
- ¿Cuál fue la reacción emocional del paciente en ese momento?
- ¿Quién está enterado?
- ¿Han escuchado al paciente con empatía?
- ¿Se ha tomado alguna acción legal? Si no es así, ¿por qué no?
- ¿Cuáles han sido los efectos persistentes de las experiencias? (Busca miedo, enojo, vergüenza, ansiedad, depresión y síntomas de estrés postraumático).

El abuso físico y sexual por parte del cónyuge puede evocar múltiples emociones similares a las de la violación. Las víctimas pueden ser reacias a informar este delito por temor a represalias, como más abusos o abandono.

Control de la entrevista posterior

En la primera parte de la entrevista, alentaste al paciente a discutir sus problemas con libertad. Pero cuando pasas a la historia personal y social, necesitas ejercer más control sobre la forma de la entrevista. Esto te permite usar el tiempo con eficacia para abordar todo el material e investigar las áreas importantes restantes. Diversas técnicas verbales y no verbales pueden ayudarte a dirigir las respuestas del paciente y maximizar la cantidad de material que obtienes.

HAZTE CARGO

Algunos pacientes siguen el curso que les indicas tan bien que puedes ejercer control sólo haciendo con delicadeza algunas preguntas ocasionales para guiarlos. Los pacientes que refieren muchos detalles o que quizá sólo son muy platicadores requieren que tomes medidas de control más activas. Quienes tienen una presión maníaca por hablar o una desconfianza psicótica pueden necesitar que los dirijas con frecuencia.

Desde luego, tienes que atemperar tus propias verbalizaciones. Los entrevistadores principiantes deben ser especialmente cautelosos: la ansiedad a veces les causa hablar demasiado, sea por la frecuencia o por la extensión de sus intervenciones. Recuerda que el principal propósito de tus preguntas e intervenciones es facilitar el flujo de la información por parte del paciente. Para dedicar el menor tiempo posible a las explicaciones, formula tus preguntas con claridad y sustancialmente.

Debido a la necesidad de cubrir un terreno muy amplio, quizá no puedas responder de una manera tan completa como quisieras a los temas que el paciente plantea. Por ejemplo, al oír que se burlaban del paciente cuando era niño, tu impulso natural puede ser empatizar y pedir ejemplos, efectos y las reacciones del paciente. Pero tal vez queda poco tiempo de la sesión y aún tienes que abordar alguna posible historia de abuso sexual. Tal vez tengas que posponer algunas de estas respuestas naturales hasta la próxima sesión. Por ahora, puedes mostrarte empático con él y señalarle tu interés preguntando acerca de otros traumas de la infancia que quieras investigar de cualquier modo.

Paciente: ... así que sentía que yo era el blanco de todas las bromas y burlas en la escuela.

Entrevistador: Esa clase de experiencias en verdad puede hacer que un niño sea miserable. ¿Usted tuvo otros problemas dolorosos de niño? Por ejemplo, ¿alguien se le acercó con intenciones sexuales?

Debes tratar de evitar transiciones abruptas, pues pueden obstaculizar el *rapport*. Mejor intenta usar alguna de estas técnicas:

- Puedes cambiar el tema de una manera más elegante si primero haces un comentario empático, como lo hizo el entrevistador en el ejemplo anterior.
- Deja de tomar notas y coloca el bolígrafo en el escritorio. Si sigues escribiendo, el paciente puede sentirse alentado a continuar hablando sobre el mismo tema.
- Si debes interrumpir, trata de levantar el dedo índice (levantar la mano puede parecer autoritario) y haz una respiración profunda para indicar que quieres tomar la palabra.
- Trata de moverte rápido para pronunciar una palabra entre dos del paciente. Aunque esto requiere vigilancia y cierta destreza verbal, suele dar buenos resultados, sobre todo si logras intervenir al final de una idea del paciente.
- Si el paciente empieza a hablar de algo que ya has abordado lo suficiente, señala la necesidad de cambiar el curso de la entrevista:

“Me gustaría oír más acerca de eso más tarde si tenemos tiempo. Por ahora, mejor hablemos de...”

“Creo que puedo entender su insomnio. ¿Pero su apetito también ha cambiado?” (Observa que una pregunta de “sí o no” sugiere que ahora esperas respuestas breves).

“Tengo que interrumpirlo ahora para preguntar acerca de otra cosa que es importante...”

- Asiente o sonríe cuando obtengas una respuesta breve como esperas. Este reforzamiento alentará en adelante la brevedad.

Pero algunos pacientes simplemente no captan estas indirectas. Si alguien continúa divagando, tienes que ser más directo. Un buen método es expresar con claridad lo que buscas y la solución que propones:

“Para que yo pueda ayudarlo lo mejor posible, es importante que exploremos un amplio terreno. Eso significa que ahora tenemos que pasar a otra área.”

“Tenemos poco tiempo...”

“Vamos a tratar de no salirnos del tema principal...”

Quizá tengas que señalar la nueva dirección más de una vez para que los pacientes especialmente platicadores capten el mensaje. Pero no quites el dedo del renglón, debes obtener todo el material diagnóstico necesario.

PREGUNTAS CERRADAS

En las primeras etapas de la entrevista, recomendé preguntas abiertas, porque ayudan a que el paciente se comunique con mayor claridad y amplitud. Después, cuando sabes qué clase de información específica puede ser pertinente para el diagnóstico y la terapia, las preguntas cerradas funcionan especialmente bien.

Las preguntas cerradas son las que se pueden responder con “Sí” o “No”, o que demandan una respuesta específica (como un número, el lugar de nacimiento del paciente u otro dato como el nombre o la duración de un matrimonio). Permiten precisar los criterios diagnósticos y aclarar las respuestas previas, así que obtienes información específica sobre los problemas del paciente.

También desalientan las imprecisiones de parte del paciente, quien preferiría reservarse cierta información. Además, ayudan a descartar ciertas posibilidades importantes, como problemas sexuales o psicosis; empleando sólo preguntas abiertas, tal vez no averiguarías que el paciente no tiene estos síntomas.

Otra técnica es ofrecer al paciente alternativas de respuesta cuando no pueda contestar una pregunta menos definida:

Entrevistador: ¿Por cuánto tiempo consumió cocaína?

Paciente: Bueno,... yo..., es decir,... mm; no lo sé con exactitud.

Entrevistador: Bueno, ¿una semana o dos? ¿O como seis meses? ¿O quizá un año o más?

Paciente: Ah, fue más de un año. Tal vez tres años al menos.

Debes estar consciente de los potenciales inconvenientes de las preguntas cerradas. Los pacientes que hablan más pueden molestarse por las preguntas cerradas si piensan que te interesa más el proceso de obtener información que la persona que la proporciona. Además, el formato "sí o no" niega al paciente la oportunidad de agregar matices a sus respuestas. La respuesta que obtengas podría engañarte en vez de informarte. He aquí un ejemplo desafortunado:

Entrevistador: ¿Tuvo problemas para relacionarse con su padre cuando usted era niño?

Paciente: (Pensando, "Veamos, no podía soportar al viejo, así que nunca hacía caso a lo que decía. Supongo que la respuesta que puedo dar es...") No.

Las preguntas cerradas pueden ser valiosas, pero debes evitar sugerir cómo te gustaría que el paciente respondiera. Estas preguntas **tendenciosas** dan a entender con claridad que hay ciertos estándares o conductas que apruebas. Una pregunta tendenciosa limita gravemente la amplitud y la validez de la información que obtengas. Por ejemplo, no señales tu idea de "lo normal":

Entrevistador: ¿Cuánto alcohol bebe?

Paciente: Eh, yo diría que lo normal.

Entrevistador: ¿Dos o tres veces a la semana?

Paciente: Sí, seguro.

Una respuesta mejor de parte de este entrevistador habría sido "Para usted, ¿qué es lo normal?" De hecho, ten cuidado de cualquier formulación tendenciosa que sugiera lo que tú consideras normal. En vez de preguntar "¿Es buena la relación con su padre?" trata de abrir la pregunta a "¿Cómo se lleva con su padre?"

Las preguntas cerradas, en realidad, pueden impedir que algunos pacientes proporcionen respuestas completas. Por ello debes usarlas más adelante en la entrevista, después de que estableciste el *rappor*t y el paciente se haya acostumbrado a dar respuestas completas. Ya que las preguntas cerradas te demandan hablar más, le dan al paciente más tiempo para descartar respuestas embarazosas o que parezcan "fuera de lugar". En consecuencia, la información que obtengas puede resultar falsa o incompleta.

No obstante, este estilo altamente estructurado de solicitar información puede ser apropiado con alguien que no está acostumbrado al proceso de entrevista o tiene habilidades verbales limitadas. Esto se aplica, en especial, a pacientes con padecimientos mentales graves como trastornos cognitivos o esquizofrenia no tratada, a algunos que tienen una capacidad intelectual por debajo de la norma y a quienes, por diversas razones, de entrada son reacios a ser entrevistados. Estos pacientes pueden requerir un uso considerable de preguntas de "sí o no".

Sin importar el progreso alcanzado en la entrevista, es más probable que tengas éxito si continúas combinando preguntas abiertas y cerradas. Por ejemplo, después de obtener una serie de respuestas trepidantes que confirman un diagnóstico de trastorno por consumo de alcohol, podrías aliviar la monotonía (y tensión) haciendo una pregunta abierta:

“Fueron muchas preguntas. Ahora tal vez pueda decirme cómo planea manejar su consumo de alcohol en el futuro”.

Combinando los estilos, puedes obtener información detallada y estructurada, y al mismo tiempo alentar al paciente a generar material importante nuevo. La combinación de estilos debe ayudarte a obtener material con la mayor validez posible.

FORMACIÓN CON SENSIBILIDAD

Es importante recordar que el cuestionamiento altamente estructurado no necesita (ni debe) ser brusco o desagradable de algún otro modo. Puedes suavizar cualquier pregunta con una expresión facial o tono de voz empático. Pero también debes formular tus preguntas de modo que ayuden al paciente a hablar de diversos temas delicados:

“Me doy cuenta de que la muerte de su esposa le hace difícil hablar de ella.” (Este comentario reconoce que el tema tiene la suficiente importancia para indagar en él, a pesar del evidente dolor del paciente).

“¿Cómo cree que otras personas lidiarían con una hija que está en problemas con la ley?” (Al preguntar cómo podrían reaccionar o sentirse, puedes reducir la sensación del paciente de estar implicado y ser responsable de los problemas de la hija. Esta expresión particular también sugiere que el paciente no es el único que sufre por experiencias como ésta. El resultado puede ser información que de otro modo no habrías obtenido).

“¿Qué pasaría si la policía lo atrapa por beber? ¿Cómo se sentiría?” (Recurriendo a una suposición, puedes ayudar al paciente a tomar cierta distancia de una situación emocionalmente cargada).

“¿Alguna vez ha tenido la oportunidad de decirle a su esposa que sentía haberla golpeado?” (La pregunta se suaviza al sugerir que algo pudo haber impedido que el paciente realizara una acción loable que no ha llevado a cabo).

TRANSICIONES

Una entrevista eficaz no consiste sólo en hacer una pregunta tras otra. También debes poner atención a la coherencia general de lo que tú y el paciente dicen. La oración o frase que usas para pasar de un tema a otro se denomina **transición**. Debido a que señala el rumbo al que quieres dirigir la entrevista, una transición cuidadosa evita que el paciente se sienta como la oveja de un rebaño al que tú le dices por dónde ir. Las transiciones también ayudan a ligar la historia completa.

Las mejores transiciones son las que se formulan en un lenguaje que fluye con naturalidad, como en una conversación. Intenta que cada pregunta se desprenda de una parte de respuesta previa. Siempre que sea posible, usa las propias palabras del paciente como vehículo para la exploración:

Paciente: ... así que nuestras finanzas en verdad cambiaron para bien cuando mi esposa consiguió un trabajo de tiempo completo.

Entrevistador: ¿Y qué hay de su relación? ¿Cambió después de que su esposa consiguió el trabajo de tiempo completo?

Las entrevistas no siempre pueden transcurrir de una manera lineal. Si estás discutiendo un tema importante *A* cuando se menciona *B*, la entrevista podría volverse dispersa a no ser que hagas un cierre de *A* antes de continuar. Después, si reintroduces *B* haciendo referencia a la afirmación previa del paciente, habrás hecho una transición fluida. Por ejemplo:

“Hace unos minutos, usted mencionó que la depresión parece mejorar cuando toma alcohol. ¿Podría hablarme más de su consumo de alcohol?”

Puedes usar factores comunes –tiempo, lugar, relaciones familiares, un trabajo– para facilitar el curso de la conversación:

Paciente: ... así que fue después de que mi hermano partió a Irak cuando mi madre murió.

Entrevistador: ¿Y qué hacía usted en ese tiempo?

A nadie le gusta ser interrogado, y los pacientes no son la excepción. Por lo tanto, debes tratar de hacer que la entrevista se sienta como una conversación, no un interrogatorio. Las transiciones fluidas ayudan a crear esa sensación. Pero cuando sea necesario hacer una transición abrupta, señálalo para que el paciente sepa que estás cambiando el rumbo de manera intencional:

“Creo que ya tengo una buena imagen de su forma de beber. Ahora me gustaría pasar a algo diferente. ¿Podría decirme si alguna vez ha tenido problemas con otras sustancias, como marihuana o cocaína?”

Una vez que tú y el paciente se han acostumbrado uno al otro, tal vez encuentres que una sola palabra, con el apropiado énfasis, puede señalar un cambio de tema:

“Ahora, por favor dígame qué pasó cuando usted y su esposo cocinaron y vendieron metanfetaminas”.

El único momento en que puedes sentirte tentado a hacer un cambio bastante abrupto es cuando el paciente se enoja o se pone muy ansioso. Incluso entonces, debes tratar de suavizar la transición reconociendo el cambio, y el derecho del paciente a cualquier sentimiento de molestia o disgusto que, sin darte cuenta, puedas haber provocado. Por ejemplo:

“Me doy cuenta de que es muy molesto hablar de cómo su esposa huyó con su amante. No lo culpo. Es un tema que por ahora podemos omitir. Así que permítame preguntarle por su nueva novia”.

Y desde luego, si es el paciente quien cambia de tema abruptamente, debes tratar de averiguar por qué.

Examen del estado mental I: aspectos conductuales

¿QUÉ ES EL EXAMEN DEL ESTADO MENTAL?

El examen del estado mental (EEM) es simplemente tu evaluación del funcionamiento mental actual del paciente. En su origen, se trataba de una parte del examen neurológico tradicional, pero ahora es un artículo de primera necesidad en la evaluación de salud mental. En éste y el siguiente capítulo discutiremos el EEM completo. La cantidad y el tipo de material que presentamos aquí pueden parecer abrumadores al principio, pero una vez que se aprenden, se vuelven automáticos y fáciles de abordar en pocos minutos.

El EEM suele dividirse en varias partes que se pueden ordenar de diferentes modos. Lo puedes organizar como quieras siempre y cuando incluyas todas las partes. Lo mejor es que elijas un formato, lo memorices y realices el EEM de la misma manera hasta que lo puedas hacer automáticamente.

El siguiente formato ha funcionado muy bien para muchos profesionales. Se basa en el hecho de que el EEM incluye dos grandes áreas: conductual y cognitiva.

Aspectos conductuales

Para obtener el material conductual, no tienes que hacer preguntas especiales o aplicar pruebas. En su mayor parte, consiste en observar el discurso y la conducta mientras hablas con el paciente (excepto en el área del estado de ánimo, que requiere hacer algunas preguntas). Los aspectos conductuales son los siguientes:

1. Apariencia y conducta general
2. Estado de ánimo
3. Curso del pensamiento

Aspectos cognitivos

Las partes cognitivas del EEM se relacionan con lo que el paciente piensa (o de lo que habla). Su evaluación exige más actividad de tu parte. Estas secciones incluyen:

1. Contenido del pensamiento
2. Percepción
3. Cognición
4. Introspección y juicio

Los aspectos cognitivos se describen en el capítulo 12.

Definiré y explicaré los términos estándar que necesitas conocer. Las *cursivas* indican cómo podrías interpretar la información. Sin embargo, recuerda estos dos hechos: diversas interpretaciones pueden ser posibles y algunas muestras de conductas muy inusuales pueden ser por completo normales. A lo largo de la entrevista, debes valorar constantemente lo que observas de la conducta del paciente en relación con lo esperado a partir de su historia.

APARIENCIA Y CONDUCTA GENERAL

Puedes conocer muchas cosas del paciente sólo observándolo. La mayoría de las siguientes son características que debes observar desde el inicio de la entrevista, incluso antes de que se pronuncie la primera palabra.

Características físicas

¿Cuál es el origen étnico del paciente? Diversos estudios sugieren que los pacientes hispanos informan síntomas diferentes de los anglosajones. Algunos diagnósticos son más comunes entre, por ejemplo, la población nativa. Cualquier paciente puede tener dificultades para relacionarse con un clínico de diferente origen étnico.

¿Qué edad aparenta la persona? ¿La edad que aparenta concuerda con la edad que dice tener? La edad puede sugerir ciertos diagnósticos. Los trastornos de la conducta alimentaria y la esquizofrenia son más frecuentes en pacientes jóvenes (aproximadamente de 16 a 34 años), mientras que los síntomas de depresión con melancolía o la demencia tipo Alzheimer son más comunes en pacientes mayores.

Observa la complexión corporal del paciente. ¿Es delgado? ¿Robusto? ¿Musculoso? ¿Cómo es su postura? (¿Erguida? ¿Agachada?) ¿Su modo de caminar y hacer otros movimientos es elegante o brusco? ¿Cojea? ¿Hay características físicas inusuales como cicatrices, tatuajes o falta de alguna extremidad? ¿Cómo evaluarías la nutrición general del paciente y su peso corporal? (¿Obeso? ¿Delgado? ¿Atrofiado?) La delgadez anormal sugiere anorexia nerviosa. Una mala nutrición puede no estar relacionada con un trastorno mental, pero puede indicar una enfermedad física crónica debilitante, depresión, abuso de sustancias o indigencia.

Cuando estreches la mano del paciente al presentarte, observa si tiene las manos secas o húmedas. ¿Te saluda con firmeza y cordialidad o lo hace con brusquedad o timidez?

Estado de alerta

El estado de alerta del paciente puede graduarse como un continuo.

- El **estado de alerta total o normal** implica conciencia del ambiente y la capacidad para responder con rapidez a diversos estímulos sensoriales

- La **somnolencia** y la **conciencia nublada** hacen referencia, de manera imprecisa, a alguien que está despierto, pero no está totalmente vigilante. La somnolencia sugiere que el paciente puede ser estimulado para alcanzar la vigilancia total. La conciencia nublada puede ser menos transitoria, como sucede en una persona que ha tomado una sobredosis de alguna droga, e implica un deterioro patológico de la mayoría de las funciones cognitivas
- El **coma** es una condición en la que el paciente no puede activarse en absoluto, incluso con estímulos como un dolor profundo u olores nocivos

Fuera de este continuo queda el **estupor**, término poco definido que puede significar inconsciencia, pero también puede hacer referencia a un estado en el que la persona, aunque aparentemente despierta, no se mueve ni habla de manera voluntaria.

Es común encontrar estados de conciencia fluctuantes durante una misma entrevista. Ten cuidado de observar cualquier alteración del nivel de conciencia; éstas pueden afectar la interpretación de las pruebas, así como tus propias observaciones informales de la conducta del paciente.

Algunos pacientes parecen más vigilantes de lo que suele considerarse normal. Estas personas pueden recorrer con la mirada la habitación rápida y repetidamente, como si escudriñaran con desconfianza el ambiente en busca de peligros. Esta hipervigilancia se encuentra en trastornos paranoides, consumo de algunas sustancias (como estimulantes del sistema nervioso central y alucinógenos) y en el trastorno de estrés postraumático. Sin embargo, los estados de conciencia aumentada también pueden encontrarse en personas normales (p. ej., enamorados y conversos religiosos).

Ropa e higiene

¿La ropa del paciente está limpia y cuidada o está sucia y rota? ¿Es casual o formal? ¿Está a la moda o es anticuada? ¿Es apropiada para el clima y las circunstancias de su sesión? Observa si porta artículos de joyería. Los colores brillantes pueden sugerir manía; algo tan cotidiano como una camisa o abrigo desabotonados podrían indicar demencia. Los atuendos extravagantes, como uniforme de *Boy Scout* usado por un adulto, sugieren psicosis.

¿Cómo es el peinado del paciente y el color de su cabello? ¿Tiene bigote o barba? ¿Qué hay de la higiene personal? Si el paciente está desaliñado o huele mal, podría tratarse de una enfermedad grave como esquizofrenia o un trastorno por abuso de sustancias.

Actividad motriz

Trata de evaluar la actitud corporal predominante: ¿es evidentemente relajada o el paciente se sienta tenso en la orilla de la silla?

Observa la cantidad de la actividad motriz. Mientras hablas, ¿el paciente se sienta quieto? ¿Parece quedarse inmóvil por momentos? En diversos padecimientos mentales y en disfunciones cerebrales del lóbulo frontal con varias causas físicas se encuentra una movilidad reducida. La inmovilidad absoluta es rara y puede ser una característica de una depresión profunda o de catatonia.

Los movimientos excesivos son mucho más comunes en los pacientes en salud mental. ¿El paciente no deja de moverse, mueve las piernas sin descanso o se levanta con frecuencia de su asiento para pasearse por la habitación? Estas conductas pueden deberse a una acatisia, efecto secundario de medicamentos antipsicóticos antiguos (aunque aún usados). A veces, la acatisia puede hacerse tan grave, que el paciente literalmente no puede sentarse quieto y dedica mucho

tiempo a pasearse sin descanso por toda la habitación. Los cambios inquietos de posición ocasionales suelen ser una consecuencia frecuente de la simple ansiedad, o a veces del síndrome de las piernas inquietas.

Casi siempre, las gesticulaciones de los pacientes sólo expresan los sentimientos mencionados o corresponden a las afirmaciones del paciente (“hablar con las manos”). Sin embargo, algunas gesticulaciones conllevan ideas no expresadas, como cuando el pulgar apuntando hacia arriba con el puño cerrado quiere decir “muy bien” o el dedo medio levantado quiere decir “no tan bien”. Observa las manos del paciente. ¿Están dobladas y relajadas o los puños están cerrados y muy apretados? ¿Las uñas están sucias, mordidas, manchadas o muy cuidadas? ¿Hay algún temblor? Esto podría deberse a la ansiedad, pero el temblor incontrolado de la mano se encuentra con frecuencia en la enfermedad de Parkinson y en el pseudoparkinson (un efecto secundario frecuente de los medicamentos antipsicóticos antiguos).

Observa cualquier conducta como rascarse, tocarse o frotarse en público de una manera inapropiada. ¿Esta persona se pellizca la piel o la ropa? Una explicación posible es un delirio en el que encontramos diversas causas físicas y químicas. Un tipo es el *delirium tremens*, que se encuentra en el trastorno grave por uso de alcohol.

Es extremadamente importante, sobre todo en pacientes con una enfermedad mental crónica, buscar movimientos involuntarios de la cara y las extremidades asociados con la diskinesia tardía. ¿El paciente tuerce y retuerce las extremidades? ¿Mastica, hace muecas, arruga los labios o saca la lengua? Estos movimientos pueden ser muy notorios e inconfundibles, pero a menudo son moderados y difíciles de identificar. Si tienes dudas, pide al paciente que te muestre la lengua. Las fasciculaciones semejantes a las contracciones de un gusano pueden ser el único signo temprano de la diskinesia tardía.

Puedes observar otras conductas inusuales. Busca *manerismos*, conductas innecesarias que son parte de una actividad dirigida a una meta. (Un ejemplo serían las garabatos que algunas personas hacen con el bolígrafo antes de escribir algo). Los *manerismos* son comunes y normales; hasta cierto punto, todos los hacemos. Por otro lado, las estereotipias son conductas que no tienen una meta. Un ejemplo sería un paciente que en repetidas ocasiones y sin un propósito aparente hace pausas para mostrar la señal de la paz. Las *poses* se identifican cuando un paciente adopta y mantiene una posición (como una mano napoleónica plegada dentro del frente de la camisa) sin tener un propósito evidente. El **negativismo** sin finalidad puede manifestarse como un silencio persistente o apartándose del entrevistador. En la **flexibilidad cerosa**, puedes mover las extremidades rígidas del paciente sólo con lentitud y una fuerza continua, como si estuvieras doblando una barra hecha de cera. Los pacientes con **catalepsia** mantienen cualquier postura rara o inusual en que los coloques a pesar de que les insistan en relajarse. Las estereotipias, poses, flexibilidad cerosa, negativismo y catalepsia se encuentran con poca frecuencia en la actualidad, y sólo en los pacientes hospitalizados con padecimientos de mayor gravedad. Estas conductas suelen indicar psicosis, con frecuencia, esquizofrenia.

Expresión facial

¿Hay algún tic de los ojos, boca u otras partes del cuerpo? ¿El paciente sonríe y, por lo general, muestra movilidad normal de las expresiones faciales? Una expresión fija y sin movimiento podría indicar senilidad, la rigidez común en la enfermedad de Parkinson o pseudoparkinson debido a medicamentos antipsicóticos. ¿El paciente hace contacto visual contigo? Un paciente psicótico puede mirarte fijamente; en la depresión, la mirada puede parecer estar clavada en el suelo. Mientras conversas, ¿el paciente mira en repetidas ocasiones por toda la habitación, como si notara algo que no puedes ver o escuchando voces que nadie más puede oír? Estas respuestas evidentes a un estímulo interno pueden encontrarse en pacientes que tienen psicosis de varios tipos.

Debes estar atento a cualquier otra conducta que contradiga la información que el paciente proporciona verbalmente:

Notas la inquietud motriz de la acatisia cuando el paciente niega tomar medicamentos antipsicóticos.

El paciente tiene un rostro triste y parece estar a punto de llorar, pero asegura que se siente alegre.

Voz

Mientras conversas, pon atención al volumen, el tono y la claridad de la voz del paciente. ¿Tiene un ritmo normal (llamado **prosodia**) o es monótona y aburrida? Con base en su uso de la gramática, ¿podrías decir algo sobre su educación o sus antecedentes familiares? ¿El acento indica el país o la región donde el paciente creció? ¿El paciente tartamudea, cecea, masculla o muestra algún tipo de defecto del habla? ¿Utiliza muletillas, es decir, palabras o frases que use con frecuencia? ¿Cómo definirías el tono de voz: cordial, enojado, aburrido, triste?

Actitud hacia el entrevistador

Hay varios continuos en los que podrías ubicar la relación evidente entre el paciente y tú:

- Colaborador – obstruccionista
- Cordial – hostil
- Abierto – reservado
- Participativo – apático

El lugar en que se ubique el paciente en cada uno de estos factores ayudará a determinar la cantidad de información que puedes esperar obtener durante la entrevista, así como la fortaleza del *rapport*. Además, observa cualquier evidencia de que el paciente se comporta de una manera seductora o evasiva.

ESTADO DE ÁNIMO

Los términos **estado de ánimo** y **afecto** tienen varias definiciones. En la actualidad, algunos clínicos los utilizan como sinónimos. Yo usaré **estado de ánimo** para referirme a la manera en que una persona afirma sentirse, y **afecto** al modo en que la persona parece sentirse. Por lo tanto, el término **afecto** significa no sólo un estado de ánimo declarado, sino la expresión facial, la postura, el contacto visual (o su falta) y el llanto.

El estado de ánimo (o afecto) se describe en varias dimensiones: tipo, labilidad, apropiado o inapropiado y (para algunos observadores) intensidad.

Tipo

¿Cuál es el tipo de estado de ánimo del paciente? Esto significa simplemente la cualidad básica del estado de ánimo. En el capítulo 7, presento alrededor de 60 expresiones para referirse a los

sentimientos (cuadro 7-1), pero se pueden reducir a sólo algunos estados de ánimo básicos. El problema es que no hay acuerdo en qué se entiende por básico. Aquí presento lo que, en mi opinión, es el mejor consenso sobre las emociones básicas de una docena de expertos o más:

Enojo	Alegría
Ansiedad	Amor
Desprecio	Tristeza
Indignación	Vergüenza
Temor	Sorpresa
Culpa	

Un estado de ánimo suele ser predominante. Cuando esto no ocurre, normal o regular pueden emplearse como una descripción adecuada.

El estado de ánimo del paciente puede ser evidente a partir de lo que observas. Si no es así, pregunta:

“¿Cómo se siente ahora?”

“¿Cuál es su estado de ánimo en este momento?”

Si detectas tristeza, podrías preguntar:

“¿Tiene ganas de llorar?”

En algunas ocasiones, el paciente estalla en llanto, respuesta que puede ser angustiante para un entrevistador principiante, pero a veces es terapéutica para el paciente. Procura tener a la mano pañuelos para esta situación, y trata de averiguar qué sentimientos están detrás del llanto.

También puedes inferir muchas cosas a partir del lenguaje corporal del paciente. He aquí algunos indicios no verbales de sus sentimientos:

- Enojo: quijada apretada, puños cerrados, rubor en la cara o cuello, dedos tamborileando, venas del cuello dilatadas, mirada fija
- Ansiedad: pies bailoteando, torcer los dedos, despreocupación afectada (como limpiarse los dientes con un palillo)
- Tristeza: ojos húmedos, hombros caídos, movimientos lentos
- Vergüenza: escaso contacto visual, rubor, encogimiento de hombros

Algunos pacientes tienen dificultades para describir, o incluso reconocer, cómo se sienten. Otros parecen no poder hacerlo en absoluto. Mencionaré otra vez el término **alexitimia**, que a veces se usa para describir la incapacidad para reconocer o describir los sentimientos propios.

Labilidad

Incluso las personas normales a veces muestran dos o más estados de ánimo en un lapso breve de tiempo. Por ejemplo, en un momento gracioso y tierno de una película u obra de teatro, cualquiera podría reír y llorar casi al mismo tiempo. Pero oscilaciones radicales del estado de ánimo con frecuencia son anormales y deben explorarse en una entrevista en salud mental. Estas oscilaciones del estado de ánimo se denominan *labilidad aumentada* del estado de ánimo. Algunos pacientes con trastornos de personalidad pueden mostrar oscilaciones radicales del estado de ánimo del éxtasis al llanto, todo en cuestión de minutos. Un paciente con euforia maníaca puede estallar de repente en llanto y después rebozar de alegría (el término microdepresión a veces se

usa para describir este fenómeno). En los trastornos cognitivos, los cambios rápidos del estado de ánimo pueden ser tan graves que merecen llamarse incontinencia afectiva.

El cuadro opuesto ocurre cuando el paciente muestra una variación reducida del estado de ánimo. Esta falta de respuesta a los estímulos ambientales se denomina **aplanamiento** emocional. El término **debilitamiento** se ha usado como sinónimo, pero algunos autores emplean aplanamiento para referirse a un rango comprimido de estados de ánimo y reservan debilitamiento para referirse a una falta de sensibilidad emocional. Sin importar cómo se definan los términos, estos pacientes parecen incapaces de relacionarse con las emociones de otras personas. Aunque tradicionalmente se consideraba un indicador de la esquizofrenia, la inmovilidad relativa del estado de ánimo también se encuentra en depresiones graves y en la enfermedad de Parkinson y otros padecimientos neurológicos. La *imperturbabilidad* del afecto, en la que nada parece alterar al paciente, se presenta, por lo general, en una demencia.

Estado de ánimo apropiado o inapropiado

Lo **apropiado o no** del estado de ánimo es tu estimación de qué tan bien se ajusta el estado de ánimo del paciente a la situación y el contenido del pensamiento. Tu juicio estará afectado por dos culturas: la tuya y la del paciente. Aunque la mayoría de las personas muestra reacciones emocionales inapropiadas de vez en cuando, un afecto notablemente inapropiado puede sugerir ciertos grupos diagnósticos. Una persona que se ríe tontamente, por ejemplo, mientras describe algo triste (como la muerte de un familiar cercano) puede padecer esquizofrenia. El afecto patológico (sea una risa o un llanto inapropiado) puede encontrarse en parálisis pseudobulbar, que puede deberse a diversas causas, incluyendo esclerosis múltiple y derrame cerebral. Los pacientes con trastornos con síntomas somáticos del DSM-5 (trastornos somatoformes en el DSM-IV) a veces hablan de sus quejas físicas, como parálisis o ceguera, con una despreocupación más apropiada para un informe del tiempo. Este tipo especial de estado de ánimo inapropiado se denomina la *belle indifférence* (que en francés significa 'la bella indiferencia').

Aunque debes estar constantemente atento a estos y otros signos de sentimientos que no se expresan de otro modo, es importante no sobreinterpretar. Es mejor tratar de relacionar lo que observas con lo que oyes y lo que tú mismo podrías sentir en circunstancias similares. ¿El llanto está justificado por el tema que se discute o el paciente parece triste de una manera no natural? ¿Su sonrisa parece genuina o forzada porque quizá esconde otros sentimientos?

Intensidad

Aunque su denominación es subjetiva y, por lo tanto, arbitraria, puedes clasificar la intensidad del estado de ánimo como leve, moderada o grave (piensa en el continuo que va de la distimia a la depresión mayor con y sin psicosis). También debes observar la reactividad de un estado de ánimo: ¿es momentáneo, prolongado o algo intermedio?

CURSO DEL PENSAMIENTO

El término *curso del pensamiento* es un poco incorrecto. Lo que nos interesa es el pensamiento, pero lo que en realidad percibimos es el curso del discurso. Suponemos que el discurso que oímos refleja los pensamientos del paciente.

La mayoría de los problemas que describimos aquí suele ser evidente sólo durante la fase aguda del padecimiento. Pueden agruparse en dos categorías generales: 1) defectos de asociación (la manera en que une las palabras para formar frases y oraciones) y 2) la velocidad y el ritmo anormales.

Desafortunadamente, los clínicos en salud mental no siempre están de acuerdo acerca de estas definiciones, así que he tratado de adoptar una opinión consensuada. Sin embargo, estarás más a salvo si registras citas de ejemplos reales del discurso del paciente. Así, más tarde recordarás con exactitud lo que el paciente dijo, ayudarás a cualquiera que lea tus anotaciones a comprender lo que quieres decir con los términos que usas y tendrás un registro base que servirá para juzgar los cambios futuros en los patrones de pensamiento que pueden resultar del tratamiento.

Procura no atribuir un significado patológico indebido a la manera de hablar del paciente. Los patrones del habla distintos a los tuyos pueden ser moldeados por trastornos neurológicos o médicos, por las influencias culturales y educativas o por crecer hablando una lengua materna diferente.

Asociación

Primero, observa si el discurso es espontáneo u ocurre sólo en respuesta a una pregunta. Si es esto último, debes esmerarte en inducir al paciente a hablar con espontaneidad:

“Le agradezco toda la información que me ha proporcionado, pero ahora pienso que sería de ayuda si usted sólo habla de sus problemas por un momento. De ese modo, tendré una mejor idea de lo que le está molestando.”

Si no tienes éxito con esto, la cantidad de información que puedas obtener acerca de los patrones del discurso será, evidentemente, limitada. Registra ejemplos del discurso y observa los intentos que haces para obtener más.

- **Descarrilamiento.** A veces llamado **asociaciones vagas**, el descarrilamiento es una ruptura de la asociación de ideas en la que una parece tropezar con otra. Las dos ideas pueden estar relacionadas de una manera frágil o no tener ninguna relación en absoluto. Puedes entender la secuencia de las palabras, pero la dirección general parece no seguir una lógica, sino rimas, juegos de palabras u otras reglas que pueden no ser evidentes para un observador. Lo que resulta es un discurso que parece significar algo para el paciente, pero no para ti:

“Ella me dice algo adentro una mañana y afuera a la siguiente.”

“Más vale medio pan que la enchilada entera.”

“Nunca regresaré otra vez a esa tienda. No tengo suficiente arena para mis zapatos.”

- Un tipo especial de asociaciones vagas es la **fuga de ideas**, en la que una palabra o frase de un pensamiento estimula al paciente para saltar en otra dirección. Aunque el paciente (y tú) puedan definir la relación entre dos ideas consecutivas, el proceso de pensamiento global parece no tener un objetivo final, y el paciente, por lo general, pierde el hilo de la pregunta original.

Entrevistador: ¿Cuándo entró al hospital?

Paciente: Llegué un lunes. El lunes es el día para lavar. Eso es lo que voy a hacer, lavar ese hombre para quitarlo de mi cabello. Él es la tortuga y yo soy la liebre.

Los pacientes con manía a menudo tienen fuga de ideas asociadas con el apremio por hablar (que describimos más adelante en este capítulo).

- **Tangencialidad (discurso tangencial).** Estos términos describen una respuesta que parece ajena a la pregunta formulada. Si hay alguna relación entre la pregunta y la respuesta, es difícil discernirla.

Entrevistador: ¿Cuánto tiempo vivió en Wichita?

Paciente: Hasta a los osos hormigueros les gusta el beso francés.

El descarrilamiento y la tangencialidad se suelen encontrar en la psicosis, a menudo en la esquizofrenia, pero los pacientes con manía también pueden presentar estos síntomas.

- **Pobreza del discurso.** Ésta es una reducción notable con respecto de la cantidad normal de discurso espontáneo. El paciente responde brevemente cuando esperas una respuesta más elaborada y, a menos que le insistas, puede no decir nada por periodos prolongados. Cuando esta conducta alcanza el extremo del mutismo, hay poco o nada de discurso. Los pacientes con depresión pueden mostrar pobreza del discurso. El mutismo es más característico de la esquizofrenia, pero a veces se encuentra en trastornos con síntomas somáticos. Debe distinguirse de la afonía, que es de origen neurológico.

Los siguientes términos designan anomalías del discurso que se encuentran en pocas ocasiones en las entrevistas clínicas. Los definiré brevemente, pero, a menos que trabajes en el pabellón de un hospital psiquiátrico, quizá nunca encuentres ninguna de estas conductas. La mayoría suele presentarse en la esquizofrenia, pero cualquiera puede encontrarse en las psicosis de origen neurocognitivo. Cuando encuentres un ejemplo, asegúrate de registrarlo y trata de averiguar por qué el paciente respondió de esta manera.

- **Pensamiento bloqueado.** La cadena del pensamiento se detiene de repente, antes de llegar a su destino. Por lo general, el paciente no puede dar una explicación adecuada; sólo dice que la idea “se le olvidó”.
- **Aliteración.** Frase u oración que contiene de manera deliberada repeticiones múltiples de un mismo sonido o sonidos similares: “Corrí el riesgo, querido doctor, de reconocer perros repugnantes corriendo una carrera contra un carro”.
- **Asociaciones escandalosas.** La elección de palabras individuales está regida por la rima u otras semejanzas sonoras, y no por las necesidades de la comunicación.

Entrevistador: ¿Quién lo trajo al hospital?

Paciente: Mi esposa, mi esposa amorosa que no es celosa.

- **Ecolalia.** Al responder una pregunta, el paciente repite innecesariamente palabras o frases del entrevistador. Esto puede ser muy sutil, hasta el punto de que te puedes dar cuenta sólo después de varias repeticiones.

Entrevistador: ¿Cuánto tiempo estuvo en el hospital en esa ocasión?

Paciente: ¿Cuánto tiempo estuvo en el hospital? Estuve en el hospital mucho, mucho tiempo, ése fue el tiempo que estuve en el hospital.

- **Verbigeración.** El paciente sigue repitiendo una palabra o frase sin un propósito evidente. “Estaba tranquilo como muerto. Como muerto. Tranquilo como muerto. Como muerto. Tranquilo como muerto”.
- **Incoherencia.** El discurso está tan desorganizado que ni siquiera las palabras o frases individuales parecen tener una conexión lógica: “Tuvimos una noche terrible, ya tuvimos

lo nuestro, sigamos” (En este caso, la reportera Serene Branson sabía que estaba diciendo cosas sin sentido en vivo en la televisión en 2011. Aunque al principio se pensó que estaba teniendo un derrame cerebral, resultó ser una migraña). A veces, la incoherencia se denomina de una manera más jocosa *ensalada de palabras*.

- **Neologismos.** Sin una intención el paciente inventa palabras, a menudo a partir de partes de palabras de diccionario. La estructura resultante puede sonar bastante auténtica: “No lo quería tejiendo telarañas por todos lados, así que lo aplaste con mi aracnoticón [un zapato].”
- **Perseveración.** El paciente repite palabras o frases, o regresa en muchas ocasiones al punto que ya se ha abordado o mencionado.

Entrevistador: ¿Y cómo era su novia?

Paciente: Ah, tenía el cabello largo y rubio, y se hacía una cola de caballo.

Entrevistador: ¿Sentía que ella lo apoyaba cuando usted tenía problemas con su ex esposa?

Paciente: Pero no era muy alta. Un poco más de 1.50 m.

Entrevistador: Lo que quisiera saber ahora es cómo era su relación con ella.

Paciente: Era bonita, en verdad bonita.

La perseveración, que también puede ocurrir como una conducta motriz repetitiva, suele presentarse en el contexto de un defecto de la memoria e indica una enfermedad orgánica que implica al cerebro.

- **Discurso afectado.** El acento, la fraseología o la elección de palabras confiere al discurso un toque poco natural o peculiar, como si el paciente fuera alguien por completo diferente. Podría decirse que un mexicano que finge un acento español o que usa con frecuencia expresiones peninsulares tiene un discurso afectado.

Velocidad y ritmo del habla

Los pacientes que hablan con rapidez, y a menudo de un modo muy extenso, muestran lo que se denomina apremio por hablar (o habla apresurada). Debido a que estos pacientes hablan muy fuerte y es difícil interrumpirlos, pueden plantear un verdadero desafío para el entrevistador. El apremio por hablar con frecuencia se asocia con una latencia reducida de la respuesta, en la que el periodo de tiempo entre la pregunta y la respuesta del paciente está notablemente reducido. A veces, la respuesta parece llegar antes de que termine de formular la pregunta. El apremio por hablar y la latencia reducida de la respuesta suelen encontrarse en pacientes con manía, quienes pueden decirte que sus palabras no pueden seguir el ritmo de sus pensamientos.

Por otro lado, un paciente con **latencia aumentada de la respuesta** toma más tiempo de lo normal para responder o hace pausas más largas entre las oraciones. Cuando la afirmación se emite finalmente, puede ser breve y pronunciada con una insoportable lentitud. La latencia aumentada de la respuesta a menudo refleja una desaceleración motor más general y puede encontrarse en depresiones graves y en trastornos neurológicos.

Cuando el ritmo de las sílabas se desvía de lo normal, puede haber un trastorno del habla. El *tartamudeo* es uno de ellos. En la **confusión**, el paciente habla con rapidez, se le traba la lengua y se desorganiza. Los pacientes con lesiones en el cerebelo pueden pronunciar cada sílaba al mismo ritmo que la última, lo cual produce una velocidad que es demasiado regular. Los pacientes que tienen alguna forma de distrofia muscular pueden agrupar las palabras o tener dificultades para pronunciar las sílabas.

Se pueden presentar otros patrones del habla que suelen no tener relevancia patológica en absoluto. A pesar de que pueden ser muy notables para el escucha, el individuo que los usa puede no darse cuenta de la frecuencia con que lo hace.

El término **habla circunstancial** significa que mucho material irrelevante se incluye en el mensaje principal. En este patrón de habla común, el hablante llega con el tiempo al punto, aunque a menudo con un gran costo de tiempo y paciencia para su interlocutor.

En el **habla distraída**, la atención del hablante se desvía hacia estímulos que son irrelevantes para la conversación. Ruidos en el pasillo o una polilla aleteando contra la ventana pueden darle un giro a la conversación hacia una nueva (aunque temporal) dirección. El habla distraída suele ser normal, pero puedes encontrarla en un paciente con manía.

Las **muletillas** son expresiones convencionales que muchas personas usan en exceso de vez en cuando, casi siempre sin darse cuenta. Esas expresiones de relleno suelen ser normales, aunque sean aburridas.

- "Tú sabes"
- "Como (que)"
- "Este"
- "Entonces"
- "O sea"

Muchos de los términos que usamos para clasificar los patrones del habla son confusos, y diferentes expertos los usan de distinto modo. Una vez más, yo recomiendo encarecidamente que hagas tu registro con la mayor claridad posible anotando ejemplos textuales de cualquier forma de hablar que consideres patológica.

Examen del estado mental II: aspectos cognitivos

Casi todos los hallazgos mencionados en el capítulo 11 suelen ser resultado de la sola observación pasiva. En contraste, debes hacer preguntas activamente para suscitar la mayor parte del material que se presenta en este capítulo.

¿DEBES HACER UN EXAMEN DEL ESTADO MENTAL FORMAL?

Algunos clínicos aún no evalúan, o no informan, los aspectos cognitivos del EEM a pesar de la importancia crucial de esta información para la valoración global de cualquier paciente. Otros piensan que es ofensivo hacer preguntas obvias de rutina a un paciente con buen funcionamiento, como “¿Qué fecha es hoy?” o “¿Quién es el presidente?” Prefieren no aplicar pruebas formales sin una indicación directa, como la queja de los familiares de que el paciente se ha vuelto olvidadizo.

En la mayoría de los casos, no te atreverías a preguntar de pronto al paciente si oye voces. Pero si no preguntas en algún momento, nunca podrás estar seguro de que el paciente no tiene esas dificultades. Esa es la razón de que yo recomiende encarecidamente, sobre todo si estás empezando, que hagas un EEM formal a todos los pacientes. Puedes tomar algunas medidas para reducir la probabilidad de resentimiento de parte del paciente y de vergüenza de parte tuya.

- Empieza explicando lo que piensas hacer. Subraya el hecho de que estas preguntas son normales y no se deben a algo que el paciente haya dicho o hecho:
“Ahora, me gustaría hacerle algunas preguntas de rutina que me ayudarán a evaluar la manera en que usted piensa sobre ciertas cosas. Sólo nos tomará unos minutos”

Palabras como **rutina** y **normal** ayudan a suavizar preguntas que de otro modo podrían tomarse a mal.

- Usa la retroalimentación positiva siempre y cuando no faltes a la verdad:
“¡Eso es excelente! Usted es el que mejor ha hecho estos cálculos en toda esta semana.”
- Responde de manera atenta a cualquier angustia que estas preguntas puedan causar. Si es necesario, haz una pausa y regresa más tarde a cualquier aspecto que haya sido problemático:
“Restar de siete en siete mentalmente es difícil. Mejor vamos a tomar un descanso e intentar con los presidentes”

- En cualquier caso, es buena idea cumplir con esta parte de la evaluación en la primera entrevista. Si pospones estas preguntas hasta que el tratamiento esté en marcha, aumenta la probabilidad de que se avergüencen tú y el paciente

Cualquiera que observa a un profesional experimentado haciendo la parte formal del EEM puede notar que no hace todas las preguntas a todos los pacientes. Con el tiempo y la experiencia, los clínicos aprenden a saber qué pruebas pueden omitir con ciertos pacientes y cuáles deben aplicarse siempre. Mientras aprendes, te recomiendo que sigas todo el procedimiento en cada ocasión sin hacer excepciones. De ese modo lo aprenderás completo y desarrollarás también tu propio sentido de qué respuestas son normales en cada prueba. Cuando tengas experiencia (después de tus primeros cientos de exámenes), puedes decidir qué pruebas omitir y cuándo hacerlo.

El EEM en realidad se ocupa sólo de conductas, experiencias y emociones actuales. Sin embargo, a menudo es pertinente abordar datos históricos relacionados al mismo tiempo. Por ello, muchas de las preguntas de exploración empiezan con "¿Alguna vez..."

Una idea más: algunas de las experiencias que se abordan en las páginas siguientes son lo suficientemente inusuales que el paciente puede sentirse reacio a responderlas con franqueza. Para resolver ese problema, puedes señalar que las personas pueden tener todo tipo de experiencias extrañas cuando están estresadas o enfermas o toman ciertos medicamentos. Introducir las preguntas de este modo puede ayudar a reducir la ansiedad y alentar al paciente a revelar lo que necesitas saber.

CONTENIDO DEL PENSAMIENTO

Cualquier cosa en que el hablante se centre en un momento determinado constituye el **contenido del pensamiento**. Durante la historia del padecimiento actual, éste suele relacionarse con los problemas que hacen que el paciente busque tratamiento.

Sin embargo, hay varios elementos del contenido del pensamiento que debes abordar en todos los exámenes que hagas. El paciente puede mencionar de manera espontánea algunos de éstos, pero en su mayor parte estas anomalías importantes del pensamiento requieren preguntas de exploración.

Siempre que investigues anomalías del pensamiento, pregunta con la suficiente cordialidad para que el paciente te siga viendo como alguien compasivo y atento. No hagas juicios instantáneos y trata de no mostrar sorpresa ante las respuestas que oyes. Recuerda que las ideas extravagantes como los platillos voladores o peces que hablan pueden parecer tan normales al paciente como a ti tus propias convicciones (incluyendo las religiosas y políticas).

Delirios

Un **delirio** es una creencia fija y falsa que la cultura y educación del paciente no pueden explicar. Todos los elementos de esta definición deben estar presentes. Otras personas de la misma cultura deben considerar la creencia o la idea como evidentemente falsa; debe ser inquebrantable a pesar de las evidencias que muestran que está equivocada.

"Me enviaron a proteger al presidente." A los 73 años de edad, este paciente tenía un alcoholismo crónico y no había trabajado en años.

"Mi esposo va en secreto a tener relaciones sexuales con la mujer del otro lado de la

calle. Se comunican haciéndose señas con las persianas venecianas." Con un suspiro, su esposo comentó que él es impotente desde su operación de próstata. "Mis iniciales son J. C. ¡Eso significa que yo soy Jesucristo!" Seis hermanos y hermanas testificaron que había estado enfermo por años.

Puedes determinar la fuerza de las creencias del paciente preguntando:

"¿Es posible que este sentimiento se deba a alguna clase de problema emocional o nervioso?"

Si el paciente responde "No", y afirma en su lugar que el personal del hospital se acaba de unir a la conspiración, registra la idea como delirante.

Cuando se les pone en duda su delirio en términos similares, algunos pacientes están de acuerdo en que es posible otra explicación; en ese caso, no los diagnosticarás como delirantes.

"Sólo parecía que había alguna clase de plan."

"Después de todo, quizá fue imaginario."

"He estado mal de los nervios últimamente."

Considera delirio sólo cuando el paciente sostiene una explicación evidentemente falsa a pesar de que la evidencia indica lo contrario.

Debido a que también se debe cumplir el criterio cultural/educativo, un nativo, perteneciente a una comunidad indígena de EUA, no puede considerarse delirante por creer en las brujas, del mismo modo que los niños tampoco lo son por el hecho de escribir cartas a Santa Claus.

Explora en busca de delirios haciendo preguntas como las siguientes (con pausas adecuadas para las respuestas):

"¿Alguna vez ha tenido ideas o sensaciones de que la gente lo estuviera espiando, hablando de usted o tratando de hacerle daño de alguna manera?"

"¿Alguna vez ha recibido mensajes inusuales?"

"¿Alguna vez ha tenido ideas o pensamientos que los demás puedan considerar extraños?"

Debido a que son tan poco probables, con facilidad puedes determinar que algunas afirmaciones son falsas (como el prototípico delirio de ser abducido en una nave espacial por extraterrestres). Otros tienen ciertos indicios de verosimilitud que debes considerar, "¿Esta historia en realidad puede ser verdadera?" He tenido este tipo de reflexiones cuando me encuentro con pacientes que me han contado de sus intentos por evadirse de sus ex cónyuges o de pleitos legales iniciados por antiguos socios de negocios. A veces, los parientes políticos en verdad tratan de separar un matrimonio. Aunque estas narraciones a veces se vienen abajo por la presión de la inconsistencia interna, puede ser necesario verificarlas con un tercero para determinar cuál es la verdad.

Los pacientes con frecuencia se dan cuenta de que otras personas piensan que sus ideas delirantes son extrañas o raras; así que hacen lo posible por ocultar estos delirios. Por lo general, una actitud comprensiva, interesada y sin juicios ayuda a relajar lo suficiente la tensión para poder hablar con libertad de estos problemas. Puedes lograr que el paciente hable de una manera más elaborada sobre un delirio, haciendo una pregunta de manera natural:

"¿Cómo sabe que [la posible idea delirante] es un delirio?"

Tienes que caminar por una línea muy delgada: si desafías los delirios, podrías disgustar al paciente; si los aceptas, te arriesgas a confirmar ideas falsas en la mente del paciente. Es más seguro no mostrar credulidad ni incredulidad, ni emitir opinión alguna al respecto. Si el paciente te presiona para que le digas tu opinión, puedes decir con sinceridad:

“Muchas personas lo considerarían [el delirio] extraño.”

Tomando en cuenta que esto es algo que el paciente nota, no es ninguna sorpresa para él; la respuesta a menudo parece ser satisfactoria. Si te presiona más, quizá tengas que responder de una manera más completa:

“Creo que hay otras explicaciones para su incomodidad. Usted podría estar equivocado, o quizá se trate de una forma nerviosismo.”

Debido a que la ofreces como tentativa, esta clase de afirmaciones podría no provocar mucha discusión. Si lo hace, tal vez tú y el paciente estén de acuerdo o no, pero de manera amistosa.

Una vez que detectas un delirio, averigua todo lo que puedas acerca de él, en especial, el grado en que afecta distintos aspectos de la vida del paciente. Las siguientes preguntas podrían ayudar:

“¿Por cuánto tiempo se ha sentido así?”

“¿Qué medidas ha tomado al respecto?”

“¿Qué otras medidas planea tomar?”

“¿Cómo se siente en relación con [estas creencias]?”

“¿Por qué cree que esto esté sucediendo?”

Otras preguntas más específicas que empiezan con “¿Por qué?”, como “¿Por qué cree que lo hayan despedido?”, ofrecen otra vía para descubrir delirios.

Por último, ¿el delirio es **congruente con el estado de ánimo**? En otras palabras, ¿el contenido del delirio es acorde con el estado de ánimo del paciente? He aquí un ejemplo de un delirio congruente con el estado de ánimo:

Un hombre de mediana edad hospitalizado por una depresión creía que literalmente se había ido al infierno. Pensó que el personal médico agrupado alrededor de su cama eran demonios que se habían reunido para aplicarle un castigo bien merecido por sus pecados.

Y un ejemplo de un delirio incongruente con el estado de ánimo es:

Una mujer mayor, enferma durante muchos años de psicosis crónica, también tenía el tobillo hinchado debido a un defecto cardíaco. Pero ella explicaba que sus fluidos corporales eran empujados hacia sus piernas por máquinas de gravedad instaladas en su sótano por los nazis.

La presencia de delirios congruentes con el estado de ánimo debe hacerte sospechar que se trata de un trastorno del estado de ánimo, mientras que los delirios incongruentes con el estado de ánimo son más típicos de la esquizofrenia.

Tipos de delirios

En el transcurso de muchas entrevistas, probablemente encuentres una gran variedad de delirios. He aquí algunos de los más conocidos:

- Muerte. También llamados **delirios nihilistas**, estos síntomas raros son casos extremos de delirios de enfermedad
- Grandeza: La falsa creencia es que el paciente es alguien de posición elevada (Dios, Shakira) o tiene poderes o dones que nadie más posee (riqueza inmensa, virtuosismo musical, vida eterna). Asegúrate de distinguir estas ideas de otras referencias hechas en broma: presidentes, reyes o magnates de la industria a veces adoptan el manto de la clarividencia o la invisibilidad. Para ellos, “yo soy Dios” puede ser una figura de lenguaje que no significa una patología mental. Los delirios de grandeza suelen encontrarse en la manía, pero también pueden ocurrir en la esquizofrenia
- Culpa. Estos pacientes creen que han cometido algún grave error o pecado, por el que pueden declarar que merecen un castigo. Los delirios de culpa se encuentran en especial en depresiones graves y en el trastorno delirante
- Mala salud o cambio corporal. Estos pacientes creen que sufren alguna terrible enfermedad: su interior se ha podrido; sus intestinos se han vuelto de cemento. Los delirios de una mala salud y los delirios somáticos a veces se encuentran en depresiones graves o en la esquizofrenia
- Celos. El cónyuge o la pareja del paciente “ha sido infiel”. Los celos delirantes suelen encontrarse en la paranoia alcohólica, pero también se observan en la esquizofrenia y el trastorno delirante. Puede llevar al abuso del cónyuge e incluso al homicidio doméstico
- La identificación errónea. El paciente cree que alguien, por lo general un familiar cercano, ha sido reemplazado por su doble exacto (esta creencia se conoce como síndrome de Capgras), o que un extraño es en realidad alguien que el paciente conoce. Estas percepciones delirantes a menudo tienen su raíz en una patología cerebral, aunque también se encuentran en pacientes con esquizofrenia
- Pasividad o influencia. Estos pacientes creen que son controlados de maneras poco comunes por influencias exteriores, como televisiones, radio u hornos de microondas. En consecuencia, pueden negar la responsabilidad de su conducta. En contraste, algunos pueden sentir que pueden controlar el ambiente: lo que tomaron en el desayuno tuvo influencia en el secretario de estado al mencionar a Irán en su discurso, o sus ondas de pensamiento hacen que los ríos se levanten. Estos delirios sugieren esquizofrenia
- Persecución. Los pacientes creen que son amenazados, ridiculizados o discriminados, o que de alguna manera alguien interfiere en ellos. Éstos se suelen encontrar en la esquizofrenia
- Pobreza. A pesar de que la evidencia sugiere lo contrario (dinero en el banco, un cheque regular por invalidez), estos pacientes creen que la destitución los forzará a vender la casa y a subastar sus propiedades. Estos delirios aparecen a veces en depresiones graves
- Autorreferencia. La gente espía a los pacientes, los difama o trabaja en contra de ellos de alguna otra manera. Estos pacientes “observan” que la gente murmura acerca de ellos mientras pasan en la calle, que medios impresos o electrónicos contienen mensajes dirigidos específicamente a ellos. Por ejemplo, “En el noticiero de anoche, el conductor dijo que era inminente una liquidación. Eso significa que debo acordar con mi antigua esposa la liquidación de las propiedades.” Los delirios autorreferenciales son especialmente comunes en la esquizofrenia, pero pueden encontrarse también en otras psicosis
- Transmisión del pensamiento. El pensamiento del paciente parece transmitirse a nivel local o a lo largo de todo el continente. La transmisión del pensamiento se encuentra en la esquizofrenia
- Control del pensamiento. Los pensamientos, sentimientos o ideas se colocan en la mente del paciente o se sacan de ella. Íntimamente relacionados con los sentimientos de pasividad, estos delirios tienen una importancia similar

PERCEPCIÓN

Alucinaciones

Las **alucinaciones** son percepciones sensoriales falsas que ocurren en la ausencia de un estímulo sensorial relacionado. Por ejemplo, el paciente oye voces que hablan desde un armario vacío o ve serpientes moradas flotando en el agua limpia del baño. Por lo común, las alucinaciones se experimentan como si estuvieran ocurriendo en el espacio real (es decir, no imaginado, como en el ojo de la mente) y pueden implicar cualquiera de los cinco sentidos. Entre los pacientes en salud mental, las alucinaciones auditivas son, por mucho, las más comunes; las alucinaciones visuales son las siguientes:

“¿Alguna vez ha oído voces u otros sonidos cuando no hay nadie a su alrededor que los produzca?”

“¿Alguna vez ha visto cosas que otras personas no puedan ver?”

Algunos pacientes responden de manera equivocada “Sí” a preguntas sobre alucinaciones auditivas cuando sólo quieren decir que oyen una voz en ese preciso momento (la del entrevistador) o que “oyen” sus propios pensamientos, aunque no dichos en voz alta como en los pensamientos audibles, que describo más adelante. Con preguntas cuidadosas, por lo general puedes distinguir estas respuestas afirmativas falsas de las alucinaciones genuinas.

Por ejemplo, cuando alguien asegure oír ruidos o palabras habladas, pregunta:

“¿Podría tratarse de algo que provenga de usted, como su conciencia o sus propios pensamientos?”

Admitir que podría ser “mi imaginación” o que “suena descabellado” no concuerda con las verdaderas alucinaciones auditivas que esperamos de una persona que tiene una psicosis grave. A veces, pregunto al paciente si la voz es “clara como la mía ahora” y si habla con oraciones completas; las respuestas “no” restan seriedad a las alucinaciones. Sin embargo, algunos pacientes con esquizofrenia informan que sus alucinaciones auditivas parecen más pensamientos internos que voces reales externas. Las alucinaciones que ocurren sólo cuando un paciente está reviviendo un trauma también sugieren algo distinto a la esquizofrenia –trastorno de estrés postraumático, quizá. Puedo tranquilizar a un paciente como éste explicándole que esta clase de experiencia no necesariamente significa una psicosis real.

Las alucinaciones deben caracterizarse de acuerdo con su gravedad. Las **alucinaciones auditivas**, por ejemplo, pueden localizarse en un continuo: ruidos vagos → murmullos → palabras comprensibles → frases → oraciones completas.

He aquí algunas preguntas adicionales que pueden ayudarte a averiguar más acerca de las alucinaciones auditivas:

“¿Con qué frecuencia oye esta voz?”

“¿Es tan clara como mi voz ahora?”

“¿De dónde viene?” (¿De la cabeza o del cuerpo del paciente? ¿Del horno de microondas? ¿Del pasillo?)

“¿De quién es la voz?”

“¿Hay más de una voz?”

“¿Hablan de usted?”

“¿Qué dicen?”

“¿Sostienen conversaciones entre sí?”

“¿Cuál cree que sea la causa de las voces?”

“¿Otras personas pueden oír estas voces?”

“¿Cómo reacciona usted?” (Muchos pacientes se asustan de sus alucinaciones; otros sólo se sienten aturdidos)

“¿Las voces le ordenan hacer cosas?” (Si así es, ¿el paciente las obedece?) Éste es un aspecto importante: los pacientes a veces obedecen alucinaciones de órdenes, y se sabe que, en consecuencia, han infligido daños a otras personas.

Los **pensamientos audibles** constituyen una forma especial de las alucinaciones auditivas, en la que el paciente oye sus propios pensamientos pronunciados de modo tan fuerte que otros pueden oírlos. Los pensamientos audibles, las voces que hacen continuos comentarios sobre las acciones del paciente y las voces múltiples que hablan entre sí sugieren especialmente esquizofrenia.

Las **alucinaciones visuales** también pueden tener distintos grados: puntos de luz → imágenes borrosas → personas formadas (¿de qué tamaño?) → escenas o cuadros. Algunas de las preguntas recomendadas para las alucinaciones auditivas, con las modificaciones apropiadas, deben hacerse a los pacientes que confiesan tener alucinaciones visuales. En especial, te interesa saber cuándo ocurren (¿sólo cuando el paciente consume drogas o alcohol, o en otros momentos?) y cuál es su contenido. ¿Cómo responde el paciente a las alucinaciones? (Puede ser sumamente aterrador percibir caras que cambian de color o forma; una mujer se vio en el espejo ¡y percibió que se había convertido en hongo!)

Las alucinaciones visuales son en particular características de las psicosis que ocurren con el uso de sustancias o en padecimientos médicos generales. Por ejemplo, los animales pequeños o los habitantes de Lilliput aparecen con frecuencia en los informes de pacientes que experimentan delirium tremens cuando dejan de consumir alcohol por un tiempo prolongado. Los rastros del movimiento, en los que las imágenes parecen persistir en la retina del paciente, a veces aparecen entre los efectos de las drogas psicodélicas. Aunque la mayoría de los fenómenos visuales que ocurren en la esquizofrenia es ilusión o transformación de estímulos reales (como la intensificación del color, cambios en el tamaño de los objetos), los pacientes con esquizofrenia a veces también experimentan verdaderas alucinaciones visuales.

Las alucinaciones táctiles, olfativas y gustativas son comunes en los pacientes de salud mental. Estos síntomas suelen sugerir psicosis debida a trastornos como tumores cerebrales, toxicidad o ataques, aunque las alucinaciones de sensaciones corporales ocurren en la esquizofrenia. Las experiencias visuales, auditivas y táctiles también pueden presentarse en personas normales cuando se están durmiendo o despertando. Se pueden distinguir con facilidad de las alucinaciones reales porque siempre aparecen en cualquiera de estos dos momentos nada más.

Una vez una mujer me dijo: “Usted va a pensar que estoy loca, pero el año pasado, una mañana muy temprano, vi al Diablo de pie sobre mí en mi cama. Estaba por completo paralizada, no podía mover los brazos ni las piernas, ¡pero estaba totalmente consciente! Estaba tan aterrorizada, que seguía temblando una hora después.” Me dio gusto decirle que estaba cuerda, que había experimentado una combinación de imaginería hipnópica (experiencias que pueden ser auditivas o táctiles y que ocurren al despertar) con parálisis del sueño, lo cual a veces también ocurre al despertar.

Una de las alegrías de la práctica en salud mental es poder ofrecer la tranquilidad de que algunas experiencias están dentro del rango de lo normal.

Síntomas de ansiedad

La ansiedad es un miedo que no está dirigido ni es causado por nada específico que el paciente pueda identificar. Suele estar acompañada de varias sensaciones corporales desagradables.

Otros síntomas mentales pueden incluir irritabilidad, pobre concentración, tensión mental, preocupación y respuesta exagerada de sobresalto.

Explora si hay síntomas de ansiedad preguntando:

“¿Considera que se preocupa excesivamente o fuera de proporción tomando en cuenta el peligro real para usted?”

“¿Su familia le dice que es un preocupón?”

“¿Se siente ansioso o tenso gran parte del tiempo?”

Si la respuesta es “Sí”, ahonda con algunas de las preguntas que presentamos en la sección sobre ansiedad del capítulo 13.

Un **ataque de pánico** es un episodio discreto durante el cual un paciente experimenta de manera repentina ansiedad con sensaciones corporales como ritmo cardíaco acelerado, falta de aliento, temblor y sudoración, además de una larga lista de otros posibles síntomas físicos. Con frecuencia, los pacientes temen un desastre, la locura o una muerte inminente. El episodio alcanza su mayor intensidad, por lo general, después de unos minutos y disminuye media hora después.

Explora si hay crisis de pánico preguntando:

“¿Alguna vez ha tenido una crisis de pánico, es decir, un momento en el que de pronto se haya sentido tremendamente asustado o ansioso?”

Ahonda con la misma clase de preguntas que usarías en caso de otros trastornos de ansiedad (capítulo 13 y apéndice D). Las quejas de tensión interna, a veces acompañadas por una marcada inquietud, son típicas de acatisia, que se encuentra en pacientes que han usado medicamentos antipsicóticos.

Fobias

Una **fobia** es un miedo irracional e intenso asociado con algún objeto o situación. Las **fobias específicas** más comunes son a varios animales, a viajar por aire, a las alturas (**acrofobia**) y a estar encerrado (**claustrofobia**). Los tipos comunes de **fobia social** (ahora denominada **trastorno de ansiedad social** en el DSM-5) incluyen miedos a hablar en público, comer en público, usar baños públicos o escribir cuando otros podrían ver el temblor de la mano del paciente. La **agorafobia** es el miedo a estar lejos de casa o en lugares públicos.

Algunos pueden pensar que una fobia parece tan irracional como un delirio. La diferencia es que mientras el paciente fóbico reconoce cuán irracional es su miedo, el paciente delirante no lo hace.

Explora si hay fobias preguntando:

“¿Alguna vez ha tenido miedos que le parezcan irracionales o fuera de proporción, pero que simplemente no puede quitarse de encima?”

“¿Alguna vez ha tenido miedo de salir solo de su casa, o de estar entre una multitud o en lugares públicos como tiendas o puentes?”

En el caso de la ansiedad social, como el miedo a hablar en público, asegúrate de preguntar sobre el desarrollo de la ansiedad anticipatoria. En este padecimiento, la ansiedad que a menudo se siente intensa e incapacita al paciente se presenta antes de realizar un acto que el paciente teme.

Dismorfofobia es un término que se ha usado para describir la preocupación excesiva por un defecto ligero (o imaginado) en la apariencia corporal. Por lo general, estos defectos son faciales (arrugas, forma de la nariz), pero se han encontrado informes de casi cualquier parte imaginable del cuerpo. Desde luego, el paciente no puede evitar la parte del cuerpo en cuestión, así que el padecimiento en realidad no es una fobia. Ahora se denomina **trastorno dismórfico corporal** y, en el DSM-5, se clasifica junto con las obsesiones y compulsiones.

Obsesiones y compulsiones

Una **obsesión** es una creencia, idea o pensamiento que domina el contenido del pensamiento del paciente y persiste, a pesar de que el paciente reconoce su irrealidad y puede tratar de resistirse a ella. Por ejemplo, un hombre de mediana edad tuvo el pensamiento persistente de hacer algo vergonzoso, como ponerse de pie y gritar durante una celebración religiosa. Las obsesiones a menudo implican suciedad, tiempo o dinero.

Las **compulsiones** son actos que se realizan de manera repetida de un modo que el paciente reconoce como inútil e inapropiado. Con frecuencia se realizan en respuesta a (o para lidiar con) una obsesión. Algunos ejemplos:

- Contar las cosas varias ocasiones
- Hacer caso a supersticiones infundadas
- Seguir rituales (como una rutina para dormir, que, si no se sigue al pie de la letra, debe empezarse una y otra vez)

Un aspecto clave de las obsesiones y compulsiones es el hecho de que los pacientes suelen darse cuenta de que estas ideas y conductas no tienen sentido y tratan de resistirse a ellas.

Explora si hay obsesiones y compulsiones preguntando:

“¿Alguna vez ha tenido ideas o pensamientos obsesivos? Me refiero a ideas que puedan parecerle sin sentido, pero que aun así regresan siempre a usted.”

“¿Alguna vez ha tenido compulsiones, como rituales o rutinas que usted sienta que debe realizar una y otra vez, aunque trate de resistirse a ellas?” (Ten listos algunos ejemplos para el caso de que el paciente los pida)

Algunas personas no se dan cuenta de que sus conductas, pulcritud excesiva, por ejemplo, son muy poco comunes. Puede ser necesario hacer preguntas cuidadosas para encontrarlas:

“¿Qué tan ordenada está su casa? ¿Sus pertenencias personales?”

“¿Alguna vez se ha ido a dormir dejando trastes sucios en el fregadero?”

“¿Si alguien se sienta en su cama después de que la ha hecho, siente la necesidad de arreglarla otra vez?”

Un grado menor de pensamiento obsesivo es bastante común, así que es importante juzgar su gravedad. Al igual que con las fobias, la mejor forma para medirla es en términos de sus efectos en actividades escolares, laborales y en la vida familiar. En casos graves, los pacientes pueden pasar muchas horas al día ocupados lavándose las manos, poniéndose ropa o haciendo rituales en el baño sin sentido. Al igual que con las fobias, pregunta por el inicio, la duración y el tratamiento, así como por la gravedad.

Pensamientos violentos

Haya habido o no intentos previos de suicidio o de violencia dirigida contra otros, debes averiguar qué piensa el paciente ahora. Explora si hay ideas suicidas preguntando:

“¿Alguna vez ha tenido ideas o pensamientos de hacerse daño de algún modo o de matarse?”

Debido a que la mayoría de nosotros ha tenido este tipo de pensamientos alguna vez, una respuesta afirmativa podría reflejar sólo una reacción pasajera ante el estrés o una situación abrumadora de la vida. Pero sería un salto de fe injustificado y potencialmente trágico ignorar cualquier respuesta que es incluso equívoca. Debes investigar de manera minuciosa cualquier idea que descubras.

Revisa todo el material que hayas obtenido sobre los intentos de suicidio pasados (véase capítulo 9). Averigua si el paciente tiene planes actuales y medios para llevarlos a cabo. Debes preguntar:

“¿Qué se necesitaría para hacer que el suicidio sea menos atractivo?”

Considera que es serio y ominoso cualquier equivalente de la respuesta “Nada podría hacerlo”. Si encuentras esta clase de pensamiento, sobre todo si está respaldada por evidencia de consumo de alcohol o depresión actuales (sensación de no ser valioso, desesperanza, problemas de pensamiento, falta de energía, sentimientos de culpa), podrías estar frente a una situación que exige hospitalización, tal vez incluso antes de que termine la entrevista.

Las ideas de homicidio u otros actos violentos presentan una necesidad urgente de acción por parte del entrevistador. El terror a las ideas violentas se mitiga sólo con el hecho de que se encuentran con mucha menor frecuencia que las ideas suicidas. Explora si hay pensamientos de homicidio o de actos violentos contra otras personas preguntando:

“¿Alguna vez se ha sentido tan enojado o alterado que haya pensado en hacerle daño a alguien más?”

“¿Alguna vez ha tenido problemas para resistirse a ese impulso?”

Cualquier respuesta afirmativa debe ser ahondada de inmediato y comparada con la información sobre la historia que ya obtuviste. ¿Hay planes o sólo ideas? ¿El paciente tiene los medios (armas de fuego, sustancias letales) para llevar a cabo sus planes? ¿Hay fechas específicas? Es más probable que se cumpla una amenaza si se hace en contra de una persona específica, en especial una pareja sentimental, y si se hace cara a cara. Sin embargo, te aconsejo que tomes con seriedad cualquier amenaza. (Asegúrate de revisar el material detallado sobre violencia que se abordó en el capítulo 9).

Experiencias que pueden ser preocupantes, pero que suelen ser normales

Hay algunas experiencias* sobre las cuales no tienes que preguntar: o son normales o no tienen importancia diagnóstica. Sin embargo, los pacientes a veces se preocupan por dichas experiencias y hablan de ellas durante las sesiones de entrevista. Debes estar listo para dar las explicaciones necesarias.

* Si son normales, en realidad no son síntomas.

Las **ilusiones** son interpretaciones erróneas de estímulos sensoriales reales. Por lo general, son visuales y suelen ocurrir en su mayor parte cuando los estímulos visuales son muy débiles (como cuando la luz es muy tenue). Su naturaleza benigna se reconoce con facilidad en cuanto el paciente se da cuenta de su error. Tal vez tú mismo has tenido alguna experiencia de este tipo: una grieta en la pared puede parecer una espantosa serpiente, pero una vez que alumbras mejor sientes un alivio inmediato. Para distinguir las ilusiones de las alucinaciones, obtén detalles acerca de cuestiones como las circunstancias ambientales y el tiempo (quizá sólo ocurren al quedarse dormido). Aunque suelen ser normales, las ilusiones pueden encontrarse en pacientes con demencia o delirium.

El *déjà vu*, en francés "ya visto", es la sensación común de que la persona ha experimentado antes una situación o un lugar cuando probablemente no es así. La mayoría de las personas normales ha tenido esta sensación algunas veces, pero el *déjà vu* puede presentarse en la epilepsia de lóbulo temporal.

Las **ideas sobrevaloradas** son creencias que seguimos teniendo a pesar de la falta de pruebas sobre su valor. Al igual que los delirios, por lo general no se pueden desafiar mediante argumentos o lógica; a diferencia de los delirios, no es tan obvia su falsedad. Algunos ejemplos son la superioridad del género, la raza, el partido político o la religión del individuo. A veces, las ideas sobrevaloradas se mantienen hasta el punto de interferir en el funcionamiento del individuo, lo cual causa sufrimiento a la persona o a los que están a su alrededor. Un ejemplo común es el odio racial.

Puede ser difícil trazar una línea divisoria: las ideas religiosas sobrevaloradas pueden convertirse gradualmente en preocupación religiosa y, de ahí, en delirio. Anota las palabras exactas del paciente para tenerlas como línea de base para futuras revisiones.

La **despersonalización** es una alteración en la percepción de uno mismo. Las personas suelen experimentarla como una sensación incómoda de estar separadas de su propio cuerpo o mente; pueden tener una sensación extraña de verse a sí mismas o de estar en un sueño. Aunque la introspección queda intacta, pueden preocuparse por volverse locos o perder el control. En la **desrealización**, pariente cercana de la despersonalización, las personas sienten que el ambiente es lo irreal. Explora si hay experiencias de este tipo (que a menudo se presentan al mismo tiempo) preguntando:

"¿Alguna vez ha sentido que usted no es real? ¿Como si usted fuera un robot?"

"¿Alguna vez ha sentido que las cosas que lo rodean son irreales?"

La desrealización y la despersonalización son bastante comunes y, a menudo, normales; a veces se desarrollan durante un periodo de profunda angustia o de falta de sueño. Los episodios pueden durar sólo segundos, pero cuando son prolongados o constantes y lo suficientemente graves para causar angustia, el individuo puede ser diagnosticado con el trastorno de despersonalización/desrealización. Estas experiencias también pueden ocurrir durante ataques del trastorno de estrés postraumático y junto con patologías cerebrales. La depresión o la ansiedad a menudo acompañan estos síntomas.

Conciencia y cognición

En la siguiente sección del EEM, valoras la capacidad del paciente para asimilar, procesar y comunicar información. Las pruebas clínicas que solemos usar sólo brindan una aproximación, pero pueden ser una guía útil.

Para introducir estas tareas, procura tranquilizar al paciente diciéndole que éstas son preguntas de rutina que haces a todos los pacientes nuevos. Espero que evites un error común de los clínicos principiantes quienes, tal vez avergonzados de tener que hacer tales preguntas, con

mucha frecuencia las describen como “tontas”. (El paciente lógico piensa, “si son tontas, ¿por qué las hace?”). Devaluar estas tareas puede reducir la motivación para responderlas cuidadosamente. Para alguien que quiere saber por qué haces esas preguntas, la respuesta correcta es “Para ayudarme a evaluarlo”. Tampoco te puedes referir a ellas como “sencillas”, pues eso sólo aumenta la incomodidad del paciente que tiene dificultades para contestarlas. Recuerda que cualquier prueba del funcionamiento mental puede ser traumática, sobre todo cuando hay miedo al fracaso. Hacerlas mal siempre provoca estrés, y el paciente que avanza a tropezos puede necesitar un poco de apoyo:

“Las personas no pueden hacer las cosas tan bien como son capaces cuando se sienten bajo presión.”

“La mayoría de los pacientes tiene ciertas dificultades con esa tarea.”

En cualquier caso, trata de hacer hincapié en lo que el paciente es capaz de hacer:

“Lo hizo muy bien en las series de siete.”

“Está haciendo esta prueba mejor que muchos otros pacientes.”

(Desde luego, nunca debes hacer esta clase de comentarios de apoyo a menos que sean verdaderos.)

Atención y concentración

En este punto de la entrevista, ya tienes una buena idea de la **atención** (que definiremos como la capacidad para enfocarse en una tarea o tema actual) y la **concentración** (la capacidad para mantener la atención durante un periodo de tiempo mientras se rechazan otras demandas que entran en competencia con la actual) del paciente. Puedes determinar estas cualidades de una manera más formal por medio de algunos cálculos, que evalúan la capacidad para enfocarse en un estímulo. Pide a tu paciente que reste 7 de 100. Cuando ya lo hizo, pide que reste otra vez 7 del resultado anterior, y así hasta llegar a 0. La mayoría de los adultos termina en menos de un minuto con menos de cuatro errores. Recuerda que se debe considerar edad, nivel educativo, cultura y grado de depresión y ansiedad del paciente cuando evalúes su desempeño.

En lo personal, siempre que es posible, prefiero evaluar la atención durante el cuerpo de la entrevista. Esta posibilidad puede surgir, por ejemplo, cuando un paciente menciona una fecha de hace varios años. “Veamos”, digo, “¿qué edad tenía usted entonces?” Probablemente no ahonde en esta prueba si el paciente puede responder de manera correcta y parece enfocado en nuestra conversación (tal vez prolongada).

Si las restas resultan demasiado difíciles, que suponen cierto nivel de educación y facilidad con las matemáticas, pide al paciente que cuente en orden decreciente de uno en uno desde 87 hasta 63. Esta prueba de atención depende menos de las oportunidades culturales que las restas en serie. También es usual pedir al paciente que deletree en orden inverso alguna palabra, pero debemos encontrar palabras que no sean comunes. Asegúrate de que el paciente pueda deletrearla primero en orden normal. Al recordar una serie de cinco o hasta siete dígitos en el mismo orden en que se presentan y en orden inverso realiza la misma tarea y depende menos de la educación formal. La atención reducida se encuentra en pacientes con padecimientos tales como epilepsia y trastornos cognitivos, así como en pacientes con esquizofrenia y trastornos bipolares. Debido a que gran parte del procesamiento mental depende de la capacidad para enfocarse en algo, debes ser cauto al interpretar el resto de los hallazgos del EEM cuando hay afectaciones en la atención.

Orientación

Para verificar que el paciente se orienta en el espacio, pregunta:

“¿En dónde estamos [ciudad, estado, nombre de la institución]?”

Si con esto no llegas a ninguna parte, pregunta en qué tipo de lugar están. Respuestas como: “En una biblioteca” o “En la zona cero” sugieren una patología grave, pero debes tener cuidado de no sobreinterpretar lo que dice un paciente ocurrente o que no desea cooperar.

“¿Qué fecha es hoy?”

Con frecuencia, los pacientes dicen el día y el mes correctos, pero omiten el año. Asegúrate de pedir todos los componentes de la orientación en el tiempo. Los pacientes a menudo fallan por uno o dos días. Por lo general, esto no tiene importancia, sobre todo en el caso de pacientes hospitalizados quienes, alejados de sus rutinas habituales, tienden a perder la noción del tiempo.

Debe ser evidente desde los primeros momentos de la entrevista si el paciente sabe su propio nombre (orientación a la persona). Si detectas confusión en relación con el tiempo o el espacio, pregunta por la orientación a la persona:

“¿Podría decirme su nombre completo otra vez?”

Lenguaje

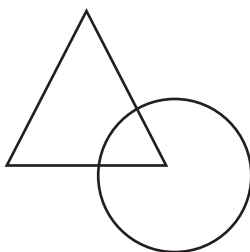
Se refiere a los medios con los cuales comprendemos y expresamos significados utilizando palabras y símbolos. Las áreas de lenguaje que se suelen evaluar son comprensión, fluidez, denominación, repetición, lectura y escritura. Su evaluación rutinaria puede ser rápida; es de especial importancia en casos de pacientes mayores y en quienes tienen enfermedades físicas. Es común que se diagnostiquen equivocadamente trastorno de somatización, trastornos cognitivos y otros padecimientos mentales cuando el paciente en realidad tiene un trastorno del lenguaje.

- El grado de **comprensión** del lenguaje debe ser evidente a partir del modo en que el paciente ha respondido en la conversación durante la entrevista. Como una sencilla prueba, pide algunas conductas complejas, por ejemplo: “Tome este bolígrafo, métele en su bolsa y luego póngalo otra vez encima de la mesa.”
- La **fluidez** del lenguaje también debe ser evidente a partir del uso de vocabulario normal y la prosodia por parte del paciente para producir oraciones de extensión normal. Debes estar alerta si el paciente titubea, masculla, tartamudea o tiene entonaciones poco comunes.
- Los problemas con la **denominación** pueden ser evidentes si, en vez de los nombres, el paciente emplea circunloquios para describir objetos de la vida cotidiana. Ejemplos de una **afasia de denominación**:
Reloj de pulsera: “Esa cosa que rodea tu muñeca.”
Bolígrafo: “Esa cosa para escribir.”

Explora si hay afasias preguntando al paciente el nombre de las partes de una silla: patas, asiento, respaldo.

- En el caso de la **repetición**, pide al paciente que repita una frase estándar sencilla: “Mañana estará soleado el día.”

- La *lectura* se puede poner a prueba pidiendo al paciente que lea una o dos oraciones. Observa que incluso en las sociedades avanzadas un pequeño porcentaje de adultos es funcionalmente analfabeta. Necesitas evaluar los resultados de ésta y otras pruebas en relación con lo que ya sabes de los antecedentes educativos del paciente. Debes estar listo para ofrecer apoyo al paciente ocasional que siente vergüenza cuando tiene dificultades en esta tarea.
- Puedes poner a prueba la **escritura** pidiendo al paciente que escriba una oración (puedes dictar algo si el paciente tiene problemas para pensar en una).
- Preguntar por los nombres de un bolígrafo y un reloj es una prueba de **disfasia expresiva**. Para esto también sirve la petición de escribir una oración que el paciente elija.
- La prueba de **apraxia** (incapacidad para realizar un acto voluntario a pesar de que las vías motrices están intactas) se realiza pidiendo al paciente que copie una figura geométrica sencilla, como ésta:



La incapacidad para reproducir los elementos básicos de esta figura (ignorar la precariedad y la rotación) podría indicar una **apraxia ideomotriz**. Las apraxias pueden originarse en una lesión del lado derecho del cerebro.

Si encuentras problemas con cualquiera de estas pruebas de exploración, la condición mental del paciente puede complicarse por una disfunción neurológica importante. Debes solicitar una evaluación neurológica.

Memoria

La **memoria** suele dividirse en tres o cuatro partes. Por comodidad, discutiremos tres: inmediata, de corto plazo y de largo plazo. Si te sientes incómodo haciendo alguna de estas preguntas, puedes introducirlas así:

“¿Alguna vez ha tenido problemas de memoria? Me gustaría hacer una pequeña prueba.”

La **memoria inmediata** (la capacidad para registrar y reproducir información después de 5 o 10 segundos) es, en realidad, más una prueba de atención, la cual ya has realizado con las series de sietes en cuenta regresiva o sólo observando la manera en que el paciente se enfoca en la entrevista. Pero puedes ponerla a prueba antes de empezar a probar la memoria de corto plazo. Nombra varias cosas como un nombre propio, un color y una dirección. Luego pide al paciente

que los repita. Esta repetición no sólo evalúa la memoria inmediata, sino también te confirma que el paciente te ha comprendido.

¿Debes advertir al paciente que después le pedirás que los repita? Hay dos posturas al respecto. Una recomienda que le avises aunque no recuerdo haber leído alguna vez la razón para hacerlo. La otra te advierte que este aviso invita al ensayo cognitivo, lo cual podría significar que algunos pacientes sacan provecho de practicar, mientras quizá no ponen suficiente atención a las preguntas que le haces entre tanto. Aunque siempre he sido partidario de esta segunda postura, quizá el tema no es tan importante; es decir, cualquier método funciona bien siempre y cuando seas consistente. Lo que quieres es obtener una idea de las respuestas normales a la manera en que haces preguntas.

Cinco minutos después, haz una prueba de **memoria a corto plazo (reciente)** pidiendo al paciente que recuerde las tres cosas. A los 5 min, la mayoría de las personas debe ser capaz de repetir el nombre, el color y la última parte de la dirección. Cuando interpretes los resultados de esta prueba, no olvides considerar el grado evidente de motivación del paciente. No poder recordar ninguna de las tres partes sugiere inatención debida a un trastorno cognitivo serio o a un estrés grave derivado de depresión, psicosis o ansiedad.

La mejor prueba de la **memoria a largo plazo (remota)** es la capacidad que muestra el paciente para organizar la información necesaria con el fin de relatar la historia del padecimiento actual. También obtendrás una buena idea a partir de la facilidad del paciente con las secuencias de eventos y nacimientos de niños, por ejemplo, material que ya habrás suscitado mientras obtienes la información acerca de la historia que ya hemos descrito. Los expertos difieren sobre cuál es la línea que divide la memoria de corto y largo plazos. La mayoría concuerda en que la información se consolida de algún modo entre 12 y 18 meses después, así que los recuerdos almacenados a largo plazo no se olvidan con facilidad. Aunque los pacientes con demencias graves como la enfermedad de Alzheimer, por lo general, retienen recuerdos de largo plazo mejor que los de corto plazo, incluso la información retenida por mucho tiempo con el tiempo se perderá una vez que la enfermedad haya progresado lo suficiente.

La **amnesia**, pérdida temporal de la memoria que suele deberse a un trauma físico y psicológico, es muy distinta a la demencia. Puede encontrarse en traumatismos en la cabeza de todos los rangos de gravedad, desmayos relacionados con el alcohol, trastorno de estrés posttraumático y trastornos disociativos. Es más difícil determinar la amnesia, ya que la respuesta natural a "¿Alguna vez ha sufrido de amnesia?" es un inútil "No me acuerdo". Entonces, podrías intentar:

"¿Ha habido periodos de tiempo de los que usted no recuerde nada en absoluto?"

"¿Otras personas han comentado alguna vez que usted tiene problemas con la memoria?"

Si encuentras amnesia, trata de determinar si es **fragmentaria** (el paciente puede recordar partes de un periodo de afectación) o en **bloque** (hay una pérdida completa de la memoria de ese periodo). Puedes tratar de cercar el vacío en la memoria con los recuerdos previos o posteriores ("¿Qué es lo último que puede recordar justo antes de que el periodo de amnesia empezara? ¿Qué es lo primero que recuerda después de dicho periodo?") También puedes indagar: "¿Alguna vez le ha pedido a sus amigos o familiares que le ayuden a reconstruir lo que sucedió entonces?"

No debes dar por hecho que los vacíos en la memoria significan que algo malo sucedió. Los clínicos han encontrado dolor persuadiendo a los pacientes de que la amnesia implica ataques o abusos, el llamado síndrome "del recuerdo falso".

A veces, encontrarás algún paciente que no sólo esté desorientado, sino que también intente esconder defectos de la memoria inventando respuestas que parecen lógicas. Esta creación inconsciente de recuerdos se denomina **fabulación**, y no significa mentir; los pacientes parecen creer en verdad en las historias que cuentan, que en su mayor parte son sobre sí mismos. Si le preguntas si se conocían desde antes, un paciente de éstos puede decir que sí a pesar de que es

la primera vez que se ven. La fabulación es característica de pacientes cuya capacidad para recordar está gravemente deteriorada debido a trastornos como el de alcoholismo crónico con deficiencia de tiamina.

Una vez, un estudiante me preguntó cuál es la diferencia entre un delirio y una fabulación. ¡Qué buena pregunta! Una persona delirante puede interpretar mal un recuerdo real, mientras que alguien que fabula trata de compensar la ausencia de un recuerdo que debería estar ahí, pero no lo está.

Información cultural

Algunos textos ya ni siquiera mencionan las tareas de información cultural, que evalúan principalmente la memoria remota del paciente y su inteligencia general. Sin embargo, éstas son partes tradicionales del EEM, así que debes conocer al menos las preguntas clásicas.

“Dígame el nombre de los cinco presidentes más recientes [o primeros ministros u otros jefes de estado], empezando por el actual.”

La mayoría de los pacientes puede nombrar cuatro o cinco presidentes (o los que correspondan) del más reciente al más antiguo. Pide que diga uno por uno. Es comprensible que muchos pacientes encuentren desalentador que les pidan “nombrar a los últimos cinco presidentes en orden cronológico inverso”. Si un paciente omite alguno, está bien tratar de dar un empujón a la memoria: “Veamos, ¿se saltó alguno?” o “Se está escondiendo entre [algún presidente] y [otro]”.

“¿Quién es el gobernador de este estado?”

“Dígame el nombre de cinco grandes ciudades.”

“Dígame el nombre de cinco ríos.”

Las precauciones en la interpretación son las mismas que en el conteo y las series de siete que mencioné antes. Otro medio para obtener una imagen bastante exacta de los intereses, la inteligencia y la memoria del paciente es preguntar acerca de sucesos actuales: resultados de eventos deportivos importantes, los nombres de los candidatos para las próximas elecciones y otras cosas relevantes de la cultura popular.

Pensamiento abstracto

La capacidad para abstraer un principio de un ejemplo específico es otra prueba tradicional que depende en gran medida de la cultura, inteligencia y educación. Contrario a lo que nos enseñaban hace medio siglo, esta capacidad no tiene nada que ver con la cordura. Abstracciones que suelen preguntarse incluyen la interpretación de refranes, semejanzas y diferencias. He aquí algunos refranes típicos que se pueden interpretar:

“¿Qué significa cuando alguien dice que el buen juez por su casa empieza?”

“¿Puede decirme qué significa: la ociosidad es la madre de todos los vicios?”

Observa que algunos refranes podrían tener más de una interpretación. Yo acepto cualquiera que sea lógica.

Las semejanzas y diferencias son más independientes de la cultura que los refranes, así que tal vez sea mejor preguntar algunas de éstas:

“¿En qué se parecen una manzana y una naranja?” (Ambas son frutas, son esféricas, tienen semillas)

“¿Cuál es la diferencia entre un niño y un enano?” (Un niño crecerá)

Pruebas de capacidad cognitiva

El Mini-Mental State Exam (o MMSE, que no se debe confundir con el MSE [*mental state exam*, examen del estado mental]) a veces también se llama *prueba Folstein* en honor de dos de sus creadores. Esta prueba requiere apenas unos minutos para su aplicación y calificación, y profundiza y cuantifica las pruebas de cognición. Un resultado menor de 24 (de 30 puntos posibles) sugiere demencia, aunque un paciente inteligente con un alto nivel educativo puede tener una puntuación más alta y requerir, en este caso, una evaluación neuropsicológica formal para determinar un trastorno neurocognitivo leve.

Durante años, el MMSE estaba disponible gratuitamente y así se convirtió en una herramienta indispensable de la evaluación rutinaria en salud mental. Por desgracia, ya no se puede reproducir en su totalidad, porque *Psychological Assessment Resources* lo comercializa (véase www.minimental.com). O puedes encontrar los criterios en el artículo original; incluí la referencia en el apéndice F.

Otra prueba de capacidad cognitiva, el *Montreal Cognitive Assessment* [Evaluación Cognitiva Montreal] (MoCA), es más sensible a las afectaciones leves que el MMSE. Además, está disponible gratuitamente en internet (véase www.mocatest.org). También tiene una puntuación máxima de 30; una puntuación menor de 26 sugiere una afectación cognitiva.

Cualquiera de estos exámenes produce sólo una aproximación de las capacidades cognitivas del paciente. Sin embargo, para tener una mayor precisión, debes solicitar una evaluación neuropsicológica formal a un psicólogo calificado.

Nota especial concerniente a la inteligencia

Las estimaciones precisas (¡vaya un oxímoron!) de la inteligencia están más allá del alcance de cualquier entrevista inicial; de hecho, de cualquier interacción que no sea una evaluación formal. La mayoría de los textos ignora este tema, que sería importante considerar al menos porque puede afectar distintos aspectos de la evaluación, sobre todo el estado cognitivo y la personalidad.

En 1983, el psicólogo Howard Gardner propuso que hay muchos tipos de inteligencia. Además de la inteligencia **lingüística** y la **lógico-matemática** (las dos esferas que constituyen la mayor parte de lo que miden las pruebas estándar), él incluye las inteligencias espacial, corporal-cinestésica, musical, interpersonal, intrapersonal, naturalista y existencial. Aunque algunos autores han sugerido que esta formulación combina inteligencia y capacidad, los múltiples aspectos de la inteligencia alientan la reconfortante noción de que todos somos buenos para algo.

No obstante, un sector importante aún se adhiere a la idea de cierto factor de inteligencia general. Más que sólo un número en la página, puede informar tu evaluación de la capacidad de una persona para lidiar con los cambios en el ambiente y alcanzar las metas en su vida. Desde luego, la inteligencia sólo puede medirse con precisión por medio de pruebas estandarizadas, pero como parte de tu valoración inicial debes contar al menos con una estimación aproximada.

Quizá puedas decir lo suficiente acerca de la inteligencia del paciente (superior, promedio, baja) con base en la información de su historia —educación, ocupación— y en tus impresiones durante la propia entrevista, tomando en cuenta edad, antecedentes culturales, nivel de alerta, cooperación, depresión y psicosis. Sin embargo, si deseas tener otro punto de referencia para hacer afirmaciones con mayor certeza, puedes hacer una rápida estimación del CI global con una prueba publicada hace casi medio siglo por Ian Wilson (la referencia está en el apéndice F). Pide al paciente que multiplique 2×3 , luego 2×6 , 2×12 y así sucesivamente. Una respuesta correcta a 2×48 produce 85% de probabilidades de que el paciente tendrá una puntuación normal o mayor en la Escala Wechsler de Inteligencia para Adultos o WAIS por sus siglas en inglés (ahora en su cuarta edición, WAIS-IV).

INTROSPECCIÓN Y JUICIO

En el contexto de la evaluación en salud mental, la introspección se refiere a la validez de las ideas del paciente acerca de cualquier problema que evalúes. El paciente introspectivo reconoce que 1) algo anda mal, 2) que puede tener implicaciones para su bienestar futuro, 3) la causa podría ser biológica, psicológica o social (lo cual excluye la influencia de demonios o extraterrestres) y 4) necesita algún tipo de tratamiento. La capacidad para participar en una psicoterapia o para comprender la psicodinámica por lo general no figura en esta evaluación.

La introspección deficiente tiene implicaciones importantes. Puede sugerir la necesidad de una hospitalización o de una cita con un tutor o un fiduciario, o de medicamentos de acción prolongada u otros tratamientos que el paciente prefiere rechazar. Por otro lado, una buena introspección puede aumentar la probabilidad de que el paciente coopere con el plan de tratamiento, tome sus medicamentos con disciplina y asista a las citas.

Para determinar el nivel de introspección, puedes preguntar:

“¿Cree que algo anda mal con usted?”

“¿Las voces que usted oye podrían deberse a alguna enfermedad?”

“¿Qué cree que las ocasiona?”

“¿Qué clase de problemas tienen las personas que vienen aquí?”

“¿Cree que tenga algún tipo de daño?”

“¿Cree que sea necesario un tratamiento?”

La introspección puede ser total, parcial o nula. Por ejemplo, un paciente con introspección parcial puede darse cuenta de que algo anda mal, pero culpa a otros de ello. La introspección también tiende a ser fluida: se deteriora con padecimientos que empeoran y mejora durante la recuperación. Una pobre introspección es típica en los trastornos neurocognitivos, depresiones graves y en cualquier psicosis (sobre todo en la esquizofrenia y en el trastorno bipolar I con rasgos psicóticos).

Debes tratar de obtener una impresión de la autoimagen del paciente preguntando:

“Desde su punto de vista, ¿cuáles son sus fortalezas?”

“¿Qué le gusta de sí mismo?”

“¿Cómo cree que lo ven otras personas?”

La evaluación del paciente de sus propias fortalezas, lo que piensa que tiene de bueno, puede ser importante para recomendar un tratamiento y aventurar un pronóstico.

Aparte de su papel en la aceptación del tratamiento recomendado, podemos pensar en el **juicio** como la capacidad para decidir sobre un curso apropiado de acción en la búsqueda de metas realistas. Algunos clínicos aún evalúan el juicio haciendo preguntas hipotéticas como:

“¿Qué haría usted si encuentra una carta con los timbres pegados?” o “¿Qué haría usted si se da cuenta de que hay un incendio en un teatro durante la función?” Estas preguntas abstractas tal vez tienen poca relación con la capacidad de una persona para arreglárselas en la vida. Mejor evítalas y haz preguntas prácticas para evaluar el juicio del paciente:

“¿Qué espera del tratamiento?”

“¿Cuáles son sus planes para el futuro?”

En el análisis final, la mejor valoración del juicio tal vez provenga del material que obtuviste en una hora o más de entrevista.

Cuando informas sobre la introspección y el juicio del paciente, procura citar detalles específicos: aspectos de la introspección que parecen ser deficientes, y da ejemplos en los que te basas. Con demasiada frecuencia, nos conformamos con hacer un juicio de valor (“El nivel de introspección del paciente es limitado”) sin decir nada más, práctica que carece de rigor y de buen juicio.

¿CUÁNDO OMITIR EL EXAMEN FORMAL DEL ESTADO MENTAL?

La respuesta obvia a la pregunta de este encabezado es “Nunca”. La razón es que, a menos que toda tu información provenga de registros impresos, puedes hacer un gran número de observaciones cada vez que tienes una conversación. La pregunta que realmente planteamos es: ¿Cuándo puedes evitar hacer las preguntas contenidas en la parte cognitiva del EEM sin correr riesgos (es decir, las preguntas que hemos citado en gran parte de este capítulo)?

En raras ocasiones no se corren riesgos al excluir alguna prueba; cada vez que lo hagas, debe ser con la idea de equilibrar los beneficios (ahorrar tiempo y evitar la posible molestia o vergüenza del paciente) y las desventajas (obtener menor información para el diagnóstico). Las desventajas de hacer las pruebas suelen ser triviales: la mayoría es rápida, y la mayoría de los pacientes acepta de bastante buena gana cualquier pregunta que plantees. No obstante, hay algunas situaciones en las que podrías abreviar el EEM omitiendo alguna prueba formal de orientación, conocimiento, atención y memoria:

El paciente ha proporcionado una historia detallada y bien organizada. Por ejemplo, un paciente externo que te consulta por un problema relativamente no amenazante (p. ej., estrés o dificultades maritales) relata con claridad una historia coherente y sin vacíos ni inconsistencias.

Los resultados de las pruebas están disponibles. Tienes el informe de una evaluación psicológica reciente, que será mucho más precisa que tus pruebas aproximadas.

El paciente ya está agotado. Si el paciente ha sido interrogado recientemente por otros examinadores y está avergonzado o enojado debido a las repetidas preguntas, puedes abreviar el examen. Esto se aplica en especial a los pacientes que tienen problemas con ciertas pruebas.

No debes omitir ninguna parte del EEM formal en las siguientes circunstancias:

Un examen forense. Estos informes pueden ser revisados minuciosamente en un juzgado penal; no dejes piedras sin remover.

Otras necesidades legales. Los procesos obligatorios, evaluaciones de competencia y exámenes ordenados para ciertos procedimientos (como terapia electroconvulsiva) casi siempre requieren un informe completo.

Registros de referencia. Por ejemplo, si sabes que necesitarás evaluar más adelante los resultados del tratamiento, es mejor que cuentes con un registro exacto de cómo se encuentra el paciente antes de iniciarlo.

Cualquier indicio de ideación suicida o amenazas de violencia. Las consecuencias personales para el paciente y las repercusiones legales potenciales en general ordenan un examen completo.

Diagnósticos importantes. Cualquier padecimiento importante (en especial trastornos psicóticos, del estado de ánimo, de ansiedad, neurocognitivos y de uso de sustancias) debe investigarse meticulosamente.

Estatus de paciente interno. Cualquier paciente lo suficientemente enfermo para estar hospitalizado merece un trabajo completo.

Posible lesión cerebral. Haz siempre un EEM completo cuando haya una historia de lesión en la cabeza o de enfermedad neurológica.

Un examinador principiante. Realizar la evaluación completa una y otra vez te permitirá conocerla bien y adquirir facilidad para llevarla a cabo.

Signos y síntomas de áreas de interés clínico

Las áreas de interés clínico son simplemente una manera de pensar acerca de la información del estado mental y de la historia del paciente. Los ocho grupos que discutiré aquí incluyen la mayoría de los signos y síntomas que un profesional de la salud mental puede encontrar. Las áreas de interés clínico deben ayudar a elaborar un diagnóstico diferencial.

Tu trabajo es obtener los hechos necesarios para evaluar la importancia de cualquiera de estas áreas que encuentres para la valoración general. Recuerda que cada una comprende varios diagnósticos clínicos que tienen síntomas en común. Para decidir qué diagnóstico es más preciso, debes indagar sobre los síntomas de cada uno de los trastornos que tengas en mente.

Como ejemplo de cómo funciona este proceso, piensa en un paciente que se queja de sentirse deprimido, triste o decepcionado. Esperarías encontrar algunos síntomas adicionales de un trastorno del estado de ánimo: rachas de llanto, desesperanza, cambios en el apetito y en los patrones de sueño, sentirse peor a ciertas horas del día, poca energía, escasa concentración, visión pesimista e ideas y conductas suicidas. La mayoría de los pacientes no tiene todos los síntomas, pero incluso un par de ellos puede sugerir que el paciente sufre algún tipo de padecimiento depresivo. En ese caso, debes averiguar si los síntomas y el curso del padecimiento apoyan el diagnóstico de algún trastorno del estado de ánimo. En otras palabras, primero obtén los datos y, luego, conociendo todos los hechos, puedes decidir qué diagnóstico se ajusta mejor a ellos.

Al discutir cada área de interés clínico, presentaré estas características:

1. Indicios o síntomas "de alerta" que te indican explorar más.
2. Los diagnósticos principales. Esta sección aborda los trastornos más importantes relacionados con esa área de interés clínico, además de los principales diagnósticos diferenciales. Marqué con un asterisco (*) los que están incluidos en la descripción de los diagnósticos que aparece en el apéndice B.
3. Información de la historia. Aquí explico brevemente la importancia de cada dato de la historia que debes averiguar.
4. Características típicas del EEM. El estado mental actual suele no ser tan útil como la historia para decidir el diagnóstico diferencial, por lo que sólo hice una lista de síntomas típicos.

A veces, es difícil saber dónde termina la historia y empieza el estado mental. Por ello, podrías encontrar que algunas características mencionadas en una sección parecen pertenecer a otra. Por ejemplo, un paciente puede informar algunos estados de ánimo que no se observan durante la entrevista.

En el apéndice D, encontrarás una entrevista semiestructurada que aborda los principales diagnósticos en salud mental. Ofrece al lector una manera de asegurarse de que ha tocado todos

los aspectos básicos en la entrevista. Sin embargo, quiero pedirte que procures no hacer entrevistas para hacer determinado diagnóstico. El propósito de la entrevista inicial es determinar qué anda mal, y no sólo encontrar evidencias que reafirmen tus suposiciones, o lo que otro clínico ha afirmado. En otras palabras, no pongas un anzuelo para atrapar un pez en particular; lo que debes hacer es tender una red para ver qué sale a la superficie.

PSICOSIS

La **psicosis** significa simplemente que el paciente ha perdido el contacto con la realidad, como se puede juzgar por la presencia de alucinaciones, delirios o asociaciones notablemente erráticas. Este padecimiento puede ser transitorio o crónico, aunque con los métodos actuales de tratamiento es muy poco común que una persona tenga periodos psicóticos prolongados.

Indicios

Los síntomas que deben hacerte considerar la psicosis como un área de interés clínico incluyen los siguientes:

- Aplanamiento emocional o afectos inapropiados
- Conducta rara
- Confusión
- Delirios
- Fantasías o ideas ilógicas
- Alucinaciones (de cualquier modalidad sensorial)
- Introspección o juicio perturbados
- Mutismo
- Distorsiones perceptuales o malas interpretaciones
- Retraimiento social
- Discurso incoherente o difícil de entender

Principales diagnósticos

Un paciente que presenta psicosis puede tener uno de tres diagnósticos principales: una psicosis orgánica (es decir, se debe a una enfermedad médica o al uso de sustancias), esquizofrenia o algún tipo de episodio del estado de ánimo, como un episodio depresivo mayor con psicosis (que podría ser señal de un trastorno depresivo mayor o de un trastorno bipolar I), o una manía grave (bipolar I). De éstos, los que se encuentran con mayor frecuencia son los episodios del estado de ánimo y la esquizofrenia. Sin embargo, aquí hay una lista más completa:

- Esquizofrenia*
- Episodio depresivo mayor*
- Episodio maniaco*
- Trastornos neurocognitivos, como delirium* debido a distintas causas
- Trastorno psicótico inducido por medicamentos/sustancias * (p. ej., debido a alcohol)
- Trastorno psicótico breve

- Trastorno esquizofreniforme*
- Trastorno esquizoafectivo*
- Trastorno delirante

Información de la historia

- **Edad de inicio.** La esquizofrenia tiende a empezar a edades tempranas (entre los 16 y 29 años); el trastorno delirante empieza a partir de mediana edad
- **Alcohol y drogas.** Muchos pacientes psicóticos usan sustancias. Verifica la cronología. Si la psicosis empezó antes, es más probable que se trate de esquizofrenia con abuso de sustancias secundario. Si el uso de sustancias empezó antes, la psicosis puede ser un diagnóstico secundario; la esquizofrenia es menos probable
- **Depresión.** Si hay una depresión grave pasada o presente, considera el diagnóstico de un trastorno del estado de ánimo con psicosis
- **Estrés ambiental.** El estrés grave que precede al inicio de la psicosis sugiere un diagnóstico de trastorno psicótico breve
- **Historia familiar.** La esquizofrenia y los trastornos del estado de ánimo tienden a estar presentes en las familias; tener un pariente con cualquiera de estos trastornos aumenta la probabilidad de que éste sea el diagnóstico del paciente
- **Duración de la enfermedad.** Mientras más tiempo haya durado la psicosis, es más probable que el diagnóstico final sea esquizofrenia
- **Falta de motivación, voluntad, interés.** Estos síntomas son típicos de las fases posteriores de la esquizofrenia
- **Inicio.** Un inicio súbito (unos días o semanas) sugiere un trastorno cognitivo o del estado de ánimo con psicosis. Mientras el inicio haya sido más gradual y lento, hasta varios años en algunos casos, es más probable que esta psicosis resulte ser esquizofrenia
- **Enfermedad física.** Las psicosis cognitivas se asocian con varios factores de riesgo para la salud: trastornos endócrinos o metabólicos, tumores, exposición a sustancias tóxicas, traumas y diversas enfermedades neurológicas y médicas
- **Episodios previos con recuperación.** Los trastornos del estado de ánimo tienden a ser padecimientos episódicos; estos pacientes tienen mayores probabilidades de recuperarse por completo que los que tienen esquizofrenia
- **Personalidad esquizoide o esquizotípica premórbida.** Los rasgos duraderos del carácter, como actitud distante, retraimiento emocional, pocos amigos, creencias o conductas raras, a veces preceden al inicio de la esquizofrenia
- **Desempleo o actividad laboral reducida.** Si el paciente ha estado desempleado o subempleado por varios años, y sobre todo si la actividad laboral baja continúa después de la recuperación de un episodio agudo, es más probable que se trate de esquizofrenia que si se desempeñó en un trabajo de alto nivel de exigencia hasta hace poco
- **Observa los síntomas de primer grado.** Un conjunto muy discutido de alucinaciones y delirios son los síntomas de primer grado de Kurt Schneider, quien creía que cualquiera de ellos era una característica diagnóstica de la esquizofrenia. Aunque la investigación subsiguiente ha mostrado que los pacientes con otros trastornos también pueden informar estos síntomas, encontrarás el concepto de síntomas de primer grado con la suficiente frecuencia para justificar este breve listado:

Pensamientos audibles

Percepción delirante, en la que una observación normal tiene una importancia anormal para el paciente; por ejemplo, cuando a un paciente le sirvieron un sándwich de queso asado, el "sabía" que su tía estaba a punto de morir

Delirios de influencia
 Delirios de control mediante el pensamiento
 Más de una voz hablando del paciente
 Voces comentando sobre las acciones del paciente
 Alucinaciones somáticas (sensaciones corporales producidas por influencia externa)
 Transmisión de pensamientos

Examen del estado mental

Apariencia y conducta	Alucinaciones (cont.)
Anormalidades del movimiento	Auditivas
Actividad reducida	¿Voces?
Paso	Si así es, ¿de quién?
Postura	¿Pensamientos audibles?
Rigidez	Visuales
Negativismo	Táctiles
Muecas	Gustativas
Estereotipias	Olfativas
Ropa excéntrica o desaliñada	Delirios
Estado de hiperalerta	Muerte
Descuido de la higiene	Erotomanía
Estado de ánimo	Grandeza
Plano o absurdo	Culpa
Confusión respecto de la identidad	Salud precaria, cambios corporales
Curso del pensamiento	Celos
Discurso restringido en cantidad	Pasividad
Mudo	Persecución
Incoherente	Pobreza
Asociaciones erráticas	Autorreferencia
Ideas ilógicas	Lenguaje, por lo general, sin afectaciones
Preocupado con fantasía	Cognición, por lo general, intacta
Contenido del pensamiento	Introspección, a menudo, ausente
Alucinaciones: ¿Cuándo? ¿Dónde?	El juicio puede estar deteriorado en la fase aguda

PERTURBACIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO: DEPRESIÓN

La **depresión** implica un estado de ánimo que se puede describir como "triste", "bajo" o "melancolía", así como "deprimido". Este estado de ánimo bajo debe ser persistente, por lo general, una semana o dos al menos. A menudo se describe como un cambio marcado en relación con el estado de ánimo normal del paciente. Algunas personas dicen que no se sienten deprimidas; simplemente no experimentan placer (estado llamado **anhedonia**). La información necesaria para la historia del padecimiento actual aborda la causa de la depresión (véase más adelante) y la gravedad.

Indicios

Debes investigar una probable depresión si el paciente presenta cualquiera de los siguientes síntomas:

- Un nivel de actividad notablemente disminuido o aumentado (agitado)
- Síntomas de ansiedad
- Cambios de apetito

- Poca concentración
- Deseos de muerte
- Estado de ánimo deprimido
- Disminución de los intereses en actividades habituales (incluyendo la sexual)
- Insomnio o sueño excesivo
- Ideas suicidas
- Llanto
- Uso de drogas o alcohol
- Pérdida o aumento de peso
- Sensación de no valer nada

Principales diagnósticos

Muchas de las enfermedades físicas que producen psicosis también pueden llevar a la depresión. Sin embargo, el principal problema con el diagnóstico es diferenciar la depresión **primaria** (o depresión que es cronológicamente el primer trastorno que aparece) de la depresión **secundaria** (o depresión que empieza después y es causada por otro trastorno mental o de personalidad). Los principales diagnósticos que se deben considerar son:

- Episodio depresivo mayor* (como parte de un trastorno depresivo o de un trastorno bipolar I o bipolar II)
- Melancolía*
- Distimia (ahora llamada trastorno depresivo persistente en el DSM-5)*
- Trastorno disfórico premenstrual
- Patrón estacional de un trastorno del estado de ánimo
- Depresión secundaria

Información de la historia

- **Alcohol y drogas.** El uso de sustancias es el principal hallazgo que precede al inicio de la depresión secundaria
- **Anhedonia.** El paciente no puede sentir placer. En algunos, esta sensación puede ser otra posibilidad distinta del estado de ánimo de depresión
- **Características atípicas.** La depresión relacionada con el estrés puede tener síntomas de exceso de sueño (hipersomnía), aumento del apetito y aumento de peso; los pacientes pueden sentirse mejor en las mañanas y cuando están con personas que les agradan. Estas características se denominan **atípicas** porque los pacientes deprimidos, por lo general, tienen insomnio, se sienten mejor en las tardes, se quejan de una disminución del apetito y de pérdida de peso y no se sienten mejor entre personas de su agrado
- **Cambios del yo.** Los pacientes que tienen episodios deprimidos bipolares graves o depresión unipolar con frecuencia informan que la manera en que se sienten es un "cambio radical en relación con la manera en que solían sentirse"
- **Estrés ambiental.** Cualquier factor estresante ambiental grave puede asociarse con el estado de ánimo deprimido. Una depresión que remite en cuanto el estresante desaparece se denomina **reactiva**. Las depresiones no relacionadas con factores estresantes se llaman **endógenas** (que surgen del interior); las personas a veces las describen como "salen de la nada". Las depresiones reactivas suelen ser menos graves que las de tipo endógeno, y es menos probable que requieran tratamiento

- **Padecimiento episódico.** ¿Hubo episodios previos de depresión? ¿El paciente se recuperó por completo? Las respuestas "Sí" sugieren episodios depresivos bipolares, depresión unipolar o un trastorno del estado de ánimo con un patrón estacional (véase más adelante). Una depresión crónica y de baja intensidad que ha estado presente durante años es típica del trastorno depresivo persistente (distimia)
- **Historia familiar del trastorno del estado de ánimo.** Éste es un hallazgo típico en el trastorno del estado de ánimo grave, que con frecuencia se hereda al menos parcialmente.
- **Falta de decisión.** La incapacidad para tomar una decisión, incluso si se trata de detalles sin importancia, es un emblema de la depresión grave
- **Aislamiento.** Alejarse de los amigos o familiares sugiere una depresión grave como la melancolía
- **Manía.** La distinción entre un episodio depresivo bipolar y el trastorno depresivo mayor puede hacerse con facilidad con información de los episodios previos de manía
- **Abandono de los pasatiempos y actividades.** La pérdida de interés en actividades habituales acompaña a la depresión grave
- **Patrón premenstrual.** Las mujeres cuyos síntomas depresivos se presentan principalmente antes del inicio de sus periodos pueden tener un trastorno disfórico premenstrual
- **Pérdidas recientes (duelo).** Éste es otro factor ambiental estresante común que puede preceder a la depresión
- **Patrón estacional.** Algunos pacientes informan un inicio regular de la depresión en una estación del año en particular (por lo común, otoño o invierno), con una remisión total posterior (por lo general, en la primavera). Se puede diagnosticar a estos pacientes con un trastorno del estado de ánimo con patrón estacional
- **Interés en el sexo disminuido.** La pérdida de la libido es un síntoma clásico de la depresión moderada a grave
- **Ideas, intentos de suicidio.** En el caso de cualquier depresión, pregunta acerca de la seriedad psicológica y física de los intentos previos. ¿Hay ideas actuales acerca del suicidio? ¿El paciente tiene un plan y los medios para llevar a cabo las ideas?
- **Problemas para pensar o concentrarse.** Estos síntomas se suelen encontrar en depresiones moderadas a graves
- **Síntomas vegetativos.** Insomnio terminal (el paciente se despierta muy temprano y no puede volver a dormir), disminución del apetito, pérdida de peso y energía baja o fatiga son típicos de las depresiones graves con melancolía. Los pacientes tienden a sentirse mejor en las tardes que en las mañanas, y no mejoran mucho con las personas cuya compañía normalmente disfrutan

Examen del estado mental

Apariencia y conducta

Llanto
 Disminuye la atención a la apariencia
 Disminuye el interés en actividades habituales
 Acciones más lentas
 Agitación
 Estado de ánimo
 Cara triste
 Ansiedad
 Curso del pensamiento
 Desacelerado
 Contenido del pensamiento
 Sentimientos de culpa
 Rumia

Contenido del pensamiento (cont.)

"Sería mejor estar muerto"
 Deseos de muerte
 Ideas, planes suicidas
 Delirios congruentes con el estado de ánimo
 Culpa
 Pecado
 Sensación de no valer nada
 Salud precaria
 Pobreza
 Lenguaje, por lo general, intacto
 Cognición
 Por lo general, intacta
 Puede tratarse de una "pseudodemenia"

Desesperanza
Sensación de no valer nada
Pérdida de placer

Introspección y juicio
Puede negar sentirse deprimido
Puede negar la posibilidad de mejorar

PERTURBACIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO: MANÍA

Los pacientes maníacos describen su estado de ánimo como “elevado”, “hiper”, “exaltado”, “excitado” o “eufórico”; a veces son bastante irritables. Aunque la condición maníaca se ha reconocido desde hace más de 100 años, estos pacientes con frecuencia se diagnostican incorrectamente como esquizofrénicos. A veces se pueden presentar trastornos cognitivos con síntomas de manía.

Indicios

Considera la manía cuando te encuentres con cualquiera de los siguientes síntomas:

- Aumento del nivel de actividad
- Distractibilidad
- El sí mismo se considera grandioso
- El juicio se deteriora
- Estado de ánimo eufórico o irritable
- Planeación de muchas actividades
- Disminución del sueño (necesidad reducida de dormir)
- Discurso rápido, fuerte y difícil de interrumpir
- Uso de sustancias de reciente comienzo o aumento
- El pensamiento pasa con rapidez de una idea a otra

Principales diagnósticos

La mayoría de los pacientes maníacos también tienen episodios (a menudo graves) de depresión. La ciclotimia, padecimiento más leve en el que los estados de ánimo elevados que no son psicóticos alternan con estados depresivos, es otra posibilidad que se debe considerar. Los diagnósticos diferenciales incluyen los siguientes:

- Manía* (trastorno bipolar I, episodio maníaco)
- Trastorno bipolar II
- Ciclotimia
- Trastorno del estado de ánimo orgánico

Información de la historia

- **Abuso de alcohol.** A veces, esto puede ser un intento para reducir los sentimientos desagradables de estar acelerado
- **Concentración disminuida.** A menudo, los pacientes maníacos empiezan proyectos que no concluyen

- **Padecimiento episódico.** Un episodio previo de manía o depresión con recuperación completa suele afianzar el diagnóstico. Si así es, busca específicamente ciclos rápidos (cuatro o más cambios de estados de ánimo entre elevados y decaídos en el curso de un año). Estos episodios, que pueden durar apenas unos cuantos días, tienen implicaciones para el tipo de tratamiento que puede ser eficaz
- **Insomnio.** Se experimenta a menudo como una necesidad reducida de dormir
- **Juicio pobre.** Éste aparece como una historia de derroche de dinero, problemas legales o indiscreciones sexuales
- **Aumento de la libido.** La euforia maníaca puede llevar a la promiscuidad, embarazos y al riesgo de enfermedades de transmisión sexual
- **Cambios de personalidad.** En casos extremos, una persona normalmente tranquila y sin pretensiones de manera abrupta se vuelve bulliciosa, malhumorada y discute mucho
- **Enfermedades físicas.** Una desinhibición similar a la manía puede encontrarse después de un trauma en la cabeza y en varias enfermedades como tumores cerebrales y trastornos endócrinos
- **Relaciones interrumpidas.** Los amigos y familiares tienen dificultades para lidiar con los notables cambios conductuales
- **Aumento de la sociabilidad.** Los pacientes maníacos pueden disfrutar excesivamente las fiestas y otras reuniones sociales
- **Problemas relacionados con el trabajo.** La pérdida de concentración y la preocupación por los planes grandiosos contribuyen a que baje el desempeño en el empleo o la escuela

Examen del estado mental

Apariencia y conducta	Curso del pensamiento (cont.)
Excitada, agitada	Juegos de palabras, bromas
Hiperactiva	Distraíble
Aumento de energía	Contenido del pensamiento
Volumen alto al hablar	Confianza en sí mismo
Ropa extravagante o rara	Aumento de la religiosidad
Puede ser amenazante o agresiva	Lleno de esquemas y planes
Estado de ánimo	Grandiosidad que puede ser delirante
Eufórico	Lenguaje, por lo general, intacto
Irritable	Cognición, por lo general, intacta
Cambios rápidos del estado de ánimo	Introspección y juicio
Curso del pensamiento	Falta de introspección respecto al hecho de estar enfermo
Pensamientos acelerados	Juicio pobre (se niega a la hospitalización o el tratamiento)
Fuga de ideas	
Discurso apresurado	

TRASTORNOS DE USO DE SUSTANCIAS

El abuso de sustancias se define en relación con la cultura en la que se presenta. En la mayor parte de nuestra cultura (algunas religiones como los mormones, p. ej., son excepciones importantes), la mayoría de los adultos usa sustancias, como la cafeína. El hecho de considerar que una persona abusa de una sustancia depende no sólo de la cantidad y frecuencia de su consumo, sino también de las consecuencias de esta conducta. Éstas pueden ser conductuales, cognitivas, económicas y físicas. Muchas de ellas también afectan a la sociedad en su conjunto.

Indicios

Los siguientes síntomas deben hacerte considerar el diagnóstico de trastorno de uso de sustancias:

- Consumo de alcohol de más de una o dos bebidas al día
- Arrestos o problemas legales
- Problemas económicos: el paciente gasta dinero necesario para otros fines
- Problemas de salud: desmayos, cirrosis, dolor abdominal, vómito
- Consumo de sustancias ilegales
- Pérdida del empleo, retardos, descensos
- Deterioro de la memoria (desmayos por el consumo de alcohol o drogas)
- Problemas sociales: peleas, pérdida de amigos

Principales diagnósticos

En el DSM-5, estos trastornos se denominan trastornos de uso de [nombre de la sustancia] y trastornos [psicótico, del estado de ánimo, etc.] inducidos por [sustancia/medicamento]. Los trastornos neurocognitivos inducidos por sustancias, síndromes cerebrales que muchas personas que consumen sustancias en grandes cantidades también pueden tener en algún momento, se consideran en la sección "Dificultades del pensamiento (problemas cognitivos)".

Los tipos de sustancias que, se sabe, están sujetos a un consumo excesivo se citan abajo. Muchos consumidores usan más de uno de estos tipos.

- Alcohol
- Anfetaminas
- Cannabis
- Cocaína
- Alucinógenos (incluyendo la fenciclidina [PCP, siglas en inglés])
- Inhalantes
- Nicotina
- Opiáceos
- Sedantes, hipnóticos, ansiolíticos

El uso de sustancias puede ser un diagnóstico único, pero a menudo está asociado con otro diagnóstico importante de salud mental o de trastorno de la personalidad. Los que debes buscar en especial son los siguientes:

- Trastornos del estado de ánimo (depresión y manía)
- Esquizofrenia
- Trastorno de somatización (trastorno con síntomas somáticos en el DSM-5)
- Trastorno de la personalidad antisocial

Información de la historia

- **Abuso.** Antes se usaba para denotar a quienes tenían problemas derivados del uso de sustancias, pero no eran, en realidad, dependientes. Ahora, este término debe entenderse

simplemente como el uso de cualquier sustancia, incluyendo las de prescripción médica, que sea mayor de lo que es bueno para el individuo

- **Actividades para surtirse.** Éstas incluyen venta de drogas, robo, asalto y prostitución
- **Edad de inicio.** ¿Qué edad tenía el paciente cuando empezó a consumir sustancias? En el caso del alcohol, las mujeres pueden empezar el consumo a una edad mucho mayor que los hombres
- **Cronología.** Si hay un trastorno mental asociado, ¿cuál apareció primero? Por ejemplo, si el alcoholismo precedió a la depresión, ésta puede considerarse secundaria
- **Dependencia.** La dependencia significa, en esencia, que la conducta de la persona cambia a causa del consumo de sustancias. Los siguientes síntomas son del tipo de alteraciones conductuales que el DSM-5 usa para definir un trastorno de uso de sustancias. (Los primeros dos no suelen aplicarse al cannabis ni a los alucinógenos)
 1. Tolerancia (el paciente necesita mayores cantidades de la sustancia para experimentar el mismo efecto u obtiene efectos menores con la misma dosis)
 2. Abstinencia (el paciente experimenta síntomas de abstinencia típicos del uso de sustancias o toma más para evitar la abstinencia)
 3. El paciente consume cantidades mayores de las que él quisiera
 4. El paciente intenta sin éxito controlar el uso de la sustancia
 5. El paciente dedica mucho tiempo a conseguir o consumir la sustancia o a recuperarse de sus efectos
 6. El uso de la sustancia provoca que el paciente deje de hacer actividades laborales, educativas, sociales o recreativas importantes
 7. A pesar de que está consciente de los problemas físicos y psicológicos que ha causado la sustancia, el paciente sigue consumiéndola
 8. El paciente usa en repetidas ocasiones la sustancia aun cuando es físicamente peligroso (como al conducir bajo sus efectos)
 9. A causa del uso repetido, el paciente no puede cumplir con sus principales obligaciones en casa, el trabajo o la escuela (ausencias constantes, negligencia con los hijos o la casa, bajo desempeño en el trabajo)
 10. El paciente sigue usando la sustancia a pesar de saber que ha causado problemas interpersonales o sociales, o los ha empeorado (peleas, discusiones)
 11. Por último, el paciente tiene antojo de la sustancia. Desde luego, este intenso deseo no es en sí mismo una conducta, sino el impulso que está detrás de los síntomas antes mencionados
- **Trastornos emocionales/conductuales.** Entre las complicaciones de especial frecuencia se encuentran la psicosis, los trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y delirantes, y el delirium causado por la abstinencia
- **Frecuencia de su uso.** ¿Con qué frecuencia se ha usado cada sustancia? ¿El patrón ha cambiado con el episodio actual?
- **Problemas de salud.** ¿Hay problemas como cirrosis, trastornos estomacales, emaciación, tuberculosis o problemas respiratorios que sugieran un deterioro de la salud?
- **Problemas legales.** ¿El paciente ha sido detenido o encarcelado por posesión o venta de sustancias, o por actividades ilícitas para financiar su abastecimiento? Una historia de actividad criminal causada por la necesidad de obtener dinero para comprar drogas debe distinguirse del trastorno de la personalidad antisocial (que puede ser el diagnóstico correcto si las actividades ilegales se han llevado a cabo cuando el paciente está limpio y sobrio)
- **Compartir agujas.** Si se informa un uso intravenoso, ¿el paciente ha usado alguna vez agujas sucias? ¿Ha tenido hepatitis? ¿Cuál es el examen de VIH más reciente que se ha practicado?

- **Patrón de uso.** ¿El uso ha sido continuo, episódico o de atracones? Si hay más de una droga implicada, ¿cuál es el patrón de cada una?
- **Cambio de personalidad.** ¿De qué manera el uso de la droga afectó las relaciones del paciente con otros? ¿Ha habido una pérdida general de motivación (que es más probable con el uso de largo plazo de cannabis o alucinógenos)?
- **Problemas de relación.** Éstos incluyen divorcios, separaciones y peleas. Algunas parejas permanecen juntas sólo porque comparten el interés en las drogas
- **Vía de administración.** Puede usarse cualquiera de los siguientes medios: tragar, inhalar, fumar, subcutáneo, intravenoso, rectal, vaginal

Examen del estado mental

Apariencia	Lenguaje
Cara rojiza	Fluidez reducida (masculla, discurso mal articulado)
Temblores	Cognición
Desaliño	Puede mostrar signos cognitivos si hay un trastorno neurocognitivo concomitante
Estado de ánimo	Introspección y juicio
Deprimido	Puede rechazar el diagnóstico
Ansioso	A menudo, los pacientes rechazan el tratamiento o firman su salida en contra de las recomendaciones
Beligerante	
Curso del pensamiento	
Con frecuencia habla mucho	
Contenido del pensamiento	
Llorón	
Demandante	
Alucinaciones	
Con mayor frecuencia, visuales	
Pueden ser auditivas	

PROBLEMAS SOCIALES Y DE PERSONALIDAD

Los rasgos de personalidad son patrones de conducta o pensamiento que persisten a lo largo de la vida adulta. Para poder hacer el diagnóstico de trastorno de la personalidad, los rasgos deben ser lo suficientemente notables para causar un deterioro funcional (laboral/educativo, social o emocional) o angustia personal en el paciente.

Indicios

Debes considerar los problemas sociales y de personalidad siempre que el paciente presente alguna de las siguientes características:

- Ansiedad
- Conductas que parecen raras o extrañas
- Presentación dramática
- Abuso de alcohol o drogas
- Conflictos interpersonales
- Problemas laborales

- Dificultades legales
- Conflictos maritales

Los trastornos de la personalidad deben distinguirse de los problemas ordinarios de la vida que no son trastornos mentales. Estos últimos pueden incluir funcionamiento intelectual límite, problemas académicos, maritales y familiares, y duelos sin complicaciones.

Principales diagnósticos

Aunque se han propuesto muchos trastornos de la personalidad a lo largo de los años, sólo los 10 que aparecen abajo pertenecen a un diagnóstico oficial en la actualidad oficial en la actualidad. Los pacientes adultos que no cumplen en su totalidad los criterios de alguno de estos diagnósticos, pero tienen afectaciones antiguas del sí mismo (es decir, identidad o autodirección) y afectaciones de naturaleza interpersonal (empatía o intimidad) pueden ser diagnosticados con un trastorno no específico de la personalidad.

- Antisocial*
- Por evitación*
- Límite*
- Dependiente
- Histriónico
- Narcisista*
- Obsesivo-compulsivo (trastorno de la personalidad)*
- Paranoide
- Esquizoide
- Esquizotípico*

Los diagnósticos diferenciales importantes de cualquier trastorno de la personalidad, incluyendo otros además de los 10 que gozan de reconocimiento oficial y que aparecen en la lista anterior, incluyen estos trastornos mentales:

- Trastorno bipolar I*
- Trastorno depresivo mayor*
- Distimia (trastorno depresivo persistente)*
- Esquizofrenia*
- Trastorno delirante*
- Trastornos de uso de sustancias
- Trastorno obsesivo-compulsivo*
- Cambio de personalidad debido a enfermedad médica

Información de la historia

Se han relacionado muchos rasgos con los trastornos de la personalidad. Para fines descriptivos, he usado varios encabezados comunes. Esta lista no pretende estar completa; presenta rasgos que los clínicos consideran importantes para definir los trastornos de la personalidad que se reconocen en la actualidad. Se trata de cierta información que debes explorar en busca de un diagnóstico de trastorno de la personalidad.

- **Crueldad.** Fuerza a otros a la actividad sexual; se aprovecha de los demás en beneficio propio; humilla a otros en público; usa una disciplina severa; siente placer por el sufrimiento de los demás
- **Carga resentimientos**
- **Delincuencia infantil.** Falta a clases; empieza las peleas; pelea con armas; huye; es cruel con los animales y las personas; destruye las propiedades ajenas e inicia incendios
- **Sumisión excesiva.** Acepta realizar tareas desagradables para agradar a los demás; está de acuerdo con las personas para no ser rechazado
- **No se preocupa por los demás.** Es egocéntrico, incapaz de reconocer los sentimientos de los demás
- **Rechaza las críticas.** Le molestan las sugerencias útiles; los demás lo lastiman con demasiada facilidad
- **Deshonestidad.** Historia de mentiras frecuentes; historia de robos, asaltos o estafas a otras personas
- **Impulsividad.** Vaga sin un hogar fijo; indiscreciones sexuales; robo a tiendas; indiferencia temeraria hacia su propia seguridad
- **Indecisión.** Evita tomar decisiones o depende de los demás para hacerlo; no tiene metas definidas
- **Indiferente a los elogios**
- **Inflexibilidad.** Reacio a hacer cosas que se salgan de la rutina; perfeccionismo que dificulta terminar las tareas; preocupación por las reglas, listas y el orden; no ve el bosque por ver los árboles; se resiste a que los otros hagan las cosas a su propio modo; rígido en cuanto a la moral y la ética
- **Inseguridad.** Se siente incómodo cuando está solo; no se relaciona con los demás a menos que esté seguro de que les agrada; temeroso de ponerse en vergüenza en situaciones sociales; exagera los riesgos de hacer algo fuera de lo habitual; tiene miedo de ser abandonado; se siente desamparado e incómodo, así que evita estar solo
- **Irresponsabilidad.** No cumple con sus obligaciones económicas de proveer a su familia o pagar deudas; no es capaz de mantener un empleo; no hace una parte razonable del trabajo; "olvida" sus obligaciones; pospone las cosas
- **Inestabilidad del estado de ánimo.** Su estado de ánimo fluctúa con mayor rapidez y amplitud de lo que suele considerarse normal de acuerdo con las circunstancias. Puede ser iracundo; temperamento explosivo
- **Agresión física.** Peleas o ataques
- **Conserva objetos sin valor**
- **Impulso sexual bajo**
- **Poca sociabilidad.** Es un solitario (prefiere las actividades solitarias); se siente incómodo en situaciones sociales o con extraños; evita las relaciones cercanas
- **Tacañería.** Falta de generosidad con el dinero y el tiempo
- **Ideas o conductas suicidas; autolesiones no suicidas**
- **Desconfianza.** Renuencia a confiar en los demás; desairado con facilidad; encuentra sentidos ocultos en comentarios o situaciones inocentes; espera ser explotado o dañado por los demás; cuestiona la lealtad de sus amigos o la fidelidad de su cónyuge/pareja
- **Confía en los demás excesivamente.** Elige de manera crónica compañeros o situaciones que lo hacen sentirse decepcionado
- **Relaciones interpersonales inestables**
- **Adicción al trabajo**

Examen del estado mental

Apariencia y conducta	Hiperalerta
Carece de sentido del humor	Inclinación por discutir
Parece tenso	Sospecha que hay sentidos ocultos
Reacio a confiar	Fantasías de éxito, poder
Practica la seducción sexual de una manera inapropiada	Ideas autorreferenciales (p. ej., "como si" extraños hablaran del paciente)
Demasiada preocupación por su apariencia y por ser atractivo	Creencias raras, supersticiones o pensamiento mágico, ilusiones
Estado de ánimo	Incertidumbre sobre la identidad (autoimagen, orientación sexual, metas a largo plazo, valores)
Hostil o defensivo	Pide con frecuencia seguridad o aprobación; busca elogios
Carácter; enojo intenso, inapropiado	Teme sentirse avergonzado
Discurso y conducta exageradamente emocionales	Se juzga a sí mismo y/o a los demás
Niega experimentar emociones fuertes	Sin razón, devalúa a las figuras de autoridad
Se siente vacío o aburrido	Lenguaje: no hay anomalías típicas
No tiene remordimientos por lastimar a los demás	Cognición: no hay anomalías típicas
Emociones superficiales, cambiantes	Introspección y juicio
Apatía	Exagera sus logros
Afecto limitado o inapropiado	No tiene remordimientos por su conducta
Sereno, distante o absurdo	Siente que los demás hacen demandas irracionales
Curso del pensamiento	Sobrealvalora su propio trabajo; se da mucha importancia; siente que sus problemas son únicos; siente que tiene derechos especiales
Discurso vago	
Discurso raro (vago, decreciente, empobrecido)	
Contenido del pensamiento	
Espera ser explotado	
Cuestiona la lealtad de sus amigos	

DIFICULTADES DE PENSAMIENTO (PROBLEMAS COGNITIVOS)

Una gran variedad de alteraciones físicas y químicas pueden interferir en el pensamiento. Estas causas incluyen las siguientes:

- Tumores cerebrales
- Traumas en la cabeza
- Hipertensión
- Infecciones
- Trastornos metabólicos
- Complicaciones posteriores a las cirugías
- Epilepsia
- Sustancias tóxicas o abstinencia de sustancias psicoactivas
- Deficiencia de vitaminas

Indicios

Cualquiera de los siguientes es razón suficiente para seguir investigando los problemas cognitivos:

- Conducta extraña
- Confusión
- Reducción del juicio
- Delirios
- Alucinaciones

- Defectos de la memoria
- Fluctuaciones del estado de ánimo
- Historia de ingesta de toxinas

Principales diagnósticos

La disfunción física o química del cerebro produce anomalías en la conducta o el pensamiento que pueden ser temporales o permanentes. Entre los tipos de problemas se encuentran los siguientes:

- Síndrome amnésico
- Trastornos de ansiedad
- Delirium*
- Trastorno delirante
- Demencia (el DSM-5 la llama trastorno neurocognitivo mayor)*
- Trastornos disociativos
- Intoxicación y abstinencia
- Psicosis de intoxicación o abstinencia
- Trastorno del estado de ánimo
- Cambio de personalidad debido a enfermedad médica

Los diagnósticos diferenciales importantes incluyen los que están marcados con asterisco en la lista anterior y éstos:

- Depresión*
- Esquizofrenia*
- Trastornos de uso de sustancias*

Observa que el delirium y la demencia pueden coexistir.

Información de la historia

- **Edad de inicio.** La demencia se encuentra principalmente en personas mayores; el delirium es común en niños y en personas mayores. Cualquiera puede ocurrir en un amplio espectro de edades
- **Curso.** Puede ser estable, fluctuar, deteriorarse o mejorar. Si el daño es estructural (como ocurre después de un trauma cerebral masivo), tiende a haber una disfunción permanente aun cuando puedan presentarse mejorías. Los pacientes con demencia (como la que es causada por la enfermedad de Alzheimer) tienden a deteriorarse progresivamente
- **Trastorno depresivo.** Es de especial importancia conocer la historia de depresión y las características depresivas actuales, porque la pseudodemencia, una de las posibles presentaciones de la depresión grave, es un trastorno del estado de ánimo por completo tratable que no es, en absoluto, un trastorno neurocognitivo
- **Dificultades para cuidar de sí mismo.** A menudo, esto es lo que conduce a los miembros de la familia a llevar a los pacientes con demencia a que reciban atención
- **Síntomas fluctuantes y estado mental.** Estas fluctuaciones son características especialmente del delirium
- **Trauma en la cabeza.** El trauma puede producir un hematoma subdural, que causa síntomas días o semanas después. Una hemorragia intracraneal también puede causar un

hematoma epidural, que produce síntomas horas o días después. También tienes que estar atento a la pérdida de memoria que puede resultar de las conmociones cerebrales

- **Impulsividad.** Los pacientes con demencia pierden la capacidad para juzgar cuáles son las conductas aceptables; en consecuencia, actúan llevados por impulsos que antes habrían suprimido. En reacción al miedo o la confusión, los pacientes delirantes o con demencia pueden huir. Los pacientes con demencia pueden gastar su dinero sin darse cuenta, aunque esta conducta se presenta sin la cualidad de ser grandiosa como en la manía
- **Pruebas de laboratorio.** Éstas deben ser consistentes con la causa que se sospecha de cualquier trastorno cognitivo
- **Pérdida de memoria.** La memoria defectuosa es característica de las demencias. La memoria reciente es afectada en la mayoría de las ocasiones, aunque la memoria de largo plazo también puede estar implicada en las demencias graves. Algunos pacientes tratan conscientemente de compensar sus déficits de memoria fabulando, es decir, inventando historias
- **Inicio.** El desarrollo de síntomas puede ser rápido o insidioso, dependiendo de la causa y la naturaleza del trastorno. Un inicio rápido es característico de los trastornos causados por derrames cerebrales, infecciones o traumas; los defectos derivados de deficiencias vitamínicas y tumores cerebrales pueden desarrollarse gradualmente
- **Cambio de personalidad.** Muchos síntomas de los trastornos cognitivos implican un cambio respecto de la personalidad previa del paciente. Éstos incluyen arranques de ira o beligerancia, retraimiento social, embrutecimiento de la conducta (bromas toscas) y descuido del acicalamiento o la higiene. Un paciente con demencia tipo Alzheimer que siempre había visto con buenos ojos la diversidad racial gritó comentarios racistas. Puede desarrollarse una pulcritud excesiva (a veces llamada **orden orgánico**)
- **Síntomas psicóticos.** Pueden presentarse delirios, sobre todo de carácter persecutorio, en la demencia (pacientes con Alzheimer con frecuencia creen que las personas les roban). Los delirios pueden ser indistinguibles de los de la esquizofrenia. En el delirium se presentan comúnmente alucinaciones, que suelen ser visuales
- **Cambios en el ciclo sueño-vigilia.** Los pacientes delirantes, por lo general, son somnolientos, aunque algunos tienen dificultades para quedarse dormidos; se presentan sueños vívidos o pesadillas
- **Intentos de suicidio.** La presencia de conductas suicidas debe hacerte considerar el diagnóstico de depresión mayor, aunque los intentos (y las culminaciones) también pueden presentarse en las demencias

Examen del estado mental

Apariencia y conducta

Desaliñado
Temblores
Inquietud
Hurgarse la ropa de dormir o de vestir

Estado de ánimo

Afecto soso o superficial
Enojo
Ansiedad
Apatía
Depresión
Euforia
Temor
Irritabilidad

Curso del pensamiento

Discurso mal articulado
Perseveración

Características psicóticas

Delirios
Alucinaciones (sobre todo visuales)

Lenguaje

Disminución de la comprensión conforme avanza la demencia

La fluidez a menudo queda intacta, incluso en la demencia moderada

Denominación: afasias

Cognición

Somnoliento, difícil de permanecer despierto

Desorientación

No saber la fecha puede ser un síntoma temprano de delirium

Desorientación respecto del espacio o las personas es síntoma posterior (en especial de demencia)

Afectación en el pensamiento abstracto (semejanzas)

Divaga, incoherente	Periodos breves de atención (se distrae con facilidad)
Asociaciones erráticas	se encuentran principalmente en el delirium
Contenido del pensamiento	Afectación en la memoria
Desconfianza	Introspección y juicio
Ideas suicidas actuales	Afectación en el juicio
Ilusiones	

ANSIEDAD, CONDUCTA DE EVITACIÓN Y ACTIVACIÓN

Los padecimientos de esta área de interés clínico tienen en común los síntomas de ansiedad que pueden resultar en intentos de evitar los estímulos.

Indicios

Los síntomas que deben hacerte explorar esta área incluyen cualquier expresión de ansiedad o miedo, así como síntomas somáticos que sugieran problemas de respiración o ritmo cardiaco cuando no hay razones conocidas para estar preocupado.

- Ansiedad
- Quejas relacionadas con el pecho (dolor, pesadez, dificultades para respirar, palpitaciones)
- Conducta compulsiva
- Miedo a objetos, situaciones, morir, desenlaces fatales inminentes, volverse loco
- Nerviosismo
- Ideas obsesivas
- Pánico
- Trauma (historia de experiencias emocionales o físicas graves)
- Preocupaciones

Principales diagnósticos

Los principales trastornos que abarca esta área de interés clínico incluyen:

- Trastorno de pánico*
- Trastorno de ansiedad generalizada*
- Fobia específica*
- Agorafobia*
- Trastorno obsesivo-compulsivo*
- Trastorno de estrés postraumático*

Aunque los síntomas de ansiedad se encuentran en casi todos los trastornos mentales, los diagnósticos diferenciales importantes incluyen los siguientes:

- Depresión (varios diagnósticos específicos)*
- Trastornos inducidos por uso de sustancias
- Esquizofrenia*
- Trastorno de somatización (trastorno con síntomas somáticos en el DSM-5)*

Información de la historia

- **Edad de inicio.** La mayoría de estos padecimientos empiezan cuando el paciente es relativamente joven. Las fobias a animales empiezan en la infancia; las fobias situacionales suelen empezar entre los 30 y 39 años de edad
- **Agorafobia.** Puede presentarse con o sin trastorno de pánico. Ocurre en situaciones de las que es difícil o embarazoso escapar, como estar lejos de casa, entre mucha gente, en un auto o en un puente
- **Consumo de alcohol o drogas.** Esto puede ser causa o efecto de los síntomas de ansiedad
- **Ansiedad anticipatoria.** Es común en las fobias que esta sensación de terror se experimenta algunos minutos u horas antes de que aparezca el estímulo temido (como hablar en público)
- **Ingesta de caféina.** Beber café (o té) en exceso puede causar síntomas de ansiedad
- **Circunstancias de las crisis de pánico.** ¿Cuántas crisis se han presentado y en qué periodo de tiempo? ¿Eran inesperadas? (Las crisis en el trastorno de pánico tienden a surgir espontáneamente)
- **Compulsiones.** Las compulsiones más comunes son lavarse las manos, revisar las cosas, contar y realizar rutinas forzosamente (como al acostarse a dormir). Pueden presentarse como rituales (reglas) o "antídotos" o respuestas a las obsesiones
- **Síntomas depresivos.** Determinar si éstos aparecieron antes que el trastorno de ansiedad (lo cual sugiere una depresión primaria) o después (lo cual sugiere que se trata de una depresión secundaria)
- **Duración de las crisis de pánico.** Las crisis de pánico individuales duran sólo unos minutos, pero pueden volverse a presentar en un periodo de semanas, meses o años
- **Frecuencia de las crisis de pánico.** Suelen presentarse varias veces a la semana
- **Estilo de vida asfixiante.** Como resultado de la ansiedad, ¿el paciente se queda en casa o evita situaciones u objetos específicos? Esto puede suceder en fobias específicas, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de estrés posttraumático, la agorafobia y el trastorno de pánico
- **Contenido mental de las crisis de pánico.** Los pacientes pueden tener miedo de morir, perder el control o volverse locos
- **Obsesiones.** Las ideas de: 1) lastimar o matar y 2) decir malas palabras o blasfemar son las más comunes. Estas ideas persisten a pesar de que el paciente reconoce que no tienen sentido o le son ajenas
- **Síntomas físicos de ansiedad.** Casi todas las sensaciones físicas se presentan en las crisis de pánico, en la ansiedad y en trastornos relacionados:

Falta de aliento
Dolor de pecho
Escalofrío o sonrojo
Mareo
Boca seca
Fatiga
Micción frecuente

Palpitaciones
Nudo en la garganta
Tensión muscular
Náuseas
Inquietud
Sudoración
Temblores

- **Uso de medicamentos prescritos.** Los clínicos prescriben con frecuencia medicamentos, y los pacientes con ansiedad a menudo recurren a ellos para tratar de mantener los síntomas bajo control
- **Trastorno de ansiedad social.** Esto suele implicar miedo a actuar, hablar o comer en público, a usar los sanitarios públicos o a tratar de escribir cuando alguien está observando

- **Fobias específicas.** Las más comunes son los miedos a los viajes aéreos, animales, sangre, espacios cerrados, alturas y heridas
- **Factores estresantes.** Una experiencia traumática física o emocional grave es un desencadenante necesario del trastorno de estrés postraumático
- **Preocupación.** Una preocupación injustificada o excesiva por múltiples circunstancias de la vida real es característica del trastorno de ansiedad generalizada. Los ejemplos pueden incluir que el banco le quite la casa unos meses antes de terminar de pagar la hipoteca, y ser despedido cuando uno es el favorito del presidente de la compañía

Examen del estado mental

Apariencia y conducta	Introspección y juicio
Hiperalerta (escudriña el ambiente)	La introspección, por lo general, se da cuenta de que el miedo o la conducta son irracionales
Estado de ánimo	Trata de resistirse
Depresión	
Ansiedad	
Contenido del pensamiento	
Ideas obsesivas	
Matar	
Blasfemar	

MOLESTIAS FÍSICAS

Las enfermedades físicas (ataques cardíacos, asma, úlceras, alergias, etc. anatómicamente demostrables) siempre deben estar entre los principales asuntos que debe explorar el clínico cuando el paciente informa molestias somáticas. Pero muchos pacientes buscan atención en salud quejándose de síntomas físicos para los que no se encuentran fundamentos adecuados en fisiología, química o anatomía. Estos síntomas se han denominado históricamente **hipocondriacos o psicósomáticos**. A menudo, para cuando estos pacientes por fin buscan ayuda de un clínico en salud mental, ya se han practicado una amplia gama de pruebas y evaluaciones médicas. Debido a que comparten ciertas características demográficas y sintomáticas, incluí la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa en este grupo.

Indicios

Considera esta área de interés clínico si el paciente presenta cualquiera de los siguientes problemas:

- Perturbación del apetito
- Depresión crónica
- Historia complicada
- Múltiples quejas
- Síntomas físicos que no son explicados por ninguna enfermedad conocida (en especial, los síntomas neurológicos como dolor, convulsiones y pérdidas sensoriales)
- Abuso físico o sexual en la infancia
- Abuso de sustancias en mujeres
- Repetidos fracasos en los tratamientos
- Historia vaga
- Debilidad crónica
- Cambios de peso (aumento o pérdida)

Principales diagnósticos

Los principales diagnósticos en esta área incluyen los siguientes:

- Anorexia nerviosa*
- Trastorno dismórfico corporal
- Bulimia nerviosa
- Hipocondriasis (trastorno de ansiedad por la enfermedad en el DSM-5)
- Trastorno por dolor o síndrome de dolor crónico (trastorno con síntomas somáticos con predominio del dolor en el DSM-5)
- Trastorno de somatización (trastorno con síntomas somáticos en el DSM-5)*

Otros trastornos que deben considerarse en pacientes que se queja de síntomas psíquicos son:

- Depresión*
- Trastorno de pánico*
- Enfermedad física
- Trastornos relacionados con sustancias

Información de la historia

- **Edad de inicio.** La mayoría de los trastornos mentales de este grupo empieza a temprana edad (infancia o adolescencia). La hipocondriasis suele empezar entre los 20 y 29 años, y el trastorno por dolor entre los 30 y 49 años
- **Abuso físico o sexual en la infancia.** Siempre debes preguntar si hubo abuso, pues es común en pacientes con trastorno de somatización
- **Dolor crónico.** En el trastorno por dolor, no hay un fundamento conocido para el dolor, o éste no responde a una causa física conocida
- **Búsqueda de doctores.** Una incesante búsqueda de cura acompaña con frecuencia los trastornos somatomorfos del DSM-IV (trastornos con síntomas somáticos y relacionados del DSM-5). Puede llevar a reiteradas evaluaciones médicas inútiles
- **Estrés ambiental.** Los problemas sociales (maritales, laborales, interpersonales) pueden impulsar al paciente a buscar un tratamiento de salud mental para lo que percibe como problemas físicos
- **Miedo a enfermedades médicas que el paciente no tiene.** La idea no delirante de que la persona está enferma persiste a pesar de que se le tranquilice (a menudo, en repetidas ocasiones) diciéndole lo contrario. Éste es el síntoma cardinal de la hipocondriasis (trastorno de ansiedad por la enfermedad del DSM-5)
- **Operaciones.** Los pacientes con trastornos somatoformes (trastornos con síntomas somáticos y relacionados) a menudo tienen una historia de múltiples intervenciones quirúrgicas
- **Enfermedad médica en la infancia.** ¿El paciente recibió atención en la infancia por alguna enfermedad? En algunos casos, este factor puede subyacer en la somatización
- **Defectos físicos (imaginados o exagerados).** Síntoma esencial en el trastorno dismórfico corporal, esta idea no suele tener una intensidad delirante. Los pacientes con anorexia nerviosa, por lo general, se consideran con sobrepeso, aun cuando están evidentemente demacrada
- **Ganancia secundaria.** Esto ocurre cuando una persona recibe atención o apoyo por estar enferma; es clásica del trastorno de somatización y otros trastornos con síntomas somáticos

- **Ideas, conducta suicida.** Estos pacientes con frecuencia amenazan con suicidarse o lo intentan; a veces, lo logran
- **Consumo de sustancias.** El abuso de alcohol o drogas con frecuencia complica los trastornos de este grupo

Examen del estado mental

Apariencia y conducta	Contenido del pensamiento
Presentación teatral	Centrado en enfermedades físicas o mentales (a veces imaginadas)
Ropa llamativa	Lenguaje: no hay anomalías típicas
Actitud zalamera	Cognición: no hay anomalías típicas
Gestos exagerados	Introspección y juicio
Demacrado	Sobreinterpreta los síntomas físicos
Estado de ánimo	
Indiferencia hacia los síntomas (<i>la belle indifférence</i>)	
Ansiedad	
Depresión	
Curso del pensamiento: no hay anomalías típicas	

Cierre

Por lo general, una hora es suficiente para explorar las razones por las que el paciente busca un tratamiento y para obtener una gran cantidad de información sobre sus antecedentes personales. En este tiempo, también debes realizar un EEM formal. Aun cuando puede faltar mucho que te gustaría saber, tal vez no debes llevar la entrevista mucho más allá. Recuerda que haces una entrevista, no una prueba de resistencia, y necesitas estar lo suficientemente fresco para seguir evaluando lo que oyes y ves. Quizá la llegada de otro paciente indica que tendrás que terminar la próxima semana, o la hora del día podría sugerir que tienes que regresar al día siguiente. O, si tú y el paciente aún tienen tiempo y disposición, sólo toma una pausa antes de continuar.

EL ARTE DEL CIERRE

Cerrar una entrevista inicial es una forma menor de arte que requiere cierto cuidado. Un buen cierre no se limita a resumir la entrevista, sino que también prepara al paciente (y a ti mismo o a otro clínico) para las sesiones que quedan por delante. El paciente, que ha invertido su esperanza y confianza en el tiempo que ha pasado contigo, espera, con mucha razón, alguna información que pueda llevarse de ese encuentro. El contenido de ese mensaje depende, en parte, de la naturaleza de tu relación con él.

Si eres un clínico que ejerce la profesión, responsable de la atención al paciente, probablemente seguirás estos pasos: 1) resumir tus hallazgos, 2) con la colaboración del paciente, desarrollas un plan para el manejo futuro del caso y 3) estableces la hora y fecha para la siguiente cita. Cuando esté justificado, también debes 4) incluir un mensaje de esperanza para el futuro. He aquí un ejemplo:

“Con base en lo que me ha contado, parece que su esposo y usted han tenido muchos problemas para asimilar la muerte de su hija. Es algo de lo que no han hablado mucho, y están sufriendo por falta de comunicación. Creo que puedo ayudar, pero antes de decidir un plan de acción, me gustaría hablar con su esposo. Usted mencionó que piensa que él está dispuesto a venir. ¿Podría pedirle que haga una cita para la próxima semana?”

Si estás en formación, la fase de cierre de tu entrevista inicial podría ser algo como esto:

“Gracias por el tiempo que me ha brindado. En verdad me ayudó a comprender el tipo de depresión que padece. Da la impresión de que su terapeuta está haciendo todo lo posible por ayudarla. Mañana me gustaría preguntarle más sobre sus antecedentes familiares, si a usted le parece bien.”

No debes esperar que puedas anticipar todo lo que el paciente necesita oír. En cualquier sesión tan intensa como la entrevista inicial típica, es fácil no decir algo que es importante para el paciente. Por lo tanto, suele ser buena idea averiguar en seguida si omitiste algo que debías abordar. Antes de terminar, di algo que invite al paciente a hacer comentarios o preguntas sobre la entrevista:

“¿Qué preguntas tiene sobre lo que hemos dicho hasta aquí?” (Nota: Suponiendo que el paciente tiene preguntas, lo alientas a expresarlas. Para algunos pacientes, la alternativa “¿Tiene alguna pregunta?” puede cerrar esta vía de comunicación.)
 “¿Hay algún tema importante que no hayamos tratado?”

Puedes encontrar que algo que dejaste a un lado necesita alguna acción ahora, como información adicional sobre el tratamiento propuesto, incertidumbre en relación con la hora de la próxima cita o tranquilidad acerca del pronóstico. Trata de responder objetivamente cualquier asunto sustancial.

Desde luego, no puedes abordar todo en una sola sesión de entrevista. La mayoría de los pacientes acepta esto y está conforme con dejar otras preocupaciones, preguntas y datos de la historia para la siguiente cita.

A veces, surge algo que requiere tiempo considerable justo al final de la entrevista. Ejemplos:

“¿Qué tiene reservado el futuro para alguien como yo?”
 “¿Qué cree que debo hacer respecto del alcoholismo de mi hijo?”

Si tú y el paciente disponen de tiempo, puedes tratar estas preguntas cuando surjan. Pero los problemas de horario a menudo requieren que abordes preguntas y asuntos como éstos en la siguiente entrevista.

En cualquier caso, considera las posibles razones por las que el paciente hace esta nueva pregunta cuando está por terminar la entrevista. Algunos pacientes acostumbran reservarse información importante para el momento del cierre. Quizá se necesite una sesión entera para cobrar el coraje para discutir problemas importantes; ¿tienen miedo de lo que puedes sugerir? Otros pueden darle tanto valor a sus sesiones que inconscientemente tratan de prolongarlas.

Puedes lidiar con la mayoría de estas cuestiones de último minuto expresando interés y proponiendo que las discutan en la siguiente sesión:

“Me alegra que haya mencionado eso. Es algo de lo que quisiera saber más. Ése será nuestro primer tema la próxima vez.”

Si la información de último minuto es de proporciones de vida o muerte (ideas suicidas u homicidas), no tienes otra opción más que dar tiempo extra al paciente. Si esto te sucede con regularidad, debes decidirte a plantear estos temas delicados al principio de las entrevistas.

TERMINAR ANTES DE TIEMPO

Un paciente poco común puede tratar de terminar la entrevista antes de la hora acordada. Por lo regular se trata de alguien que presenta un trastorno de la personalidad, una psicosis, intoxicación

ción o estrés extremo (quizá por privación del sueño o una enfermedad física). ¡A veces se trata de todas estas situaciones! Cualquiera que sea la causa, de repente te encuentras tratando de obtener información de alguien que se está poniendo su abrigo para marcharse. ¿Cómo debes reaccionar?

Si el final de la sesión se acerca, señala que necesitarás unos minutos más para terminar. Luego trata de poner fin a la inquietud del paciente eligiendo sólo las preguntas más importantes que queden por plantear.

En un paciente nuevo no tienes mucha influencia, así que trata de evitar confrontaciones directas. Si la sesión está empezando, sobre todo en los primeros minutos, el paciente puede no comprender por completo las razones para llevar a cabo la entrevista. Trata de explicarlo otra vez. Al mismo tiempo, puedes mostrarle empatía:

“Puedo ver que se siente bastante molesto. Siento contribuir a su molestia, pero necesitamos hablar. Sólo de ese modo puedo obtener la información necesaria para ayudarlo.”

Recurrir a la cordura puede ser eficaz la mitad de las veces. Si no lo es, trata de dirigir los motores hacia los sentimientos que bloquean la cooperación del paciente. Como antes, hazlo con un comentario empático:

“Usted parece muy incómodo. ¿Podría decirme qué siente en este momento?”

Puedes averiguar mucho sobre el miedo, enojo o malestar del paciente. Ahondando en lo que escuchas, puedes facilitar el regreso a la entrevista.

Entrevistador: Veo que esto le ha molestado. ¿Podría decirme qué siente en este preciso momento?

Paciente: (Levantándose para marcharse) No puedo soportarlo. ¡Es igual que la última vez!

Entrevistador: ¿También estaba tan molesto?

Paciente: ¡Claro que sí! Usted también lo estaría si su terapeuta lo tratara del modo en que el mío me trató.

Entrevistador: Debe haberlo hecho sentir sumamente molesto.

Paciente: (Sentándose otra vez) Me sentí humillado. Y asustado.

Como en este ejemplo, puedes oír bastante acerca de intentos previos en la terapia que han salido mal. Debes estar preparado para dedicar tiempo considerable (en la entrevista inicial y en las posteriores) a explorar el tratamiento previo aun cuando haya tenido poco o nada que ver con las razones de la evaluación actual. (Procura no criticar ni menospreciar de ningún modo al clínico anterior; tu información hasta aquí puede ser muy parcial).

Si todos tus mejores intentos fallan, respeta la comodidad y privacidad del paciente. En particular, no supliques, amenazas o insinúes vergüenza o culpa. Si el paciente se levanta para salir de la habitación, no se lo impidas físicamente. Mejor, reconoce que tiene derecho a tomar esta decisión y que tu intención es respetarla. Pero prométe que pronto harás otro intento de cumplir con la importante tarea de obtener información:

“Veo que tendremos que terminar ahora. Está bien, usted tiene derecho a que no lo molesten cuando se siente así de mal. Pero, en verdad, es importante que entendamos las dificultades que lo trajeron al hospital. Puedo regresar por la tarde, cuando haya tenido tiempo de descansar un poco.”

A veces tú puedes decidir terminar antes por disponer de poco tiempo. Esta alternativa parece atractiva sobre todo cuando:

- Es tarde en la noche, el paciente acaba de ser admitido en el hospital y los dos están exhaustos
- A causa de una psicosis o depresión graves, el paciente no puede enfocarse en la situación de entrevista por más de unos cuantos minutos
- El enojo vuelve reacio al paciente a cooperar
- Has acomodado una entrevista breve en un día agitado. De común acuerdo, tú hablarás lo suficiente para descubrir los temas principales y decidir en cuánto tiempo se reunirán de nuevo

Entrevista a informantes

La mayoría de los pacientes puede decirte casi cualquier cosa que necesites saber, pero a menudo puedes enriquecer tu base de datos con información de una tercera parte. Sin embargo, algunas situaciones requieren que busques información adicional o verificación de datos obtenidos de los informantes. He aquí algunas:

- Los niños y adolescentes a menudo carecen de la perspectiva adecuada sobre su propia conducta.
- Incluso algunos adultos no saben cierta información importante de la historia familiar.
- Los pacientes con discapacidad intelectual con frecuencia requieren ayuda para relatar su propia información.
- Los pacientes de cualquier edad que se sientan avergonzados de su conducta pasada pueden ocultar información que puedes averiguar con ayuda de familiares o amigos. Ejemplos de estas conductas son las indiscreciones sexuales, consumo de sustancias, intentos de suicidio, violencia y conductas criminales de cualquier tipo.
- Los pacientes con psicosis pueden presentar interpretaciones delirantes de los hechos en vez de los hechos mismos.
- La historia de la salud durante la infancia, que a menudo no conoce el paciente, puede ser pertinente en el caso de discapacidad intelectual o de trastornos específicos del aprendizaje. Por ejemplo, puede haber una historia de complicaciones obstétricas en el parto de pacientes que tienen una forma intermitente de esquizofrenia.
- Los pacientes con trastornos cognitivos como la demencia tipo Alzheimer pueden no ser capaces de relatar una buena historia.
- Los informantes te pueden hablar de normas culturales. Ésta puede ser la única manera de averiguar si es normal, en la familia del paciente, creer en la astrología o hablar en lenguas desconocidas en la iglesia.
- No se puede confiar en que digan la verdad algunos pacientes con trastornos de la personalidad (sobre todo el trastorno de personalidad antisocial).
- Algunos trastornos de la personalidad no son una molestia para los pacientes; quienes sufren son sus familias y amigos.
- En algunos casos, proteger un secreto familiar puede ser incluso más importante que proporcionarte la información que podría ayudar a hacer el diagnóstico o planear el tratamiento.

- Los patrones de interacción familiar puede ser reveladores. Por ejemplo, altos niveles de **emoción expresada** (discusiones frecuentes, a gritos) en los familiares pueden predecir la recaída de un paciente con esquizofrenia que vive con dichos familiares.
- Por razones obvias, es poco aconsejable basarse sólo en los autorreportes cuando se trata de casos forenses.

Así, siempre que es posible, me gusta obtener información de otras fuentes, como familiares, amigos, registros clínicos previos y otros clínicos, sobre el padecimiento actual del paciente. Verificando la información disponible y aportando nuevos hechos, puedes obtener un panorama claro, completo y equilibrado del paciente y su medio.

En casi todos los casos, primero entrevistarás al paciente. Las únicas excepciones importantes, además de los niños y adolescentes tempranos que son llevados por sus padres, son los adultos que no tienen la capacidad para hablar por sí mismos. Éstos incluyen pacientes con regresiones esquizofrénicas, demencia, discapacidad intelectual y aquellos que hablan un idioma diferente al tuyo. Pero aun cuando tú y el paciente se comuniquen bien, dedicar un poco de tiempo a hablar con familiares suele mejorar tu perspectiva sobre el trastorno del paciente. Esto es cierto sobre todo cuando un familiar lo acompaña a la primera entrevista, que a menudo es signo del temor del familiar de que, sin ayuda, el paciente no cuente la historia completa. A veces, un paciente inseguro necesita el apoyo de un familiar mientras te dice las razones por las que pidió una cita.

OBTENER PERMISO PRIMERO

Antes de hablar con amigos o familiares, por lo general debes pedir permiso al paciente. La mayoría da su consentimiento de buena gana. Los pocos que ponen reparos pueden temer que revele algo que tratan de mantener en secreto. A menudo, puedes calmar estos temores señalando que tu principal trabajo es buscar información, no propagarla, y que para ayudarlo lo mejor posible necesitas el punto de vista de otra persona. He aquí una manera en que puedes tranquilizarlo:

“Lo que usted me ha dicho es confidencial, y yo respetaré la confianza que ha puesto en mí. Usted tiene ese derecho. Pero también tiene derecho a recibir la mejor ayuda que yo pueda ofrecerle. Para ello, necesito saber más de usted. Por esa razón me gustaría hablar con su esposa. Es natural que ella quiera saber qué anda mal y qué planeamos hacer. Yo creo que deberíamos decirle, pero sólo diré lo que acordemos usted y yo. No le diré nada de lo que hemos discutido a menos que usted me dé su consentimiento.”

Una vez que han llegado a un acuerdo, debes ser sumamente cuidadoso para no divulgar información adicional. Los secretos revelados tienen una manera misteriosa de identificar su fuente. En las raras ocasiones en que el paciente niega su permiso, puedes sugerir que esté presente cuando su amigo o familiar hable contigo. Esto calmará cualquier temor de que puedas usar la cita para tramar algún complot a espaldas del paciente.

Por lo general, de cualquier modo debes tratar de entrevistar al informante sin la presencia del paciente. La privacidad aumentará las probabilidades de obtener información completa y precisa, y tanto tú como el informante se sentirán más cómodos.

Sólo hay algunas excepciones importantes a estos requisitos para obtener primero el consentimiento del paciente. Éstas incluyen a los pacientes que son:

- Menores de edad (aunque también debes procurar obtener su consentimiento)
- Personas bajo tutela o incapaces de dar su consentimiento

- Violentos
- Sumamente suicidas
- Personas que experimentan cualquier otra urgencia de salud mental o médica grave

Entonces, cuando es claro que el paciente no tiene el juicio para ejercer su autonomía, tu deber es intervenir y decidir qué es lo mejor que se puede hacer. Para llevar a cabo esto, por lo general tienes que obtener información de cualquier manera posible.

¿Qué pasa con el amigo o familiar que te da información y solicita que se la ocultes al paciente, o al menos que no reveles la fuente? Ceder a esa petición te convierte en cómplice de tejer un enredo, situación que yo trataría de evitar. Para estar seguros, no tiene caso crear problemas sin motivo con chismes. Pero sí te puedes volver loco tratando de cumplir la promesa de mantener en secreto cierta información.

ELEGIR A UN INFORMANTE

Debido a que tu objetivo es obtener todo el material pertinente posible, lo natural es elegir a un informante que conozca bien al paciente. El cónyuge o la pareja suele tener la información más actualizada, así que si el paciente está casado o tiene una relación íntima de mucho tiempo, ésa es la persona con la que tal vez hables primero. Pero la información que necesitas puede determinar la elección. Por ejemplo, si quieres saber acerca de la hiperactividad infantil, debes entrevistar a sus padres. Otra consideración: los estudios muestran que los familiares que han tenido un padecimiento similar al del paciente reconocen mejor los síntomas, tal vez porque están más sensibilizados a ellos y al curso del padecimiento. Por último, como lo discutiremos más adelante, esto podría terminar siendo una entrevista grupal con varios familiares, amigos e incluso compañeros de trabajo o consejeros espirituales.

¿QUÉ PREGUNTAR?

Debes empezar explicando brevemente el propósito de la entrevista. Los familiares aceptan de buena gana el hecho de que necesitas verificar la historia o darles información. Pero puede preocuparles la idea de que, como clínico, tengas otra agenda, como culparlos o pedirles que asuman una mayor responsabilidad por el paciente.

La entrevista previa con el paciente debe haber producido una base rica de información, así que la entrevista con los informantes puede ser menos extensa, quizá de unos minutos o media hora. Incluso si crees saber qué preguntas quieres que te contesten, podrías llevarte una sorpresa con la nueva información sobre un problema que no habías notado antes. Así, para averiguar qué sabe el informante, empieza con preguntas exploratorias, como si estuvieras de día de pesca. Emplea preguntas abiertas como anzuelo.

En el ejemplo que sigue, la paciente había pasado gran parte de la entrevista inicial hablando de sus episodios previos de depresión. Así que, cuando llegó su esposo, el entrevistador tenía preparadas preguntas sobre los síntomas depresivos, tratamientos y reacciones. Por fortuna, la primera pregunta fue abierta:

Entrevistador: ¿Podría hablarme sobre la dificultad de su esposa?

Esposo de la paciente: Bueno, sólo espero que pueda usted hacer algo en relación con su modo de beber. Está ebria casi todas las tardes cuando regreso a casa de trabajar, pero se niega a admitir que tiene un problema.

Una vez que hayas determinado que el paciente y el o los informantes identifican los mismos problemas, puedes regresar a la tarea de obtener información adicional específica. Ésta es de dos clases: 1) preguntas que el paciente no pudo contestar y 2) detalles que aún son confusos en tu mente, a menudo debido a inconsistencias en la historia que relató el paciente. He aquí algunos ejemplos de cada una:

- Historia de padecimientos mentales en los padres
- La propia historia de desarrollo del paciente
- Una revaloración de la historia del uso de sustancias del paciente
- Los síntomas del paciente en un padecimiento psicótico
- La capacidad de un paciente para cuidarse a sí mismo
- La disposición de los familiares para ofrecer apoyo después de salir del hospital
- El punto de vista de un cónyuge acerca de las razones detrás de la discordia marital
- Conductas que sugieran una posible carrera criminal
- Una valoración de las características de la personalidad del paciente
- La adherencia del paciente al tratamiento
- Efectos en la familia de cualquier cambio conductual

Incluso si no averiguas algo nuevo del paciente, una sesión de preguntas abiertas con un informante puede ayudar a conocer las respuestas a estas preguntas:

- ¿Qué tanto la familia comprende el padecimiento?
- ¿Qué ha dicho el paciente al informante acerca de los síntomas?
- ¿Cómo es esta persona ahora en comparación con el último periodo en que se empeñaba al máximo?
- ¿Cómo ha interpretado el paciente los hechos?
- ¿El paciente ha distorsionado algo de lo que has dicho?

Si la información de un informante está en conflicto con la que obtuviste del paciente, tienes que decidir en qué historia creer (si crees en alguna). De ningún modo estás a salvo si aceptas la versión del informante; el estatus de paciente en salud mental no debería desacreditar automáticamente el testimonio de nadie. Al evaluar historias que se contradicen, lo mejor es sopesar los siguientes factores por cada informante, incluyendo al paciente:

- ¿Qué tanto contacto ha tenido el informante con el paciente?
- ¿Qué tanto parece recordar el informante?
- ¿El informante parece proteger a alguien (a sí mismo, al paciente o a otros)?
- ¿El tabú familiar parece evitar que el informante discuta material delicado?
- ¿Qué tanto la historia es distorsionada por ilusiones (p. ej., la felicidad imaginada de un matrimonio que se resquebraja)?
- ¿Hay evidencia de un "efecto halo" que hace que toda la conducta del paciente se interprete positiva o negativamente?
- ¿El informante parece motivado a proporcionarte una historia completa y precisa?

Después, es buena idea discutir la sesión con el paciente. Debes relatarle, en general, qué se dijo, de modo que el paciente tenga la seguridad de que se respetó su confidencialidad, pero qué tan específico o general será tu relato depende de las necesidades del paciente y de tu propio criterio. También debes procurar respetar la confidencialidad de los familiares.

He aquí un ejemplo de la clase de retroalimentación que puedes darle al paciente:

“Tuve una muy buena charla con su esposa, señor Crenshaw. Su información confirmó lo que usted me dijo la semana pasada acerca de su depresión, y creo que todos vemos con claridad que es necesario empezar un tratamiento. Como usted lo solicitó, no dije nada de su consumo de cocaína, pero creo que usted se sentirá mejor cuando tenga el valor de hablarlo con ella usted mismo.”

ENTREVISTAS GRUPALES

Si la familia del paciente es grande y muchos miembros viven cerca, podrías entrevistar a todo el clan. Algunos clínicos encuentran difícil hacer esto, sobre todo cuando los miembros de la familia son infelices y se expresan violentamente. Aunque puede ser difícil manejar a un grupo grande de familiares, este método tiene algunas ventajas:

- Es más eficaz que tratar de hablar con cada uno de manera individual. Aunque a veces puedes lograr que la familia se ponga de acuerdo para nombrar a un portavoz que se reúna contigo, puede perderse o distorsionarse información al pasar por otra persona antes de llegar a ti
- La familia es una parte importante del ambiente del paciente. Una entrevista grupal te da la oportunidad de observar la interacción entre los familiares y, por inferencia lógica, con el paciente. ¿Se tratan de manera considerada? ¿Detectas acusaciones, chivos expiatorios o culpa en uno o más de los informantes? ¿Su preocupación es, en general, por el paciente o por su propia comodidad?
- En algunos casos, puedes elegir entrevistar a la familia junto con el paciente. Esto evita todos los problemas con la confidencialidad, porque todos oyen lo que cada uno dice. También te da la oportunidad de observar directamente cómo interactúa el paciente con su familia. ¿Los familiares lo ignoran o responden por él? ¿Hay muchos desacuerdos? ¿Gritan? ¿Pelean?
- Si determinas que la dinámica familiar contribuye, en parte, a las dificultades del paciente, reunirte con cada uno puede ayudar a sentar las bases de un cambio final en el medio familiar, como algo adjunto a la terapia
- Podrías establecer la base de una terapia familiar posterior si crees que éste pueda ser un método útil para resolver las dificultades del paciente

Cuando te reúnes con más de un informante a la vez, asegúrate de alentar a todos los familiares a dar su opinión. A menudo, alguien estará pasivo y callado; éste es el individuo que debes tratar de hacerlo hablar. Es mejor tener la opinión de todos al principio en vez de dejarlos organizar sus puntos de vista para exponerlos más tarde cuando no estés presente para ayudar. No debes tomar decisiones por ellos, ni debes tomar partido. Tu objetivo es facilitar la discusión de modo que todos los miembros de la familia puedan comprender al paciente y sus propios problemas en común. Pero sobre todo tienes que reservarte la información que el paciente preferiría mantener en secreto.

OTROS ESCENARIOS DE ENTREVISTA

Llamadas telefónicas

Diversos estudios han mostrado que puedes obtener información de buena calidad en entrevistas telefónicas, quizá no tan sólida como la de las entrevistas cara a cara, pero mucho mejor que la de

cuestionarios escritos. En especial, si no hay otro modo de hablar con un familiar, sin duda es mejor que nada. Pero puede ser un desafío entrevistar a alguien por primera vez sin un contacto cara a cara previo. Si tienes que basarte en las palabras y el tono de voz nada más, no puedes captar los matices de significado que el lenguaje corporal transmite con facilidad. Además, a menos que participes en una video-llamada, los familiares no te pueden evaluar por teléfono.

En años recientes, los servicios basados en internet, como Skype y FaceTime, han hecho que las video-llamadas sean mucho más comunes. Aun así, en una entrevista personal se puede transmitir mejor los sentimientos cálidos que permiten a los familiares saber que eres alguien en quien pueden confiar secretos e información delicada. Por último, toma en cuenta las leyes de confidencialidad. Sin contacto visual, es más difícil estar seguro de con quién estás hablando. Si revelas información a alguien que crees que es el cónyuge, pero en realidad es un jefe del trabajo, podrías perjudicar tanto la carrera del paciente como tu propia reputación.

Visitas domiciliarias

Por lo general, las visitas domiciliarias también pueden ser una herramienta útil para el clínico que quiere toda la información posible acerca de cada aspecto del medio en que vive el paciente. Ahí puedes hacerte una idea del ambiente (tipo de vivienda, vecindario) y de los miembros de la familia, quienes, cuando están relajados en casa, pueden comportarse con mayor "normalidad" que en un consultorio o un hospital.

Resistencias

En la mayoría de las entrevistas, dos individuos trabajan juntos para lograr una comprensión en común. Casi todos los pacientes cooperan, están informados y (unos más, otros menos) son introspectivos. Pero todos los pacientes tienen agendas personales, las cuales a veces entran en conflicto con los objetivos de la entrevista inicial. Por ello muchos pacientes en cierto modo se resisten a proporcionar información completa. El resultado puede ser una conducta que frustré tus intentos de obtener datos completos mientras estableces el *rapport*.

La **resistencia** es cualquier intento consciente o inconsciente de evitar un tema de discusión. Debido a que casi todos se sienten incómodos con ciertos temas, la resistencia es, tal vez, la principal conducta problema más frecuente con la que el clínico debe aprender a lidiar. Por varias razones, entonces, es importante abordar la resistencia cuando aparece en vez de moverse sin tratar de determinar (y remediar) sus causas.

RECONOCER LAS RESISTENCIAS

Para hacer frente a las resistencias, primero debes reconocerlas. A veces es fácil, en especial si toma la forma de una afirmación tan obvia como "Prefiero no hablar de eso". Pero muchos pacientes se sienten incómodos con un desafío directo; pueden resistirse de maneras tan sutiles que tendrás problemas para detectarlos. Observa si hay cualquiera de estas conductas que pudieran indicar que la entrevista puede estar en problemas:

- Tardanza.** Llegar tarde a la entrevista es un signo clásico de resistencia. Tal vez es menos común en una entrevista inicial que en las subsiguientes.
- Conductas voluntarias.** Poco contacto visual, dirige miradas al reloj, responde al teléfono celular o localizador, o se mueve con inquietud mientras está sentado. Eso sugiere que el paciente puede sentirse incómodo con el tema que se está discutiendo recientemente.
- Conductas involuntarias.** Sonrojos, bostezos o tragos pueden implicar malestar. La mirada en blanco de un paciente con trastorno de estrés postraumático que experimenta recuerdos de instantes *-flashbacks-* se ubica entre la conducta voluntaria e involuntaria.
- Olvidos.** Algunos pacientes desarrollan una memoria pobre "conveniente" y responden a ciertas preguntas con "No sé" o "No me acuerdo".

Omisiones. Los pacientes excluyen cierta información. A menos que se consulten informantes confiables, incluso los clínicos tienen dificultades para detectar esta clase de resistencia. “Yo no tengo problemas” puede ser un intento manifiesto de enterrar temas que deben ser exhumados

Contradicciones. La información que contradice lo que crees que averiguaste antes es relativamente fácil de reconocer, pero puede ser difícil de reconciliar

Cambios de tema. Cambiar de tema en la conversación puede ser un intento de alejarte del asunto que al paciente le gustaría evitar. Por ejemplo, le preguntas al señor Blocker cómo se siente en relación con el inminente divorcio; él responde diciéndote que el abogado de su esposa le está chupando la sangre a él

Exageraciones. Inflar los logros propios es una de las maneras en que algunas personas evitan encarar la verdad de sí mismos. Tal vez no puedas detectar una exageración individual, pero con el tiempo puedes empezar a discernir un patrón de afirmaciones improbables

Tácticas de desviación. Éstas incluyen contar cuentos, pedir una bebida o usar el sanitario. Algunos pacientes pueden tratar de controlar la entrevista preguntando por la vida personal del entrevistador

Silencio. Éste puede ser un indicador importante de resistencia. No debe confundirse con el tiempo que algunos pacientes necesitan para pensar antes de responder una pregunta complicada

Ligeros titubeos. El más sutil de todos puede ser sólo un leve titubeo antes de responder ciertas preguntas

¿POR QUÉ SE RESISTEN LOS PACIENTES?

Los pacientes pueden resistirse a decir la historia completa a un clínico por diversas razones. Comprenderlas puede brindar la clave para vencer la resistencia.

- Es probable que una de las razones más comunes es evitar la vergüenza, que puede operar sobre todo en la entrevista inicial. Sin duda, esto es comprensible: desnudar tu alma frente a un completo desconocido es la antítesis no natural de la protección de sí mismo. Puede ser especialmente difícil revelar material delicado sobre sexualidad, actividades ilícitas y cualquier conducta que demuestre un fallo del juicio
- Algunos pacientes (o sus familias) tienen miedo a las críticas o se preocupan de dejarte impresionado por sus historias. Han aprendido a evitar la desaprobación simplemente evitando los riesgos: se reservan material privado que consideran censurable
- Algunos pacientes pueden ocultar información porque tienen demasiado miedo de sus implicaciones para el diagnóstico, pronóstico y tratamiento. El estigma de las enfermedades mentales, quizá que los demás piensen que estás “loco”, es un ejemplo
- El nuevo paciente puede no sentirse aún con la confianza suficiente para comunicarse sin reservas contigo, sobre todo respecto de pensamientos y conductas que podrían dañar una relación íntima o poner en peligro un empleo o estatus legal. Por desgracia, una experiencia previa puede haber instigado el miedo a que un profesional de la salud mental viole la confidencialidad
- El altruismo puede motivar al paciente a proteger a un amigo o una persona amada de cualquier consecuencia mencionada antes
- Algunos incidentes o pensamientos pueden parecer demasiado insignificantes para contarlos.
- El paciente podría ponerte a prueba (de manera consciente o no) para ver si eres lo suficientemente inteligente o persistente (¿te interesa lo suficiente?) para descubrir la información que trata de ocultar

- Los pacientes pueden ocultar información debido a un enojo consciente o inconsciente, emoción que podría tener cualquier cantidad de causas. Sin intención, puedes haber dicho algo que lo moleste, o el paciente puede actuar contigo sentimientos dirigidos a alguien del pasado; esta conducta se denomina **transferencia**. Desde luego, la transferencia de ningún modo se limita a sentimientos de enojo

Cualquiera que sea la causa, no debes permitir que la resistencia pase desapercibida y quede sin explorar. Tienes que tratar de determinar la causa y ponerle remedio. Puede ser un serio error hacer a un lado temas importantes o limitarse a seguir el discurso del paciente.

QUÉ HACER CON LAS RESISTENCIAS

Por encima de todo, lo más importantes es que intentes comprender (y remediar si puedes) las razones que están detrás de esa conducta. El primer paso debe ser considerar si has hecho algo para provocar la resistencia. Puede haber algo obvio que puedas hacer directamente.

Entrevistador: Me doy cuenta de que de repente se quedó callada. ¿Cuál es el problema?

Paciente: Mmm, no sé.

Entrevistador: Me pregunto si usted se molestó porque dije que quería hablar con su esposo.

Paciente: (Pausa larga) Bueno, no comprendo por qué quiere hacer eso.

Entrevistador: ¿Puede decirme a qué le tiene miedo?

Paciente: Él no comprendería el asunto del que le he hablado. No es nada tolerante.

Entrevistador: Ah, puedo ver por qué usted no es feliz. Creo que cualquiera tendría miedo si piensa que su terapeuta puede revelar una confidencia como ésta. Pero eso no era lo que tenía en mente. La razón por la que quiero hablar con él es averiguar su punto de vista de los problemas maritales que tienen. Creo que me ayudaría a comprender mejor la situación completa. ¿Cree que pueda pedirle que la acompañe en su siguiente cita?

La explicación del clínico comunicó al paciente varias cosas: 1) que el clínico la comprendió, 2) que sus sentimientos están justificados, 3) que su miedo no tenía fundamento y 4) que ella estaría presente en la entrevista con su esposo.

Sin embargo, con demasiada frecuencia no podrás identificar algo específico que puedas corregir de inmediato. Entonces, el método que sigas dependerá de distintas características de la propia resistencia:

- Su causa
- Su gravedad
- La forma que adopta
- La importancia de la información que buscas

Manejar el silencio

Un ejemplo común de una resistencia leve es el silencio embarazoso. Puedes encontrar esta reacción a preguntas sobre sexualidad (véase capítulo 9), pero podría ocurrir en casi cualquier si-

tuación de la entrevista. La mejor respuesta puede ser un poco de silencio de tu parte. Puedes intentar mirar hacia otro lado por unos segundos para resaltar tu disposición a esperar. No diciendo nada por algunos segundos, das al paciente tiempo extra para pensar. Quizá eso sea todo lo que signifique el silencio en primer lugar. Pero si en realidad se trata de una resistencia inicial, concedes tiempo al paciente para intentar resolver el conflicto.

Sin embargo, una falta de respuesta prolongada puede sentar un precedente para ocultar información más adelante en la entrevista, y eso no es lo mejor para los intereses del paciente. Si un tiempo razonable (entre 10 y 15 segundos) no basta para obtener una respuesta, quizá debes intervenir.

Durante el silencio breve, los pensamientos del paciente pueden haber divagado, así que el siguiente paso debe ser retomar la pregunta repitiéndosela de una manera ligeramente distinta. He aquí un breve ejemplo:

Entrevistador: ¿Cómo ha sido su adaptación sexual?

Paciente: (Mira en silencio al piso durante 15 segundos).

Entrevistador: Me pregunto si ha habido algún problema con su vida sexual.

Si la pregunta parece importante (la incapacidad del paciente para responder indica que así podría ser), tal vez debes volverlo a intentar. Empieza dando al paciente el control sobre lo que se dirá y brindándole tranquilidad.

Entrevistador: Hábleme de su vida sexual hasta donde se sienta cómoda.

Paciente: En verdad, es muy difícil para mí.

Entrevistador: Puedo entender eso. Pero es importante, y usted se encuentra en un espacio seguro para hablar.

Otra táctica combina múltiples métodos. Puedes decir algo como esto:

“Muchas personas tienen dificultades con temas delicados como éste. En verdad, lamento que tenga que ponerlo en esta situación, pero para ayudarlo de la mejor manera, necesito toda la información posible. Por favor, intente ayudarme.”

Con este comentario, 1) te muestras comprensivo, 2) subrayas la normalidad de los sentimientos del paciente, 2) resaltas nuevamente la importancia de obtener información completa y 4) añades una solicitud personal pidiendo la ayuda del paciente.

Sin embargo, otro método es tratar de nombrar las emociones que el paciente puede tener. Si lo haces de manera correcta, reforzarás tu imagen como un entrevistador comprensivo y perceptivo a quien se pueden confiar los secretos. Maximizarás tus oportunidades de éxito si nombras distintas posibles emociones, como en este ejemplo:

“Me doy cuenta de que usted tiene un verdadero problema con esa pregunta. A veces, las personas tienen dificultades con las preguntas cuando se sienten avergonzados. O a veces se trata de ansiedad o miedo. ¿Tiene alguno de estos sentimientos en este momento?”

Aunque has hecho una pregunta diferente a la que habías planteado originalmente, las dos están relacionadas. El paciente puede responder con mejor disposición a la segunda. Y observa que has aumentado en gran medida tus oportunidades de adivinar la emoción correcta al ofrecer varias emociones negativas posibles.

Debes reforzar en el paciente el hábito de responderte, e incluso un gesto es mejor que nada. Una vez que has obtenido alguna respuesta, incluso si sólo se encoge de hombros o frunce el entrecejo, a menudo puedes aprovecharlo para renovar la discusión.

Entrevistador: Debe sentirse muy molesto por eso. ¿Tengo razón?

Paciente: (Asiente.)

Entrevistador: Creo que deberíamos cambiar de tema y hablar de su educación. ¿Le parece buena idea?

Paciente: (Asiente.)

Entrevistador: ¿Cree que pueda hablar sobre eso?

Paciente. Sí..., creo que sí.

Entrevistador: Ese otro tema es muy importante, pero es claro que aún no es tiempo para hablar de él. Lo retomaremos más adelante.

Posponer la discusión de material difícil, como en el ejemplo que acabamos de citar, es tal vez uno de los métodos que se usan con mayor frecuencia para lidiar con las resistencias moderadas o fuertes. La técnica sacrifica información en bien del *rappor*t y la integridad de la entrevista, así que debes emplearlo con moderación. Es importante para el paciente comprender que el tema no se ha cancelado, sólo se ha pospuesto. Ésa es la intención de este entrevistador al prometer que retomaría el tema más adelante.

Una respuesta de "No sé" no te da más información que el silencio de un muerto; si se repite con frecuencia, puede ocasionar que la entrevista se interrumpa en seco. A veces, puedes sacar al paciente del punto muerto respondiendo:

"Bueno, ¿qué piensa usted al respecto?"

Desafortunadamente, a menudo esto sólo provoca la réplica obvia (y exasperante) "No sé".

Si no estás obteniendo mucha información de ningún modo, no correrás un gran riesgo si lo obligas a una confrontación poco común. Puedes obtener algunas pistas sobre la razón de la resistencia. En este ejemplo, la paciente confrontada es Julie, una chica de 16 años de edad:

Entrevistador: (*Se inclina hacia el frente y sonríe*) En varias ocasiones en que has respondido "No sé" se ha tratado de preguntas que, pienso, sí sabes la respuesta. ¿Qué crees que pasaría si no me respondes?

Julie: No sé.

Entrevistador: A muchas personas no les gusta hablar, porque están molestos por algo. ¿Te has sentido molesta?

Julie: Tal vez.

Entrevistador: (Sonríe) Quizá debemos tratar de comprender esto. ¿Qué sentías hace un momento?

Julie: Mi tonta madre me hizo venir. (Hace una pausa)

Entrevistador: ¿Así que fue idea de tu madre venir?

Este ejemplo muestra la confrontación y el nombramiento de sentimientos, que ya se han mencionado. También sugiere otras técnicas que pueden ayudar a superar la resistencia:

- Enfócate en describir los síntomas; sólo por ahora, no te preocupes por lo que puedan significar
- Cambia de los hechos a los sentimientos. La resistencia suele tener una base emocional. Este entrevistador se dio cuenta de qué sentimientos tenían que ser explorados antes de continuar con la historia del paciente
- Resalta lo normal. A veces, los pacientes concluyen que deben ser bastante raros por el simple hecho de recibir atención de un clínico en salud mental. Tal vez Julie se sintió mejor cuando supo que su clínico se había encontrado esta conducta antes y no le resultaba rara

- Rechaza la conducta y acepta a la persona. Al inclinarse al frente y usar palabras cálidas y un tono de voz cordial, el entrevistador de Julie indicó con claridad 1) la aceptación incondicional del paciente como persona y 2) la deseabilidad de una respuesta diferente
- Emplea recursos verbales y no verbales para alentar a la paciente. Una vez que Julie empieza a hablar, el entrevistador alienta su esfuerzo con una sonrisa y haciendo sugerencias que la sacan de su "No se"
- Elogia a la paciente por responder. Otros medios de alentar al paciente (asentir, parafrasear) se discutieron en el capítulo 4
- Enfócate en los intereses del paciente. En cuanto fue claro que esta paciente estaba molesta por ser obligada a asistir a la sesión, el entrevistado se centró en su relación con su madre. Después, la sesión se volvió mucho más productiva
- Una técnica más es buscar un modelo menos cargado de afecto de la conducta o los sentimientos en cuestión y discutir primero el modelo. A menudo, éste es un episodio similar que le sucedió al paciente mucho tiempo atrás, pero podría afectar a un amigo o familiar. He aquí cómo funciona el proceso:

Entrevistador: ¿Se ha sentido tan mal como para pensar en hacerse daño?

Paciente: Mmm, no sabría qué decir.

Entrevistador: Es un tema que le molesta mucho, ¿no es así?

Paciente: (Asiente)

Entrevistador: Usted mencionó que intentó suicidarse hace varios años, ¿verdad?

Paciente: Sí. (Hace una pausa larga)

Entrevistador: ¿Qué pasó entonces?

Paciente: Tomé una sobredosis de las pastillas de mi esposa para el corazón. Pero las vomité todas.

Entrevistador: Debió haberse sentido bastante desesperado.

Paciente: (Asiente)

Entrevistador: ¿Se siente del mismo modo ahora?

Paciente: Supongo que sí. Pero no me gusta hablar de eso. Asusta a mi esposa.

Con variaciones, esta técnica a veces puede facilitar una discusión provechosa después de que un método más directo no ha servido. Pero si lo único que consigues es mayor resistencia, tal vez debas cambiar por completo de tema, siempre y cuando la demora no suponga un posible peligro para el paciente.

A veces los propios pacientes adoptan espontáneamente esta técnica de cambiar a un modelo menos cargado de afecto. Cuando eso sucede, deja que termine de hablar sobre el ejemplo pasado y luego pregunta:

"¿Puede ver alguna relación entre lo que sucedió entonces y la manera en que se comportó recientemente?"

La mayoría de los pacientes sabrá a qué te refieres. En caso de que no, tú mismo puedes hacer notar el paralelismo.

Tardanzas

Cuando sólo ha ocurrido una vez, no sabes si la tardanza se convertirá en un problema crónico. Si el paciente llega tarde a la primera entrevista y dispones de más tiempo, no estaría mal extender la entrevista y terminar la evaluación. Si no es así, la mejor opción es decir: "Aprovechemos el tiempo que nos queda lo mejor posible", y poner manos a la obra.

Pero el paciente que con frecuencia llega tarde a sus citas es el azote de muchos clínicos en salud mental. Si sólo ocurre una o dos veces, tal vez puedas ignorar los retardos. Algunas personas tienen el hábito de llegar tarde a todos lados, pero no es de especial utilidad aceptar esta característica como una razón; la tardanza crónica es un obstáculo no sólo para la atención de la salud mental. Yo no recomiendo conceder tiempo adicional a alguien que siempre llega tarde, pues envía el mensaje de que está bien no cumplir con las obligaciones personales y perjudica injustamente al paciente que ves en la siguiente cita. Ésta es una conducta que debes tratar como resistencia.

Primero, procura que el paciente no piense que estás ofendido. Y no debes estarlo: no se trata de ti, sino del problema del paciente (tal vez el que en verdad lo impulsó a buscar tratamiento en un primer momento). Más bien, tus palabras y comportamiento deben decir: "Me preocupa que no esté obteniendo la ayuda que necesita". Invita al paciente a explorar contigo las posibles razones –"¿Está temeroso de lo que podría pasar en la sesión?"–, pero luego concentra tus esfuerzos en corregir esta conducta: "¿Qué se le ocurre que podría ayudarlo a llegar a tiempo?" Tal vez te encuentres discutiendo el uso de relojes de alarma o recordatorios que el paciente puede encontrar en las docenas de aplicaciones gratuitas para *smartphones*.

Técnicas especiales

A veces, otras técnicas de entrevista son útiles para contrarrestar las resistencias. En su mayor parte, estas estrategias se aplican en situaciones específicas o con tipos particulares de pacientes. Los entrevistadores principiantes usan rara vez estas técnicas especializadas.

- Ofrecer una excusa para la información negativa. Ayudándolo con razones plausibles, puedes alentar al paciente a ser franco al hablar de problemas embarazosos o dolorosos

Entrevistador: ¿Qué tanto ha estado bebiendo en días recientes?
 Paciente: No mucho. En realidad, no llevo la cuenta
 Entrevistador: Pensé que, con todo el estrés que rodea la muerte de su esposo, habría empezado a beber en exceso otra vez, como cuando su madre murió hace varios años
 Paciente: Tiene razón. Me he sentido abrumada. Si no me tomara tres o cuatro bebidas dobles todas las tardes, no podría dormir nada
- Exagerar las consecuencias negativas que *no sucedieron*. Al resaltar el peor resultado posible de una conducta, reduces la ansiedad del paciente respecto de lo que en realidad sucedió

Entrevistador: Durante esta pelea, ¿lastimó seriamente a su esposa?
 Paciente: Bueno... (Silencio)
 Entrevistador: Bueno, ¿la mató?
 Paciente: No, sólo la golpeé un poco.
- Inducir al paciente a fanfarronear. Rara vez un paciente se reserva información sobre una hazaña, pero parece estar orgulloso de ella en secreto. Algunos entrevistadores intentan alentar la franqueza insinuando sutilmente que admiran algún aspecto de la conducta en cuestión

Entrevistador: ¿Cuánto estuvo bebiendo entonces?
 Paciente: Caramba, es difícil decirlo.
 Entrevistador: Usted es un hombre de bastante buen tamaño. Usted luce cómo alguien que en verdad sabe beber.
 Paciente: En mis mejores días, era bueno.
 Entrevistador: ¡Apuesta a que todos se caían y usted podía seguir bebiendo!
 Paciente: Sí, supongo que en mis tiempos gané en levantamiento de tarro.

Con esta técnica se puede establecer el *rapport* al mismo tiempo que se obtiene información. Aunque tal vez es lo suficientemente inofensiva cuando se aplica al consumo de sustancias, me preocupa que pueda enviar un mensaje de aprobación a un paciente con un trastorno de la personalidad cuyas actividades incluyan malas conductas sexuales, peleas o conductas criminales. Si alguna vez usas esta técnica, procura no consentir o alentar la conducta misma. Con toda franqueza, casi nunca la he usado.

PREVENCIÓN

Al igual que con otros problemas, el remedio para la resistencia es satisfactorio en la medida en que la evita. Las siguientes estrategias deben ayudarte a no tener necesidad de usar las técnicas más dudosas que acabamos de discutir.

- Si antes de comenzar la entrevista puedes obtener información acerca del carácter o estilo de interacción del paciente, puedes modificar de mejor manera tu método para abordar temas difíciles. Las fuentes incluyen a los clínicos que te enviaron al paciente y los expedientes de hospitalizaciones previas
- A veces, puedes decir de inmediato que el paciente es reacio a hablar. Un ceño fruncido, un suspiro o una mirada hacia arriba pueden ser un indicio, incluso antes de que *tú* empieces a hablar. Si así es, tal vez sea un buen momento para romper mi regla del capítulo 1 y empezar con una pequeña charla. Algunos momentos de conversación sobre algo que compartan (el tiempo o los intereses deportivos) pueden ayudar a que el paciente te vea "cordial" y a que se reduzca el antagonismo. El objetivo de la breve charla –Ser empático sirve para tener una conversación productiva con un paciente potencialmente difícil– sugiere dos advertencias: 1) política y religión nunca son temas "menores"; huye de ellos como de la peste; y 2) en el caso de cualquier tema, procura no tomar una posición que pueda considerarse tajante o controvertida. Eso podría llevarte a una confrontación que la ya de por sí desafiante entrevista no necesita
- Monitorea con cuidado tus reacciones a la información que obtienes. Si tus comentarios o expresiones faciales insinúan sorpresa o desaprobación, puedes dañar gravemente el *rapport* y limitar tanto la cantidad como la calidad de la información
- Responde a las preguntas tan honesta y completamente como puedas. Desde luego, éste es el método obvio que se debe usar con cualquier paciente, pero la discusión abierta y cuidadosa de tus propósitos y los posibles beneficios de la cooperación pueden ser de especial utilidad para reducir la desconfianza de un paciente paranoide o incluso psicótico
- Individualiza la técnica para obtener la historia del paciente. Algunos simplemente no se darán prisa. No son psicóticos ni dementes; es sólo que tienen que contar sus historias a su propio modo. Cuando encuentras a un paciente de éstos, puedes olvidarte de tus horarios, relajarte y disfrutar el recorrido. Obtendrás tu historia, un poco a la vez, y preservarás el *rapport*
- Antes de hacer las preguntas del EEM sobre delirios, alucinaciones y orientación, señala que estas "preguntas de rutina" son parte de una evaluación minuciosa habitual. Esto debe ayudar a apaciguar cualquier preocupación relacionada con la sospecha de que el paciente sea mentalmente lento o psicótico
- Si encuentras material psicótico como delirios o alucinaciones, no discutas. No ganarás puntos refutando lo que el paciente "sabe" que es cierto. Pero tampoco debes estar de acuerdo con algo que sabes que es falso: no debes reforzar la psicosis. En vez de ello, averigua por cuánto tiempo se ha sentido así el paciente, o resalta tu preocupación por el malestar que lo acompaña. Por ejemplo, el paciente puede sentirse asustado del contenido de la alucinación

TU ACTITUD

Como señalé antes, con cada paciente es importante comprender tus propios sentimientos. Si encuentras que te sientes aburrido, enojado o indignado, pregúntate “¿Por qué?” ¿Este paciente te recuerda a alguien más, como un supervisor, uno de tus padres o a tu cónyuge? (Cuando los sentimientos del terapeuta hacia el paciente se transmiten de relaciones personales, lo llamamos *contratransferencia*). Quizá algunas características de la personalidad del paciente te recuerden alguno de tus propios rasgos menos admirables. ¿Sientes ansiedad respecto de tu propia salud, matrimonio o familia? Estos sentimientos pueden ser omnipresentes, así que incluso los clínicos experimentados tienen que trabajar para evitar su intrusión en las relaciones terapéuticas.

Un paciente que no coopera o es difícil en otros sentidos representa un desafío especial. Como clínico, no debes permitir que la conducta pasivo-agresiva, el sarcasmo o la ira provoquen un estallido en ti. Tales afectos negativos, en especial cuando surgen al principio de la relación, pueden poner en peligro una entrevista y dañar seriamente el futuro *rapport*. Si notas que te sientes incómodo durante una entrevista, pregúntate:

“¿Por qué me siento tan molesto?”

“¿Qué mensaje estoy pasando por alto?”

“¿A quién me recuerda este paciente?”

Las respuestas a estas preguntas deben ayudarte a determinar las acciones correctas que debes realizar.

Conductas y temas especiales o difíciles

Todos los pacientes son especiales, y cada uno es único. Pero las conductas de algunos pueden ser especialmente difíciles: vagas, hostiles, falsas, confusas o incluso violentas. Y además de las conductas, ciertas características de los pacientes (p. ej., atributos físicos) también pueden requerir una atención especial. Las conductas y temas difíciles nos brindan la oportunidad de agudizar nuestras habilidades de adaptación y persuasión, y practicar las virtudes de la paciencia y tolerancia.

VAGUEDAD

En vez de información, un paciente puede decir sólo palabras vacías. He aquí algunos ejemplos:

- **Motivo de consulta difuso.** Pueden formularse distintas preocupaciones, pero ninguna de ellas parece una razón suficiente para buscar tratamiento
- **Sobregeneralización.** Un solo episodio del padecimiento puede tratarse como típico cuando no lo es; un ejemplo de la conducta de un amigo se cataloga como "usual". Las palabras *siempre* y *nunca* pueden ser indicios de sobregeneralización
- **Respuestas aproximadas.** A menudo, esto significa que el paciente te da adjetivos cuando esperas números

Entrevistador: ¿Cuánto tiempo lleva bebiendo?

Paciente: Largo tiempo.

Entrevistador: ¿Podría darme una idea de cuánto?

Paciente: Bueno, un buen rato.

A veces, el paciente simplemente parece incapaz de dar información precisa.

Entrevistador: ¿Cómo se sintió cuando su hijastra llegó de visita por largo tiempo?

Paciente: Pésimo.

Entrevistador: Bueno, ¿puede describir sus sentimientos en ese momento?

Paciente: Me sentí terrible.

Manejo de la vaguedad

Primero, trata de determinar por qué el paciente está siendo impreciso. En algunos casos, puede ser parte del trastorno mental particular del paciente: el discurso vago es característico especialmente en pacientes con discapacidad intelectual, psicosis o trastornos de la personalidad. Sin embargo, podrías encontrarla en casi cualquiera que no está acostumbrado a pensar en términos precisos. Quizá ésta sea la primera vez que el paciente trata de expresar sus pensamientos inquietantes. También puede indicar una resistencia a la entrevista: ¿la persona trata de esconder algo?

Como puedes imaginar, no servirá de nada señalar que el paciente no está siendo claro. Si tienes que poner nombre a la conducta, intenta con “sobregeneralización”. Puedes decir “Ayúdeme a entender”. También puedes manejar la vaguedad ofreciendo estructura: señala con claridad qué tipo de respuesta o grado de precisión esperas.

Entrevistador: ¿De cuánto tiempo fue la condena que cumplió en la penitenciaría?

Paciente: Ah, estuve un buen rato.

Entrevistador: En meses o años, ¿cuánto tiempo estuvo ahí?

Al paciente que insiste en usar una descripción general como *terrible*, podrías responderle:

“¿Qué entiende usted por terrible?”

“¿Podría darme un ejemplo de lo que usted considera *terrible*?”

Quizá tengas que hacer preguntas específicas para que el paciente dé respuestas concretas con base en las áreas de interés clínico (véase capítulo 13) o en lo que sabes acerca de los trastornos mentales particulares.

Entrevistador: ¿A qué se refiere con terrible?

Paciente: No sé. Sólo me sentía mal.

Entrevistador: ¿Podría darme un ejemplo?

Paciente: (Hace una pausa). Sólo fue muy espantoso.

Entrevistador: Bueno, ¿se sentía deprimido?

Pacientes: A veces.

Entrevistador: ¿Sentía ansiedad?

Paciente: ¡Sí, eso es! Estaba muy tenso.

Independientemente de la técnica que uses, una vez que hayas clarificado el sentido de las palabras del paciente, haz un resumen para estar seguro de que entendiste bien:

“Así que cuando usted dijo ‘me sentí terrible’ cuando su hijastra llegó de visita, usted estaba un poco deprimido, pero sobre todo tenía esta sensación de ansiedad aplastante.”

Tal vez sea necesaria mucha dirección de tu parte para que el paciente adquiera la costumbre de responder con precisión en vez de hacerlo de manera aproximada. Podrías terminar haciendo preguntas de opción múltiple. Al inicio de la entrevista, un paciente cuyo discurso es inconexo y vago puede necesitar que hagas preguntas focalizadas y de respuestas cortas. Si la vaguedad persiste a pesar de todos tus esfuerzos, puedes pensar que una resistencia subyace en ella. Para explorar las razones de esta resistencia, tienes que correr el riesgo de una confrontación. Intenta con:

“Con el fin de ayudarlo, en verdad necesito una respuesta más definida. ¿Hay alguna razón para que usted tenga dificultades para responder mis preguntas?”

Incapacidad para generalizar

Un problema relacionado con la vaguedad es que algunos pacientes no pueden generalizar sus experiencias. Cuando les pides que te presenten un panorama general, ellos responden con ejemplos específicos y diminutas viñetas.

Puedes tratar de manejar esto redefiniendo qué es lo que buscas. Usar palabras como común, a menudo y por lo general ayuda a enseñarle al paciente lo que quieres.

Entrevistador: ¿Tiene muchas dificultades para manejar su enojo?

Paciente: La semana pasada en verdad me puse furioso con mi suegra. Estaba histérico.

Entrevistador: Esto es lo que quisiera saber: ¿esto es muy común en usted?

Si el paciente simplemente no puede generalizar, tendrás que arreglártelas con los distintos ejemplos para hacer las generalizaciones por tu cuenta. Luego, haz un resumen en voz alta para asegurarte de que entendiste bien.

MENTIR

Como parte del contrato terapéutico implícito en toda relación clínica, el paciente está de acuerdo en decir la verdad. Al principio de tu trabajo con cualquier paciente, debes suponer que así será. Desafortunadamente, por distintas razones, no siempre es así.

Los pacientes pueden mentir cuando se sienten asustados, avergonzados, preocupados o enojados. Estas emociones pueden presentarse en la mayoría de las personas que buscan ayuda de profesionales de la salud mental; ¿en realidad no es algo que nos afecta a todos en mayor o menor grado? Otros pacientes pueden mentir por los beneficios sociales: obtener o mantener un empleo, evitar un castigo o sentirse más respetados. Algunos sólo tienen problemas para resolver el conflicto inevitable entre informar con exactitud y guardar las apariencias. Quienes acostumbra mentir sin una causa o beneficio discernible, popularmente llamados “mentirosos patológicos [o compulsivos]”, constituyen quizá una pequeña minoría.

Diversas pistas podrían advertirte que es posible que el paciente no esté diciendo la verdad:

- La historia es inconsistente con el curso conocido del trastorno que sospechas. Por ejemplo, el paciente niega haber sido hospitalizado alguna vez a pesar de la larga historia de síntomas maníacos graves
- Preguntas por alguna conducta que a la mayoría de las personas haría sentir avergonzada o culpable. Los ejemplos comunes incluyen el uso de drogas, temas sexuales, conductas suicidas y violencia, cualquiera de los cuales brinda un incentivo para maquillar la realidad
- El paciente dice una historia internamente inconsistente. Un ejemplo extremo: alguien que no terminó la secundaria afirma tener puestos directivos de alto nivel
- Observas algunas conductas que se han asociado con mentir. Éstas incluyen alternar entre mirarte fijamente y no hacer contacto visual, bostezar, tartamudear, sudar, hiperventilar, inquietud motriz o no dejar de moverse, ruborizarse, tono de voz alto, habla rápida y retrasos durante los cuales el paciente parece tratar de determinar qué respuesta suena mejor. Debido a que cualquiera de estas conductas puede tener otras causas, no debes sacar conclusiones apresuradas; mejor trata de confirmar tus sospechas con más observación u otros informantes
- Sospechas la existencia de un trastorno de personalidad grave. Por ejemplo, una historia infantil de delincuencia que se convierte en criminalidad adulta debe hacerte sospechar

un trastorno de personalidad antisocial. Con frecuencia, estos pacientes muestran poca consideración por la verdad

- A pesar de las amplias oportunidades y la justificación objetiva, el paciente niega todos los atributos negativos. Por ejemplo:
Una mujer amargada de 40 años de edad tiene un título universitario, pero está estancada en una aburrida posición secretarial. Según parece, su vida ha carecido de amor y amistad. Pero cuando le preguntas qué cambiaría de sí misma si pudiera empezar de nuevo, ella replica "Nada"
- El paciente parece exagerar sus logros

Manejo de las mentiras

Al igual que con otras conductas problemáticas, manejar las mentiras que se sospechan requiere mucho tacto. Necesitas información precisa para hacer un diagnóstico, pero la confrontación abierta implica el riesgo de que la relación se rompa. (En la terapia en curso, con el tiempo tienes que discutir sobre la necesidad de la confianza en la relación. Aunque el tratamiento no es el principal objetivo de la entrevista inicial, tampoco quieres decir algo que impida más adelante la posibilidad de trabajar constructivamente con tu paciente).

Antes de decidir el curso de acción, a menudo vale la pena pedir al paciente que repita lo que acaba de decir:

"¿Podría repetirme lo que acaba de decir?"

Tal vez entendiste mal; quizá el paciente se equivocó; en cualquier caso, más detalles podrían aclarar el asunto.

Otro método obvio es ignorar la mentira y buscar la verdad en otra parte, por ejemplo, en expedientes o informantes. Puedes llegar a la verdad reconstruyendo una cuidadosa historia, año por año, de las actividades laborales, educativas y sociales del paciente. Aunque toma tiempo, siempre he encontrado interesante y gratificante el trabajo de detective con la historia de vida del paciente.

Si debes concluir que está justificada una confrontación sobre un tema de información errónea, formula tus preguntas de un modo que no parezca acusación. Exprésalas en términos de resolver un mal entendido o de aclarar tu propia confusión:

"Algo me desconcierta. Acaba de decir que usted no había tenido ningún problema con el alcohol, pero su expediente de salud menciona dos visitas a salas de urgencias el año pasado por intoxicación. ¿Podría ayudarme con esto?"

A alguien cuya respuesta indica una disposición a pelear ("¿Me está llamando mentiroso?"), puedes responder que el problema no es con el paciente, sino con la historia:

"Ayúdeme a entender algunas contradicciones."

Con este mismo método, una solicitud discreta de ayuda para entender, puedes abordar las conductas relacionadas de exageración y minimización de los síntomas.

Y siempre que sospeches que el paciente está mintiendo o (para usar una palabra que yo trato de evitar) fingiendo el padecimiento, debes procurar no hacer preguntas capciosas. Es lo suficientemente malo cuando un paciente hace comentarios falsos en la conversación. Es todavía peor cuando el entrevistador participa en el engaño.

HOSTILIDAD

De todas las conductas problemáticas, la hostilidad –enojo o antagonismo, por lo general, dirigido contra alguien más– es la más fácil de identificar. Los sentimientos del paciente se muestran con claridad mediante un ceño fruncido, puños apretados, tono de voz enojado o comentarios sarcásticos. Incluso los pacientes que sonríen con determinación a pesar de sus emociones negativas pueden revelar sus sentimientos subyacentes con la expresión facial o con un tono de voz tenso. Cualquiera que sean sus manifestaciones, la hostilidad debe manejarse de manera inmediata y eficaz. No hacerlo pondría en riesgo la entrevista entera.

Las posibles causas de la hostilidad son numerosas. He aquí unas cuantas; algunas de ellas ya se han mencionado como causantes de otras conductas problemáticas:

- **Miedo al padecimiento.** Los pacientes descartan la idea de tener algún padecimiento rechazando la necesidad de un cuidador
- **Emoción desplazada.** Tal vez lo que subyace en la hostilidad no eres tú ni la situación actual, sino un jefe, cónyuge o profesional de la salud mental anterior. Tú eres un blanco inocente de la transferencia negativa
- **Miedo a la intimidad.** Esta razón puede ser especialmente pertinente en una entrevista de salud mental, donde la hostilidad sirve para “proteger” al paciente de hacer revelaciones no deseadas
- **Sentimientos ocultos.** Una persona que descarga su ira puede hacerlo para enmascarar otra emoción que es aún más amenazante, como ansiedad, quizá, o depresión
- **Miedo a la dependencia.** Algunos pacientes se molestan por tener que buscar ayuda para cualquier problema. Para ellos, la hostilidad puede ser un mecanismo para mantener una distancia segura de las personas que ven como figuras que ejercen cierto poder. Quizá esto deriva de una larga experiencia de sentirse socialmente inferiores
- **Hábito.** Cualquiera que sea la causa inicial, algunas personas se acostumbran a ser agresivas u hostiles, porque eso les ayuda a tener control sobre los demás
- **Evidente falta de empatía del entrevistador.** Además de las causas anteriores “centradas en el paciente”, considera el efecto de un entrevistador que parece indiferente o desinteresado. La mayoría de los pacientes de salud mental aguanta una carga considerable de emociones negativas. Si, además, tiene que tratar con alguien que, se supone, debe comportarse terapéuticamente y, sin embargo, da la impresión de ser frío o poco comprensivo, la reacción natural bien puede ser de hostilidad adicional

Podrías considerar esta última posibilidad si la hostilidad afecta con frecuencia tus relaciones con los pacientes. En este caso, quizá debes conseguir ayuda diagnóstica de un supervisor o de un miembro del cuerpo docente de la institución donde estudias. Pide a esta persona que revise los videos de las sesiones en que entrevistas pacientes. Un patrón de enojo recurrente debe ser evidente para cualquier experto en el arte de la entrevista. Eso requeriría más orientación de la que puede ofrecerte algún libro.

Manejo de la hostilidad

Las emociones negativas suelen hacer sentir incómodas a las personas; la hostilidad hace sentir de esa manera también a los amigos y conocidos. Debido a que este malestar reactivo también aparece en los entrevistadores de salud mental, tu primer impulso puede ser cambiar de tema con rapidez. Esa estrategia podría ser eficaz si el problema es el enojo o resentimiento provoca-

do por el tipo de preguntas que haces. Pero la verdadera hostilidad tiende a generalizarse más allá del enojo; es muy difícil manejarlo con éxito sólo ignorándolo.

Cualquier evidencia de hostilidad te advierte que, antes de continuar, tienes que confrontar los sentimientos del paciente. Para que la entrevista se desarrolle con eficacia, tienes que hacer la confrontación de una manera que no sea amenazante ni crítica. He aquí un modo de conseguirlo:

Entrevistador: ¿Por qué vino aquí?

Paciente [hombre alto, corpulento, de 28 años de edad]: Querrá decir ¿por qué me trajeron aquí? ¿Y por qué debo decirselo yo? ¡Usted es el tercero con que he hablado esta tarde!

Entrevistador: Apuesto a que le enferma hablar de eso. No lo culpo.

Paciente: Usted no me culpa, sólo me molesta.

Entrevistador: No es mi intención molestarlo. Me doy cuenta de que alguien tan molesto como usted debe tener muchas cosas en la mente.

Paciente: En eso tiene razón.

Entrevistador: ¿De qué se trata? Debe ser bastante horrible haberle provocado esto.

Paciente: Eso es, muy bien. (Hace una pausa). Mi esposa me abandonó.

Aunque las palabras enojadas de este paciente estaban dirigidas al entrevistador, la razón subyacente de la hostilidad era mucho más personal. Disculpando la conducta y comprendiendo los sentimientos, el entrevistador podría ponerse del lado del paciente y penetrar hasta el corazón de su hostilidad. Responder al miedo detrás de la hostilidad a menudo es una excelente manera de contrarrestarla. Observa cómo este entrevistador también apartó al paciente de la ofensa y lo llevó a una conversación solicitando detalles.

Reacciones diferentes por parte del entrevistador tal vez habrían producido sentimientos negativos adicionales:

"Mire, sólo trato de ayudarlo" (Culpa).

"Si usted no habla sobre eso, nunca podrá superarlo" (Ansiedad).

"¡No se desquite conmigo! Yo no le he hecho nada a usted" (Más hostilidad).

Esta última respuesta trae a colación un punto que a veces olvidamos. La hostilidad es contagiosa; si no eres precavido, puede infectarte incluso a ti. Sin importar qué tan natural pueda parecer una réplica mordaz en ciertas circunstancias, ésta podría arruinar la entrevista; quizá el resultado que el paciente estaba tratando de provocar desde el principio. Si recuerdas que has conocido al paciente desde hace muy poco tiempo como para provocar cualquier antipatía personal, eso podría ayudarte a guardar la compostura. Por lo tanto, cualquier ataque verbal debe ser producto de los propios problemas del paciente.

Si estás hablando con un paciente voluntario que pide que lo dejes ir, es posible que nunca termines la entrevista. Pero si el paciente está siendo retenido contra su voluntad en un pabellón cerrado de hospital, el tiempo estará de tu lado.

Un hombre de 20 años de edad fue admitido en contra de su voluntad. En el siguiente diálogo, observa cómo el entrevistador no discute, sino que está de acuerdo con cada afirmación del paciente, dándole a cada solicitud un giro que requería de la cooperación del paciente.

Paciente: Mire, no quiero hablar con usted ni con ningún otro psiquiatra. ¡Sólo déjenme salir de este maldito lugar!

Entrevistador: Eso es lo que trato de hacer. Mi trabajo es ayudarlo a salir de aquí.

Pero la ley dice que no puedo dejarlo ir hasta estar seguro de que estará a salvo. Y yo—

Paciente: No me diga nada de esas tonterías. ¡Quiero salir de aquí ahora!

Entrevistador: (*Se levanta para marcharse*). Estaré complacido de empezar a trabajar en esto en cuanto obtenga la información que necesito de usted.

Paciente: ¿Quiere decir que me tengo que quedar aquí toda la noche?

Entrevistador: (*Se dirige a la puerta*). Bueno, podrían ser varios días.

Paciente: ¡Espere un minuto! ¡No puede dejarme aquí!

Entrevistador: Con mucho gusto regresaré cuando esté dispuesto a hablar.

Paciente: ¡Voy a demandarlo por cada moneda que haya obtenido!

Entrevistador: Mañana lo ayudaremos a conseguir a un representante legal. Pero sería más rápido si sólo aceptara cooperar.

Este entrevistador salió de la habitación, pero regresó 20 min más tarde a solicitud del paciente, quien en adelante cooperó por completo y fue dado de alta pocas horas después. La confrontación se apaciguó cuando el entrevistador adoptó una actitud de estar del lado del paciente, quien sólo podría conseguir lo que deseaba cambiando su conducta.

Disminuir la hostilidad puede ser una prueba suprema para el profesionalismo de cualquier entrevistador. Para aprobarla, tienes que monitorear continuamente tus propios sentimientos y responder de formas en las que se aborden las necesidades emocionales del paciente, no las tuyas.

VIOLENCIA POTENCIAL

Es muy poco frecuente que el paciente sea hostil al grado de ejercer violencia. Aunque no es común que un trabajador de la salud mental sea lastimado gravemente por un paciente, muchos de nosotros hemos sido, al menos, sacudidos o golpeados durante nuestras carreras. En el mejor de los casos, es una experiencia perturbadora, a la que tenemos que mantenernos alerta para prevenirla.

Desafortunadamente, predecir quién se pondrá violento es bastante difícil. Aunque la gran mayoría de los pacientes con enfermedades mentales graves no representa un peligro para otros, a ellos se debe casi 5% de los homicidios en EUA. Además de las psicosis debidas a la esquizofrenia y a los trastornos del estado de ánimo, podrías encontrar violencia en quienes padecen un trastorno cognitivo, trastornos de personalidad (en especial, el trastorno de personalidad antisocial) e intoxicación aguda por sustancias. Debes estar particularmente atento cuando entrevistas a un hombre o una mujer que tiene uno de estos diagnósticos.

Sin importar el diagnóstico, un método actuarial emplea la presencia o ausencia de diversos factores para ayudar a predecir quién se pondrá violento. Estos factores incluyen la juventud relativa, historia previa de violencia, historia de abuso físico en la infancia y alucinaciones que ordenan a la persona cometer actos violentos (otros tipos de alucinaciones no predicen violencia). Cuando encuentro alguno de estos factores en un determinado paciente, suelo poner atención extra.

Durante cualquier entrevista, ten en mente varios principios de seguridad que, aunque se aplican a todo clínico, son de especial pertinencia para las entrevistadoras mujeres, a quienes los pacientes pueden considerar como blancos vulnerables. Recuerda que a nadie le importa tu seguridad más que a ti mismo. He aquí algunas medidas preventivas que debes tomar:

- Revisa toda la documentación disponible antes de entrevistar a un paciente nuevo. Debes ser cauteloso sobre todo con alguien que tiene historia de violencia o parece tener un padecimiento que indique un pobre control de impulsos. Otra vez, psicosis, intoxicación actual y conducta antisocial son los candidatos obvios
- Lo ideal es que la habitación para la entrevista en las instalaciones de urgencias en salud mental tenga dos puertas que se abren hacia afuera. Incluso si esto no es así, acomoda

los asientos en el lugar donde estés de modo que el paciente nunca se interponga entre tú y la ruta potencial de escape, como señalé en el capítulo 1

- Cuando te reúnas con un paciente nuevo por primera vez, trata de tener un guardia de seguridad disponible, en especial si es tarde en la noche y hay pocas personas cerca
- Muchos clínicos tienen botones de pánico instalados debajo del escritorio en su consultorio. Si tienes uno de ellos, procura conocer bien su funcionamiento y la respuesta esperada
- En circunstancias dudosas, dejar la puerta abierta de la habitación donde llevas a cabo la entrevista también te brinda una sensación de seguridad y da al paciente una razón más para controlarse
- Procura estar atento a estas señales de tensión elevada: puños cerrados, tono de voz fuerte o tembloroso, palabras de enojo, mirada con los ojos entrecerrados o estallidos súbitos de actividad
- Si el paciente se ve muy inquieto o intimidante de algún otro modo, conserva la calma. “Por favor, tome asiento”, podrías decir tranquilamente. Aunque algunas situaciones sólo pueden manejarse con una muestra de fuerza, las señales de tu propia capacidad para permanecer tranquilo pueden mantener la tapa en una caldera que amenaza con derramarse

Debes estar preparado para lidiar con un daño potencial a las personas o propiedades. Algunos individuos se pasan la vida intimidando a los demás; a menudo sus amenazas tienen éxito sin que tengan, siquiera, la necesidad de cumplirlas, pero es difícil saber de antemano quién cumplirá las amenazas de daño físico o en qué circunstancias lo hará. Por lo tanto, es vital tener un plan de tres partes:

1. Con los principios que acabamos de enumerar y la firmeza de una fuerza de apoyo, garantiza tu propia seguridad y la de los que te rodean.
2. Conserva la compostura mientras informas al paciente sobre las consecuencias de más amenazas o de conductas impulsivas reales.
3. Procura estar listo para hacer valer los límites que estableces en caso de que sea necesario.

Supón que, a pesar de todos tus esfuerzos por crear el *rapport*, el paciente muestra señales de continua hostilidad. Entonces, quizá tengas que interrumpir la entrevista, pero trata de hacerlo de modo que preserves ciertas bases de una futura relación. Podrías decir algo como:

“Lo siento. En verdad me gustaría trabajar con usted, pero en este momento usted parece estar muy molesto. Quizá podamos volver a trabajar juntos después”.

Luego, sal de la habitación de inmediato y notifica al equipo de seguridad y a tus colegas. Recuerda que no es el trabajo de nadie encarar sin ayuda a un paciente hostil y posiblemente violento. “La seguridad en números” está trillada, pero es cierta, y siempre es tu responsabilidad como clínico de la salud mental promover la seguridad: la de tus pacientes, la de tus colegas y la tuya propia.

CONFUSIÓN

Los pacientes que presentan confusión* debido a una demencia o delirium constituyen un desafío sumamente desconcertante para el entrevistador. Pueden pensar y hablar con lentitud, mezclar los eventos en términos cronológicos, olvidar hechos importantes y tener dificultades para

*Confusión no es un término médico propiamente dicho, sino que es una categoría práctica para personas cuyo pensamiento parece estar nublado o para quienes se describen a sí mismos como confundidos

seguir instrucciones. La frustración con su pobre desempeño a veces provoca hostilidad. Debido a que los datos que obtienes de ellos son poco confiables y dispersos, es difícil hacer un diagnóstico válido. A veces, la entrevista termina sin que obtengas mucho a cambio de tu esfuerzo.

La mejor solución para esta experiencia frustrante es la prevención. Antes de la entrevista, obtén toda la información posible de fuentes colaterales (como familiares, médicos, otros trabajadores de la salud mental y expedientes de hospitales anteriores). De acuerdo con un estudio reciente, en el caso de algunos trastornos como psicosis antiguas, los expedientes médicos pueden proporcionar una gran parte de la información que necesitas. Entonces, te puedes concentrar en la valoración minuciosa del estado mental del paciente.

Incluso sin información colateral, puedes tomar varias medidas para facilitar la entrevista con un paciente confundido:

- Preséntate lenta y claramente. Antes de empezar con las preguntas, asegúrate de que el paciente comprende quién eres y por qué estás ahí
- Trata de no apresurarte. Es mejor obtener pocos datos confiables que una maraña de inexactitudes
- Usa oraciones cortas. Los comentarios largos sólo agravan la confusión
- Elige tus palabras con cuidado. La jerga o el modismo pueden ser especialmente peligrosos para el paciente confundido
- Evita usar frases taquigráficas. Por ejemplo, un paciente confundido podría entender la pregunta "¿Ha oído voces?" en su sentido más literal
- Pide al paciente que repita la pregunta. Esto aumenta la probabilidad de que la haya entendido
- Pregunta sobre los eventos de un solo día. Si no obtienes buenos resultados con tus preguntas habituales, pide un relato de las actividades de ese día o el horario de un día típico
- Puedes realizar la entrevista con un informante presente que conozca bien al paciente. Sobre todo, en el caso de un paciente con demencia moderada, esto puede aumentar la confiabilidad de la información y dar apoyo al paciente. Pide permiso antes
- No pases al EEM formal demasiado pronto; algunos pacientes con síntomas cognitivos leves pueden notar el salto y sentirse ofendidos
- Sigue sonriendo. A pesar de la falta de información, no debes tener aspecto de irritación, que iría en detrimento del *rapport*

PACIENTES MAYORES

Ser viejo no constituye por sí mismo una discapacidad. Con demasiada frecuencia, el entrevistador olvida esto y da por hecho que el paciente mayor también está confundido, sordo o débil. Aunque siempre debes tratar de mostrar un interés apropiado, los pacientes mayores se molestan justificadamente cuando los tratan con condescendencia, los mueven físicamente de un lado a otro o les gritan. No dejes que su avanzada edad te impida preguntar sobre actividades que suelen estar asociadas con la juventud. Estas personas son mayores, no están extintas. Muchas de ellas aún abusan de drogas o alcohol, disfrutan de la sexualidad e, incluso, se preocupan por cuidar a sus propios padres.

Sin embargo, hay varias consideraciones especiales para tener en cuenta cuando entrevistes a pacientes mayores:

- Tal vez necesitarás más tiempo de entrevista sólo para tener un panorama general de todo el material. Durante una vida que abarca varias décadas, el paciente mayor prome-

dio ha acumulado más experiencias, buenas y malas, que uno más joven. En especial, necesitarás conceder tiempo adicional a la historia personal y social. Y debido a que es más probable que los problemas de salud mental de un ciudadano mayor tengan complicaciones por trastornos médicos, también necesitarás pasar tiempo extra obteniendo información del estado general de salud

- Un cambio estilístico parece tener lugar en algún punto de la séptima u octava década de vida: los rasgos de la personalidad se acentúan. Además, los pacientes mayores tienden a recordar mucho; tal vez se sienten mejor cuando revisan periodos tempranos de sus vidas. Los entrevistadores jóvenes deben tratar de adaptarse a un ritmo más lento. Trata de hablar con claridad, concede más tiempo de respuesta y propón sesiones adicionales de entrevista si necesitas terminar la recolección de datos
- Los pacientes mayores tienen algunos problemas únicos, difíciles de entender para los entrevistadores jóvenes. Tratar de llenar muchas horas de tiempo libre, por ejemplo, es un problema que muchos clínicos jóvenes no han experimentado; el estrés de bajos ingresos sin esperanza de recibir un aumento en el futuro puede ser otra experiencia ajena a los jóvenes. Incluso actividades ordinarias como preparar la comida y organizar el transporte pueden ser una carga para alguien que se ha vuelto aislado o retraído
- Ten cuidado con situaciones de abuso a los ancianos. Este problema, que puede incluir negligencia, explotación y violación de sus derechos, así como abuso físico y psicológico, probablemente afecta, cada año, a más de un millón de estadounidenses mayores de 65 años. Ocurre sobre todo cuando una persona mayor se ha vuelto recientemente más dependiente de un cuidador (que a menudo es el propio abusador). Puedes detectar situaciones de abuso a los ancianos haciendo las siguientes preguntas:

“¿Tiene miedo de alguien de su casa?”

“¿Alguna vez alguien de su casa le ha hecho daño a usted?”

“¿Alguien le ha hecho cosas que usted no quería que le hicieran?”

El abuso debe informarse a los servicios de protección de adultos apropiados en tu estado o jurisdicción. En algunos estados, no informar, por parte de los profesionales de la salud, el abuso físico a pacientes mayores es un delito menor que se castiga con una multa o un periodo en prisión.

- Los pacientes mayores han sufrido diversas pérdidas, que se multiplican con el paso de los años. Éstas incluyen pérdida de salud, trabajo, ingresos, estatus, amigos y miembros de la familia. Los hijos se han marchado; los hogares de muchos años se vendieron cuando sus propietarios se mudaron a casas de retiro

Quizá no tienen teléfono y no usan el internet, lo que produce una pérdida de contacto con los demás. Cada una de estas pérdidas demanda una sensibilidad especial, lo cual implica no sólo ser comprensivo, sino también estar alerta a la posibilidad de negación. Algunos pacientes tienen dificultades para admitir, incluso ante sí mismos, la disminución de sus capacidades y perspectivas. El resultado puede ser la sobregeneralización o la vaguedad a las que debes hacer frente con solicitudes cuidadosas de información más completa. He aquí un ejemplo:

Entrevistador: ¿Con qué frecuencia ve a miembros de su familia?

Paciente: Ah, bastante a menudo.

Entrevistador: Por ejemplo, ¿cuándo fue la última vez que vio a su hijo? Tengo entendido que vive al otro lado del pueblo.

Paciente: Bueno, en realidad fue hace como seis meses.

PACIENTES JÓVENES

Entrevistar a jóvenes es todo un tema (he escrito un libro entero sobre eso). Debido a que a menudo es un especialista en salud mental pediátrica quien se encarga de evaluar a un niño pequeño, no intentaré abordar las entrevistas que transcurren en el cuarto de juego o a través de una selva de títeres de dedo. Pero casi cualquier profesional de la salud mental puede evaluar a adolescentes, con quienes surgen temas especiales. La mayoría de mis comentarios en esta sección sólo vuelve a hacer hincapié en algunas cosas que ya mencioné antes.

Primero, mientras que la mayoría de los adultos y algunos adolescentes mayores acuden a la entrevista porque piensan que es una buena idea, los niños y la mayoría de los adolescentes rara vez asisten por su propia voluntad a una evaluación. Debido a que casi siempre es idea de alguien más, debes convencerlos de que es bueno cooperar. Por lo tanto, debes resaltar más de lo acostumbrado el establecimiento del *rappont*. En este caso, una charla breve al principio puede ayudar a los pacientes jóvenes a establecer con mayor facilidad una buena relación contigo.

Muchos adolescentes son capaces de expresar la razón de la cita, así que debes hablar con ellos primero. Los niños más pequeños —el rango exacto de edad es un poco variable, dependiendo de cada niño, su familia y la naturaleza del problema que presenta— no saben por qué están ahí, así que probablemente debes hablar primero con sus padres. En general, es buena idea tener una entrevista conjunta, pues es una oportunidad de observar la interacción del niño con, al menos, uno de sus padres, aunque es preferible que sea con los dos. (Durante una entrevista conjunta, procura proteger al niño de información potencialmente perjudicial, como una aventura amorosa de uno de sus padres o una pérdida inminente del empleo).

Un par de temas en particular podrían ocasionar que una persona joven evite la verdad. Éstos incluyen preguntas íntimamente personales acerca de drogas, sexualidad y el temor de que las confidencias estén en peligro. Para alentar la franqueza de los niños, éstos necesitan a menudo una introducción más extensa a la entrevista y a las situaciones terapéuticas que los adultos. Yo podría decir algo como esto:

“Ahora, necesito hacerte preguntas acerca de [drogas, sexualidad]. A veces, estos temas hacen que los [niños, jóvenes] se sientan tan incómodos que no pueden hablar de ellos. Si sientes que no puedes decirme la verdad, sólo di que preferirías pasar a otro tema. ¿De acuerdo?”

La mayor parte del tiempo, el paciente se adelanta con sus respuestas, pero cuando uno pone reparos, tendrás un área claramente delimitada a la que puedes regresar después.

En cuanto a la confidencialidad, debes abordarla desde el principio. Yo empiezo con algo como esto:

“Estamos aquí para hablar de ti y de cualquier problema que tengas. Estoy aquí para ti, y eso significa que lo que digamos se queda en este lugar. Pero hay dos condiciones en las que yo podría contar algo que tú no quieres que se sepa: si pienso que estás en peligro o si pienso que alguien más lo está. De lo contrario, no voy a contar tus secretos a tus papás. Pero en cualquier caso, si en algún momento tuvieras que decir algo, siempre te avisaría antes a ti.”

La mayoría de los niños acepta de buena gana estas aclaraciones en su sentido literal, como debe ser. Si en algún momento surge una situación que piensas que debe informarse, avísale o plantea otra alternativa:

“¿Quieres decirles a tus padres acerca de esto o debo hacerlo yo?”

OTROS TEMAS Y CONDUCTAS

Diversas situaciones, actitudes y conductas pueden afectar el éxito de la entrevista inicial. Aunque es probable que no encuentres con frecuencia estas características, la respuesta que les des puede modular el efecto de las que ocurran. Mi método general es considerar cualquier tema o conducta que amenace con interponerse entre el paciente y yo como algo que debemos enfrentar juntos. De hecho, formulo cada situación de modo que el problema quede de un lado y el paciente y yo del otro lado, trabajando en equipo.

Demandas del paciente

Sea debido al narcisismo o a otro factor, ansiedad por la pérdida de estatus, enojo contra el cónyuge o jefe, algunos pacientes sienten que merecen un tratamiento especial. Esto podría presentarse en forma de demanda de un cuarto de hospital diferente, el privilegio de fumar, el derecho a tomar notas sobre la entrevista (o grabarla) o un horario especial para las citas. Debido a que estas demandas tienden a ir a contrapelo, los clínicos pueden sentir el deseo de retroceder. Yo trataría de valorar cada situación y, en la medida en que parezca poco factible entrar en una creciente espiral de concesiones, haría una adaptación razonable para aumentar el nivel de comodidad del paciente.

Rodney llevó una grabadora de audio a su entrevista inicial, así que pudo incluir extractos en una biografía que estaba escribiendo. El clínico le explicó que él no grababa las entrevistas, porque podría causar malestar y posiblemente pérdida de información. Rodney hizo a un lado su grabadora y la entrevista se desarrolló con normalidad.

Elaine preguntó si podía tomar notas durante su entrevista inicial. Ella dijo que una de sus preocupaciones era que no podía recordar cosas tan bien como lo hacía antes, así que tenía miedo de que más tarde olvidara algún concepto vital que hubieran discutido. El clínico dijo que estaba bien siempre y cuando no interfiriera en su discusión. Al final de la hora, ella había reunido sólo unas líneas, y el clínico se había hecho una idea de la cuestión emocional.

Debes aplicar un método racional similar a los pacientes que demandan un tratamiento VIP que corresponda a su riqueza, prominencia social o posiciones de influencia o poder. Aunque podrías reconocer su estatus especial, también debes hacer hincapié en que la opinión que les darás será tan honesta y seria como la que le darías a cualquier paciente "normal".

Ceguera/discapacidad visual grave

Los pacientes con ceguera o un deterioro marcado de la vista pueden comunicar sus pensamientos, sentimientos y experiencias del mismo modo que lo pueden hacer las personas regularmente. Lo que no pueden hacer es leer el lenguaje corporal que toda la gente suele usar para transmitir interés y peticiones. Con los pacientes ciegos, tienes que usar tu tono de voz para indicar que estás atento, y debes tener cuidado con las palabras que empleas para decirles lo que quieres que hagan. Si te levantas, hurgas en un cajón o abres un folder, describe tus movimientos. Esto ayudará a responder preguntas antes de que se formulen y le dirá al paciente que eres un entrevistador considerado y sensible a las necesidades especiales.

Sordera/discapacidad auditiva grave

La mayoría de los pacientes con sordera o un deterioro grave de la audición se comunica bastante bien si hablas clara y lentamente al tiempo que permites que te vean para facilitar la lectura de los labios. Procura no esconder tu boca detrás de la mano o una hoja de papel. Desde luego, por lo común no se come ni se bebe nada durante una entrevista, pero ésta es una razón más para no hacerlo. Además, no debes gritar: la mayoría de los pacientes con un deterioro importante de la audición usa aparatos para oír más, y los ruidos fuertes sólo distorsionan el sonido. Tenga o no una audición residual, es vital no menospreciar a estos pacientes; pueden ser sordos, pero no son niños.

También ten presente que muchas de estas personas se ofenden con el modelo médico de la sordera, que implica que ellos padecen una patología. Estas personas se adhieren con orgullo a la definición cultural de sordera, es decir, una comunidad que reúne a las personas mediante una característica física en común y un idioma compartido (en EUA y Canadá, es el Lenguaje de Señas Estadounidense). Debes determinar cuál es el punto de vista del paciente; muchos individuos sordos niegan enérgicamente que tengan una discapacidad, y pueden molestarse con amargura cuando se da a entender lo contrario. Podrías pedir información de esta manera:

“Entiendo que muchas personas consideren el deterioro auditivo como un asunto cultural. ¿Puede decirme algo al respecto?”

Antecedentes diferentes de los tuyos

Todos estamos unidos por nuestra humanidad, pero incontables atributos pueden separar a los seres humanos. Aunque nuestra formación e intereses como profesionales de la salud mental nos ayudan a valorar la diversidad de las condiciones vitales, constantemente debemos estar alerta a los modos de vida distintos de los nuestros.

Además de las características obvias como edad, género, origen étnico y lenguaje, la búsqueda de atributos definitorios también se puede aplicar a una amplia variedad de otros factores. ¿El paciente fue criado en un pueblo o en un escenario urbano? ¿El paciente es un universitario graduado o un desertor del bachillerato? ¿Es vegetariano o come carne? Somos un país de aficionados al fútbol, ambientalistas, creacionistas, evolucionistas, amantes del vino, abstemios y políticos heroinómanos. Cada una de estas características, e incontables más, se suman a la diversidad de la vida que los clínicos concienzudos reconocen y celebran.

Algunos pacientes te rechazarán por tus propios puntos de vista. Recuerdo haberme sentido disgustado cuando una familia de pacientes que me gustaba me dijo que iba a irse con un clínico cuyas creencias religiosas eran más parecidas a las suyas. Muy pocos toman medidas tan drásticas, pero otros pueden no darte su confianza, hasta que te la ganas, porque eres diferente de algún modo.

Para superar la separación cultural, tal vez puedas explorar la historia del paciente. Por ejemplo, en la era actual de servicio militar voluntario, la mayoría de los estadounidenses menores de 60 años de edad tiene poca experiencia personal en la guerra. La historia militar de un paciente es un regalo para un clínico que puede obtener mucha información sobre su relación con el mundo pidiendo detalles de sus experiencias de guerra como modo de obtener información y consolidar el *rapport*.

De hecho, el método general de pedir a un paciente que te enseñe de un tema que implica costumbres, origen étnico, lenguaje, rituales y más tiene mucho que aconsejarte. Muestra tu interés en el paciente, quien también se beneficiará de una sensación de mayor competencia y

valor. En el caso de los pacientes que no nacieron en el lugar donde ejerces, podrías descubrir qué tan recientemente emigraron y cuáles han sido sus experiencias tanto positivas como negativas. Podrías sentir cierta renuencia a profundizar de manera directa en temas relacionados con la preferencia sexual, pero puedes manifestar interés en oír más información del paciente cuando saca a colación de modo espontáneo el asunto. Las innumerables variedades del ser humano, de las cuales sólo he mencionado unas pocas, ofrecen otras oportunidades.

Uso de un intérprete

Las encuestas indican que casi 20% de los residentes de EUA habla una lengua distinta al inglés; de éstos, casi la mitad no habla inglés con fluidez. Esta situación también es común en Canadá (que, para empezar, es una nación bilingüe). Esto plantea un reto para la mayoría de nosotros, que somos hablantes nativos del inglés: para entender a los pacientes que no hablan nuestra lengua y para ayudarlos a darse cuenta de la necesidad de un tratamiento, tenemos que comunicarnos con ayuda de una tercera persona.

Por razones de costo-beneficio, es tentador basarnos en un amigo acompañante o un miembro de la familia, pero eso crea problemas. Los intérpretes aficionados cometen más errores que los profesionales entrenados, y la vergüenza por temas delicados puede resultar en información que alguien cercano al paciente transmite de manera incompleta o quizá se reserva por completo. Los propios pacientes pueden titubear para revelar material delicado a familiares o para cargar a los niños con temas que están más allá de su nivel de madurez. En general, la interpretación *ad hoc* produce información de mala calidad y menor satisfacción en el paciente.

Es más probable que el trabajo de los intérpretes profesionales que entienden los problemas médicos/psicológicos sea satisfactorio. Debido a que, con frecuencia, provienen de la misma cultura que el paciente, pueden tener una mejor idea de las presiones que el paciente enfrenta. Si tienes opción, las cualidades de calidez y autenticidad son más valiosas en un intérprete que sus antecedentes en la ciencia o el cuidado de la salud. (Una búsqueda de internet puede ayudarte a localizar servicios de intérpretes en tu localidad). Incluso con profesionales, tómate un momento al principio para hacer hincapié en la importancia de la confidencialidad absoluta del material revelado durante la sesión.

Aségurate de hablar con el paciente y de mantener el contacto visual con él. Por ejemplo, no debes mirar al intérprete y decir "Pregúntale si...", sino dirigir tus preguntas al paciente y, luego, dejar que el traductor hable. Algunos autores recomiendan sentarse en triángulo, de modo que cada participante pueda ver a los demás, pero al menos un clínico experimentado recomienda que el intérprete se sienta al lado y ligeramente detrás del paciente. Esto hace que el encuentro se enfoque en la comunicación paciente-clínico y tiende a desalentar los diálogos extensos entre el paciente y el intérprete. Debido a que el humor y las metáforas a menudo no se pueden traducir bien, es mejor evitarlos.

Si no hay ningún profesional disponible, tendrás que arreglártelas con los recursos disponibles. Después de las precauciones para proteger la confidencialidad, pide a tu intérprete *ad hoc* que no explique lo que quieres decir, sino que repita lo que dices con la mayor exactitud posible y con el mismo tono emocional. Desde luego, es aun más importante que nunca usar preguntas breves, claras y abiertas.

Algunos pacientes pueden resistirse a revelar información delicada a un intérprete. Tal vez no quieran que alguien de la misma cultura se entere, por ejemplo, de un caso de violación o abuso marital. Los pacientes con al menos cierto nivel de dominio de tu idioma pueden pedir al intérprete que salga de la habitación cuando surja este material. Yo accedo a cualquiera de estas solicitudes si siente que, con nuestra limitada capacidad para comunicarnos, puedo entender al menos lo esencial de la historia. Pero a veces se presenta la situación inversa, en la que tú prefie-

res usar un intérprete incluso cuando el paciente tiene cierta capacidad para entenderte. Esto se debe a que a algunos pacientes les resulta difícil explicar el trauma y otros asuntos complicados en una lengua que no sea la que dominan.

Llanto

A los principiantes a menudo les preocupa tener dificultades para manejar a un paciente que llora. Para estar seguros, las lágrimas pueden reducir la velocidad de las cosas por un rato, pero a la larga incluso pueden facilitar el flujo de información acerca de las emociones. Una palmada en el brazo (uno de los pocos casos en que aconsejo el contacto físico entre paciente y clínico, además de dar la mano al saludar) hace sentir al paciente que te interesa. Ofrecer un pañuelo desechable sirve al mismo propósito. Algunos instantes de silencio pueden ser suficientes para permitir que el paciente recobre la compostura con dignidad. Si el paciente llora demasiado para percibir tu interés, procura decirle:

“Me doy cuenta de que esto lo afecta mucho. ¿Le gustaría tomarse un par de minutos mientras se repone?”

Humor

Las bromas pueden ayudar mucho a reducir la tensión, pero los pacientes a veces disimulan sus preocupaciones recurriendo al humor, de modo que el clínico no las considere con seriedad como algo potencialmente amenazante. En cualquier caso, escucha con cuidado cuando el paciente trate el material delicado con ligereza: puedes encontrar más razones para preocuparte de lo que aparenta al principio. Y desde luego, procura ser extremadamente cauteloso al decir tus propias ocurrencias. La entrevista, en especial la primera, cuando no conoces bien a la otra persona, no es para darle al paciente la falsa impresión de que eres un bromista en quien no se puede confiar para que tome con seriedad asuntos delicados.

Habla o divagación excesivas

Algunos pacientes pueden ser notablemente detallados. Si los dejas hablar con total libertad, te dirán mucho más de lo que quieres saber. A veces, sobre todo si el paciente no es excesivamente platicador, esto puede ser un intento para evitar confrontar sentimientos inaceptables o revelar material delicado; sin embargo, la mayoría de las veces se trata sólo de un hábito. Aunque las divagaciones no suelen ser patológicas, levantan demasiada paja para la cantidad de trigo que recogen. El *rapport* también puede ser afectado cuando toleras que el paciente hable sin ningún propósito, así que tal vez tengas que intervenir si el paciente divaga. Para intentar una intervención elegante, trata de apoyarte en algo que el paciente haya dicho. Por ejemplo, en respuesta a una pregunta sobre el consumo de drogas, este paciente pasó varios minutos discutiendo el hábito de beber de una prima:

Paciente: ... Así que no creo haberla visto nunca después de las 6 de la tarde sin la jarra en la mano. Otra cosa—

Entrevistador: (Interrumpiendo) ¿Pero qué hay de *sus* hábitos de beber?

El clínico tuvo que intervenir y replantear las preguntas varias veces antes de que el paciente pudiera apegarse al tema.

Incluso si no es su intención, los pacientes que hablan demasiado parecen tener el control de la entrevista. (Esto es muy notorio en pacientes con manía). Puedes manejar comentarios intrascendentes sólo sonriendo como respuesta mientras te mantienes en la línea de tus preguntas. Un gesto más explícito, como el dedo índice en los labios, puede inducir incluso a un paciente bullicioso a hablar menos. A veces tienes que poner límites firmes, quizá en forma de una confrontación directa:

“Usted tiene muchas cosas interesantes que decir, pero el tiempo es corto y aún tenemos mucho trabajo por hacer. Tratemos de apegarnos al tema”.

“Estos detalles son extraordinarios, pero nuestro trabajo principal debe ser comprender la situación general”.

Supón que el paciente habla y habla del mismo tema aun cuando tratas de pasar a otro. En este caso, necesitas revalorar la importancia de este tema para el paciente. La confrontación es el método más directo, pero debe plantearse diplomáticamente:

“Me parece que el tema de la sexualidad le preocupa mucho. ¿Estoy en lo cierto?”

“Parece que estamos atorados en el tema del accidente de su hijo. ¿Qué otro aspecto es importante para usted?”

Para un paciente que es parlanchín en extremo, puedes verte obligado a hacer sólo preguntas de “sí o no” y frenar con firmeza cualquier intento de ampliar la respuesta.

Preocupaciones somáticas

Algunos pacientes, incluso quienes no tienen un trastorno con síntomas somáticos, creen con firmeza que sus síntomas son de naturaleza física. A pesar de lo que los médicos les digan, se aferran a la idea de que sus problemas se pueden resolver por medio de medicamentos o cirugías. Es de poco valor explicar el probable origen emocional de sus molestias: incluso después de repetidos fracasos, un paciente de éstos pueden seguir buscando medicamentos y cirugías que le den alivio. Sin entrar en polémicas –uno de tus objetivos, recuerda, es convertirte en un aliado del paciente–, señala que los métodos médicos no le han ayudado (al menos, no lo suficiente) y que hablar de sus sentimientos puede aliviar algunas de las ansiedades que inevitablemente acompañan al padecimiento. Además, procura trabajar con el médico del paciente para asegurarte de que no pasas por alto temas físicos ni emocionales/conductuales.

Psicosis

En los cuartos de urgencias y en los pabellones de admisión de los hospitales, a veces encuentras pacientes con psicosis tan graves que no se pueden comunicar bien. Su pensamiento es tangencial o perturbado de algún otro modo, y las conexiones que hacen entre las ideas son tan ilógicas que no puedes captar ningún sentido. Sin duda, debes pedirles a estos pacientes que intenten explicar su pensamiento, pero las respuestas pueden ser de interés más por la psicopatología que muestran que por la información de la historia que contienen. Para obtener una historia precisa y pertinente, apóyate en los informantes o en los expedientes de admisión.

nes previas. También puedes entrevistar a los pacientes más adelante, cuando la psicosis haya remitido.

Desde luego, es importante no respaldar las falsas creencias de estos pacientes; entre otras cosas, siempre debes tratar de evitar incluso que parezca un engaño. Al hablar con alguien que es psicótico en extremo, puedes enfocarte en las conductas y sentimientos sin estar de acuerdo con las sospechas o convicciones del paciente:

“Comprendo cuán aterrador es sentir que lo están siguiendo. ¿Puede decirme qué pasó por su mente en ese momento?”

También puedes tranquilizar al paciente diciendo que crees que es sincero al informar sus experiencias exactamente como las percibió:

“Estoy seguro de que ha hecho su mejor esfuerzo para decirme con exactitud lo que sucedió. Me pregunto si puede haber otra interpretación de cuál fue la causa”.

Algunos pacientes, aunque no son psicóticos, pueden tener el trastorno de personalidad antisocial u otro trastorno de personalidad que interfiere con la introspección; otros pueden emplear la negación de su abundante consumo de sustancias. Los pacientes sin introspección pueden no ver ninguna razón convincente para ser entrevistados. A menos que tengas cierto respaldo, como el de un mandato legal o la presión familiar, probablemente no obtendrás mucha información útil de ellos. He aquí otro ejemplo donde la información colateral puede ser la única información confiable que puedes esperar.

Mudez

Al igual que la sordera, la ceguera u otros atributos físicos, la mudéz puede existir en grados variables y puede tener diversas causas posibles.

- **Neurológicas.** Varios problemas neurológicos pueden ocasionar que los pacientes se queden mudos. Asegúrate de que el paciente está totalmente consciente y alerta
- **Depresión.** Un paciente con depresión grave puede no estar por completo mudo, sino sólo mostrar un largo periodo de latencia antes de responder
- **Conversión.** Un paciente con mutismo como síntoma conversivo puede ser capaz de producir un gruñido o un sonido como el que se emite al aclarar la garganta (o estar dispuesto a hacerlo). Con paciencia, halagos y elogios por su progreso, con el tiempo puedes convertir estos sonidos en sílabas, palabras, frases y oraciones
- **Psicosis.** Algunos con psicosis graves pueden hacer caso a voces que amenazan con represalias por hablar con personas reales. Inclinaciones y sacudidas de la cabeza en respuesta a preguntas de “sí o no” podrían ayudar a hacer este diagnóstico. Si le das lápiz y papel, este mismo paciente puede estar dispuesto a responder tus preguntas de manera escrita
- **Ganancias.** ¿Podría este paciente tener una razón práctica para parecer mudo, sea parcial o totalmente? Los motivos como evitar un castigo y obtener ganancias económicas (cobro de seguros, compensaciones al trabajador) son los más obvios. Si alguien ha oído por casualidad al paciente hablando con normalidad con otros pacientes o miembros del equipo de salud, esto indicaría que la mudéz es voluntaria; no me atrevería a usar la palabra fingir, porque es peyorativa y difícil de demostrar. Para evaluar la mudéz, pide a los amigos o familiares presentes que salgan de la habitación antes y, luego, continúa con la

entrevista. En privado, a veces el paciente revela secretos que nunca podría compartir con su familia. Podrías convencer a algunos individuos de hablar señalando:

“Puedo obtener información sobre usted de los expedientes, cuidadores anteriores o de amigos o familiares. Pero pensé que tal vez usted querría que yo escuchara su versión”.

Una relativa escasez de habla que no alcanza a ser mudez total puede indicar temor, vergüenza, confusión, falta de comprensión o tal vez renuencia a contradecir a una figura de autoridad (que eres tú). Probablemente, yo intentaría esto:

“Usted parece bastante tranquilo en una situación en la que la mayoría de las personas tendría mucho que decir. Me pregunto si usted puede explicarme a qué se debe esto”.

Una dificultad un poco relacionada es un paciente que habla con demasiada lentitud. A menudo esto se debe a la depresión, en cuyo caso tienes que encontrar un equilibrio: concede suficiente tiempo para formular una respuesta, pero no dejes que el paciente quede a la deriva con una sensación de vergüenza desamparada. En estos casos, yo podría preguntar si el paciente prefiere que haga algunas preguntas de “sí o no”. De otro modo, prepárate para una larga tarde.

De vez en cuando, puedes encontrar un paciente que se sienta no sólo sin palabras, sino con una expresión facial fija, tal vez de perplejidad. Más tarde, puede haber amnesia para ese incidente. Esta conducta me haría pensar en dos principales posibilidades: en algún tipo de trastorno de ataques, como epilepsia del lóbulo temporal, o en un estado disociativo. Estos pacientes probablemente tienen otros episodios de la conducta, pero éstos pueden no ser accesibles mediante una entrevista. Prueba preguntando:

“¿A veces se queda absorto en sus propios pensamientos o ensoñaciones diurnas? Si es así, ¿podría hablarme más sobre eso?”

Cualquier episodio de éstos requiere una investigación minuciosa, tal vez con una consulta neurológica. Y, sin duda, debes buscar que otros informantes confirmen tus hipótesis.

Conducta seductora y otras conductas inapropiadas

Es menos probable que la conducta seductora sea un problema en la entrevista inicial que en las sesiones posteriores de terapia. Sin embargo, el potencial de seducción siempre está ahí, sobre todo cuando el entrevistador es hombre y el paciente, mujer. (Los estudios han mostrado que la gran mayoría de profesionales de la salud mental que se involucra con sus pacientes es hombre, aunque las mujeres de ningún modo son inmunes).

Si detectas conducta seductora dirigida a ti, hazte esta pregunta de rutina: ¿Por qué este paciente se comporta de esta manera? ¿Se trata de la necesidad de sentirse atractivo? ¿De ser amado? Con los años, ¿la conducta sexual agresiva ha sido reforzada mediante recompensas materiales o emocionales? Las respuestas podrían estar sepultadas bajo recuerdos demasiado antiguos para descubrirlos en un año, mucho menos en una sola entrevista. A veces se trata de un trastorno de personalidad, que puede desafiar incluso a los entrevistadores experimentados.

La conducta seductora puede ser tan sutil como una mirada de soslayo, tan sugerente como la ropa provocativa o tan directa como la petición de un abrazo o un beso. Sin importar su forma, el significado de la conducta seductora siempre es el mismo: peligro para el entrevistador y pe-

ligro para el paciente. Esto se debe a que el mensaje manifiesto de la conducta seductora ("Abrácame") a menudo es muy diferente de lo que el paciente en verdad siente ("Ayúdeme; protéjame"). Si un profesional de la salud mental responde a la solicitud literal de contacto físico, el paciente puede sentirse ultrajado y responder en consecuencia. En el mejor de los casos, la relación y la terapia estarían en peligro.

El mejor método preventivo contra la conducta seductora es mantener una distancia prudente en todo momento. Háblale al paciente usando un título y su apellido, y espera que él haga lo mismo contigo. También puedes desalentar una excesiva familiaridad si te atienes al negocio y evitas discutir cuestiones personales tuyas. Si eres un hombre que hace exámenes físicos como parte de tu trabajo, procura que una asistente mujer esté siempre en la habitación cuando examinas a una paciente mujer de cualquier edad. Si eres una mujer que examina a un hombre, haz que un asistente hombre te acompañe.

Otras conductas inapropiadas pueden inmiscuirse ocasionalmente: un paciente que pide usar el teléfono, hojea libros de tu estante, se sienta en tu lugar o trae su almuerzo. A menudo, el diagnóstico manifiesto del paciente (yo sé que eso es lo que tratas de determinar) y la naturaleza de la infracción determinarán tu respuesta. Por ejemplo, yo trataría de redirigir a un paciente con manía, en repetidas ocasiones si es necesario, quizá incluso dándole una suave palmada en el hombro. Para alguien que crees que tiene un trastorno de personalidad, tal vez yo le pediría (con un poco de aspereza): "Por favor, no haga eso". En la mayoría de los casos, tratarías de ser directivo; al principio, en la fase de encontrar hechos, no es un buen momento para hacer interpretaciones.

Discapacidad intelectual

Incluso sin una evaluación formal, a menudo puedes reconocer a un paciente que funciona en los límites inferiores de lo que solemos llamar inteligencia general. La investigación ha mostrado que las preguntas abiertas pueden llevar a estos pacientes a cometer errores en lo que informan, mientras que muchos muestran un sesgo:

Tienden a responder de manera afirmativa las preguntas de "sí o no". A menudo es mejor formular las preguntas presentando múltiples opciones de respuesta ("¿La voz que escuchaba era de un extraño o de alguien que usted conoce?"). Incluso entonces, es más importante que nunca revisar los hechos con alguien que conozca bien al paciente. Como es de esperarse, las personas con una discapacidad intelectual, pero con un funcionamiento superior son más confiables en una entrevista.

Los pacientes con discapacidad intelectual (o lo que solía llamarse retraso mental) a menudo pueden comunicar los hechos mejor que los sentimientos. Pueden interpretar las palabras literalmente, así que (sin menospreciarlos hablándoles como si fueran niños) procura hablarles con claridad y evita las metáforas. Es mejor enfocarse en el presente, pues estos pacientes tienen más dificultades al hablar del pasado o de sus planes para el futuro. Cuando sus emociones empiezan a destacar, tienes que ser más benevolente con ellos; durante toda su vida, estos individuos han visto a sus hermanos, compañeros de escuela y casi a todos los que conocen disfrutar mayor autonomía que ellos mismos. No es de extrañarse si ellos sienten un resentimiento que yace no muy por debajo de la superficie, sentimiento que puede manifestarse de maneras inesperadas. Por ejemplo, una mujer con discapacidad intelectual que se negó a asistir a la boda de su hermana menor estaba plenamente consciente de que ella misma tal vez nunca disfrute una relación romántica importante.

Las personas con discapacidad intelectual también pueden copiar gestos que han visto en otros y mostrarlos en momentos inoportunos, por ejemplo, un “vengan esos cinco” en momentos de pesar general. Un hombre joven que conozco asistió a un juego de su equipo favorito de béisbol en el estadio del equipo rival. Indignado cuando los seguidores del otro equipo lo aclamaban mientras su propio equipo se quedaba rezagado, se puso de pie y les gritó a todos los que estaban a su alrededor, “¡Hey! ¿Qué les pasa?”

Un riesgo más es que las personas con discapacidad intelectual informen como hechos lo que a ellos no les consta. Por ejemplo, un clínico pensó que un paciente era psicótico cuando dijo que un ángel lo había tocado en la cabeza y lo bendijo durante una larga noche de invierno. Él se aferró a esa creencia; sólo con un prolongado esfuerzo se reveló por fin que su pícaro compañero de cuarto había originado esa historia. “Bueno, en realidad yo no vi que sucediera; fue Jeremy (el compañero) quien me dijo”, admitió al final. En la misma línea, no todas las autolesiones son evidencia de un intento de suicidio; puede tratarse de autocastigo, un intento de controlar a los demás o un ejemplo del trastorno de movimientos estereotipados.

Muerte inminente

Los pacientes que esperan morir pronto, inmediatamente o en un futuro cercano, a menudo están enojados o deprimidos; a veces, pueden negar lo que les sucede. Es triste si amigos y familiares empiezan a rechazarlos; es una tragedia si sus terapeutas también se niegan a hablar con franqueza sobre la muerte y el futuro. Los trastornos del estado de ánimo en pacientes agonizantes no son difíciles de averiguar. Un estudio de pacientes terminales encontró que la manera más válida de determinar la depresión es hacer una sola pregunta: “¿Está usted deprimido?”

Pide siempre a un paciente que está muriendo que verbalice los sentimientos y reacciones de esta experiencia universal. Además del rango completo de emociones (con frecuencia, conflictivas), también encontrarás un amplio rango de emociones cotidianas, incluyendo miedo, envidia, amor, esperanza y alegría. Estos pacientes pueden tener muchos remordimientos; algunos se sienten solos. Cada uno tiene recuerdos y emociones de toda su vida, lo cual debe organizarse con tanto cuidado como si esta persona fuera a vivir para siempre.

CÓMO RESPONDER CUANDO LOS PACIENTES PREGUNTAN...

Los pacientes siempre hacen preguntas, lo cual siempre es bienvenido. Las preguntas ofrecen grandes oportunidades de dar tranquilidad, aliviar ansiedades y reforzar resoluciones acertadas. Algunas preguntas también te ofrecen la oportunidad de cometer errores si no piensas de manera cuidadosa.

- “¿Cómo se siente conmigo?” Esta pregunta suele ser una solicitud de que el clínico asegure al paciente que le gusta o lo acepta. Puedes responderla, pero trata de obtener más información o instrucción que pueda proveer una ayuda más sustantiva. He aquí dos ejemplos:

“Creo que usted es una persona muy agradable y tiene un problema terrible en su matrimonio. Va a ser muy importante hacer que su esposo venga a algunas sesiones”.

“Pienso que tuvo que reunir mucha determinación para firmar su entrada al hospital. Ahora trabajemos juntos con ahínco en su problema con la bebida”.

- “¿Usted cree que estoy loco?” La respuesta puede ser fácil o difícil, dependiendo de si el paciente tiene o no psicosis. Si no hay ninguna psicosis, dilo. Si la hay, trata de evitar una confrontación directa (tu afirmación de que esto es psicosis tal vez sería rechazada). En lugar de eso, podrías responder con una pregunta tuya:

“¿Por qué pregunta eso?”

“¿De qué tiene miedo?”

O podrías dar una respuesta que eluda la pregunta:

“Creo que usted está claramente agobiado por lo que le ha pasado”.

“Usted está teniendo ciertas experiencias inusuales, pero podemos ayudarlo con eso”.

Si te pone contra la pared (“Oiga, ¿usted piensa que estoy psicótico?”), yo optaría por la verdad, pero afirmando que me doy cuenta de que esto puede ser difícil de aceptar para el paciente.

- “¿Qué debo hacer respecto de [cualquier preocupación que tenga el paciente]?” Si es posible responder esta pregunta con sencillez, hazlo. Sin embargo, puede tratarse de una solicitud de más ayuda de la que cualquier clínico podría brindar de manera razonable en una entrevista inicial. En ese caso, trata de definir qué será necesario (mayor información, más tiempo) y cuándo podrías ofrecerlo
- “¿Qué hay de malo conmigo?” (y tú no sabes). Antes que nada, trata de no sentirte inseguro. En 20% de las entrevistas iniciales, no se puede hacer un diagnóstico sólido, e incluso los clínicos experimentados a veces se quedan desconcertados al principio. Si tienes en mente algunas posibilidades que no asustarán ni serán amenazantes para el paciente, fórmulas. Si requieres más datos, dilo. Una buena respuesta genérica puede ser algo como esto:

“Es evidente que tiene problemas graves con [motivo de consulta del paciente]. Necesitamos obtener más información para que juntos podamos trazar un plan de trabajo”.

- “¿Usted puede ayudarme?” La respuesta debe ser alguna variante de “Así lo espero, pero primero necesitamos más información”
- “¿Por qué no le gusto a las personas?” A veces, la respuesta es clara, incluso en el primer encuentro con el paciente: es egocéntrico, despótico, interesado, odioso o guarda una gran cantidad de otras actitudes y conductas que te parecen desagradables. Ése es exactamente el momento de **no** aventurar una opinión sin adornos. Por un lado, las primeras impresiones con frecuencia están equivocadas; puedes haber observado una muestra de la conducta en un día especialmente malo, por lo que estás tratando con alguien que está bajo mucho estrés. Por otro lado, recuerda tus dos objetivos principales en la primera entrevista: obtener información y crear una relación. En vez de responder la pregunta de manera directa, puedes expresar compasión por la infelicidad y ofrecer esperanza para el futuro:

“Puedo imaginar cuánto duele sentirse de ese modo, pero no sé si es cierto o no. Tratemos juntos de descubrir si tenemos un problema real.” (Observa que esta respuesta los sitúa, al paciente y a ti, del mismo lado del problema).

- “¿Usted ha experimentado alguna vez algo como esto?” La mayoría de los pacientes está interesado en la vida personal del terapeuta, y a veces puedes sentirte tentado a compar-

tir algo de ti con el paciente. Esta tentación puede aumentar después de algunas entrevistas, cuando llegas a conocer mejor a la persona. Aunque no soy de los que piensa que un clínico no debe revelar nada personal en ninguna circunstancia, estoy de acuerdo en que revelar información personal puede causar muchas dificultades, sobre todo para los principiantes. Sin duda, en una entrevista inicial, avanzas y te sientes más cómodo si tu propia vida y personalidad no están a discusión. Puedes responder a cualquier pregunta personal redefiniendo con delicadeza el objetivo de la entrevista. Al mismo tiempo, procura mostrar que no estás molesto porque el paciente te haya hecho preguntas:

“Muchos pacientes quieren saber de la persona que las entrevista. Es totalmente normal tener curiosidad. Pero debemos concentrarnos en obtener la información necesaria para ayudarlo con su problema”.

- “¿Está de acuerdo conmigo en que yo tengo la razón?” (y tu no). Los pacientes con múltiples problemas –psicosis, uso de sustancias, actividades ilícitas y discusiones conyugales– hacen este tipo de preguntas. En la primera entrevista, es preferible evitar una pelea, pero, si apoyas las afirmaciones proferidas, propiciarás problemas más adelante. Todo lo que necesitas hacer en esas circunstancias es consentir en que el paciente tiene un problema o se siente molesto:

“Me doy cuenta de que esto es algo que [le duele, lo molesta, le preocupa] mucho. Más adelante ahondaremos más en eso”.

Si el paciente insiste en pedir que estés de acuerdo, puedes intentar con:

“Dudo que quiera que yo intervenga antes de establecer todos los hechos. Así que continuemos para obtener más información”.

- A veces, el paciente hace hincapié en el grado de su enfermedad preguntando “¿Usted contrataría a alguien tan enfermo como yo como [abogado, médico, contador]?” Los aprendices pueden batallar con la respuesta a esta pregunta tratando de equilibrar los sentimientos verdaderos con los que sería bueno decir al paciente. La mejor opción es no responder de manera directa, sino –como hacen los políticos cuando se les confronta con una pregunta que no quieren responder– reformular el tema: “Si a mí me pasara todo esto, no sabría cómo manejar los problemas de alguien más”
- Y en el caso de cualquier otra pregunta para la que no tienes la mejor respuesta, he aquí una alternativa viable que suelo emplear: “No puedo decirle en este preciso momento, pero planeo descubrirlo de la siguiente manera.” Luego esbozaría una búsqueda en internet, discusión con colegas, tratar de descubrir nuevos hechos o cualquier otro método que sea razonable

Otra vez, el punto central es la importancia de pensar en cómo trabajar con el paciente y no en su contra. Por lo común, eso es fácil, pero a veces requiere generosas porciones de ingenuidad, flexibilidad y paciencia.

Diagnóstico y recomendaciones

Al concluir las entrevistas, es necesario valorar la información, la cual debe organizarse de tal modo que sea útil para hacer recomendaciones, y comunicarla al paciente y a otros profesionales. Tales tareas serán nuestro principal interés en los capítulos finales de este libro.

DIAGNÓSTICO Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En el pasado, algunos escritores se han mofado del diagnóstico, pues lo consideraban sólo una forma de “encasillar” al paciente y negar su individualidad. Esta opinión ahora parece haber disminuido en favor de la opinión mayoritaria, que reconoce al diagnóstico como fundamento esencial para actividades clínicas: recomendar un tratamiento; predecir el curso del padecimiento; aconsejar a los familiares, y comunicarse con otros profesionales de la salud mental. Sin importar si esta opinión es compatible o no con tu manera de pensar, la práctica actual de la salud mental —expedientes de hospital, terceras partes que se encargan de pagar y algunos pacientes— a menudo exige hacer un diagnóstico. Con independencia de la disciplina profesional, se pagará para que aprendas hacer el mejor diagnóstico posible.

Es difícil exagerar la importancia de un diagnóstico exacto. En el mejor de los casos, un diagnóstico incorrecto retrasa la implementación de un tratamiento eficaz; en el peor, puede conducir a un tratamiento ineficaz o, incluso, peligroso. Un diagnóstico inexacto también puede llevar a un pronóstico demasiado sombrío u optimista en exceso. Con ello, los planes del paciente se verán afectados: contraer matrimonio, buscar empleo, comprar un seguro y muchas otras tareas en las que puede interferir un padecimiento mental.

Una vez hecho el diagnóstico, puede ser difícil revertir los errores. El diagnóstico pasa de un clínico a otro, de una gráfica a otra; los errores son instigados por los pacientes y sus familias, quienes los arrastran consigo (a veces, durante décadas) en forma de mitología familiar. Pueden pasar muchos años antes de que un clínico, con una perspectiva fresca, se tome el tiempo para revisar la historia de padecimiento mental crónico del afectado. Sin embargo, es posible evitar todas estas dificultades si se tiene cuidado al momento de hacer un diagnóstico correcto desde el inicio.

Hacer un diagnóstico exacto no suele ser tan difícil. La mayoría de los pacientes cumple con claridad los criterios de un diagnóstico con el que casi todos los profesionales estarían de acuerdo, y la generalidad no cumple con los criterios de otros diagnósticos. Pero para cerca de 20% de los casos, la situación no es tan obvia. Se puede tener información insuficiente para establecer un

diagnóstico o el paciente parece cumplir con los criterios de varios diagnósticos al mismo tiempo. En ocasiones, los hechos determinados como el principio de la dolencia desaparecen o cambian a la luz de nuevas experiencias con el enfermo.

Así, la mayoría de los profesionales de la salud mental expresa sus impresiones en términos de **diagnóstico diferencial**, una lista de posibles diagnósticos que se deben considerar por cada paciente. Por tanto, se debe incluir en el diagnóstico diferencial cada trastorno que se considere posible aunque sea de manera remota. Esto es aún más necesario si se tiene dudas sobre el diagnóstico correcto. Se tiene más oportunidades de determinar, en última instancia, el diagnóstico correcto si la lista de trabajo es amplia e inclusiva.

Por todo ello, al elaborar el diagnóstico diferencial, necesitas tener en cuenta dos principios (los cuales, debido a que a veces entran en conflicto, requieren cierta discusión):

1. El primero es hacer una lista de los diagnósticos, empezando por el más probable y terminando por el menos posible. A veces llamamos al más probable **mejor diagnóstico**, pues explica de manera más satisfactoria los datos de la historia, signos y síntomas del padecimiento. Lo ideal es que todos los elementos de la historia y del EEM apoyen el mejor diagnóstico. Pero aunque pienses que las probabilidades de que el mejor diagnóstico sea incorrecto, es necesario hacer una lista con otros diagnósticos que deben descartarse o refutarse. Esa lista, con tus razonamientos para determinar el orden en que se presentan los posibles diagnósticos, constituye el diferencial.
2. El segundo lo llamo **principio de seguridad**. Significa que siempre hay algunas posibilidades en la lista diferencial con consecuencias potenciales tan funestas, que es un peligro total ignorarlas. Son las que deben situarse al principio del diferencial para descartarse primero, ya sea que pienses o no que se trate de la causa real de los síntomas. Por lo común, estas consideraciones de seguridad son los padecimientos relacionados con el uso de sustancias y enfermedades médicas generales (físicas) que **podrían** explicar los síntomas identificados. Sin duda no siempre son tu mejor diagnóstico, pero cada vez que una resulte correcta, un paciente sufrirá si no se consideró primero.

Yo resuelvo el aparente conflicto entre estos dos principios básicamente sobreponiendo el principio dos sobre el uno. Considera este ejemplo:

Hace algún tiempo, unos estudiantes y yo entrevistamos a Amanda. A la edad de 37 años, creyó que su pareja y ella eran utilizados por las autoridades policíacas como señuelo para “los capos y líderes de la droga”. Estaba segura de sus razones, era imposible otra interpretación. Mostraba un discurso un poco apresurado y a veces repetía pensamientos y palabras; sus pensamientos parecían saltar por todos lados y era un poco difícil seguirla. Admitió que “fumaba un poco de mariguana, pero no mucho”. Su salud física había sido buena. Se había sentido “un poco deprimida”, pero no había pensado suicidarse.

Elaboramos una lista de posibles diagnósticos para Amanda y los ordenamos en orden descendente de probabilidad. Observa lo que pusimos en los primeros lugares:

Psicosis inducida por sustancias.

Psicosis paranoide debida a un trastorno físico aún no determinado.

Esquizofrenia paranoide (éste fue nuestro mejor diagnóstico).

Trastorno del estado de ánimo (bipolar I o depresivo mayor), con características psicóticas.

Trastorno delirante.

Ninguno de nosotros tenía mucha confianza en los primeros dos diagnósticos, pero al menos parecían estar en los límites de lo posible, así que citamos el principio de seguridad y los pusimos al principio de nuestra lista diferencial —para ser los primeros en descartarse—. En el fondo de nuestros corazones, consideramos probable que resultara tener esquizofrenia.

He escrito mucho más acerca de la estructura del proceso diagnóstico en mi libro *Diagnosis Made Easier*, ahora en su segunda edición.

ELEGIR EL TRATAMIENTO

Por fortuna, los pacientes de salud mental y sus terapeutas pueden recurrir hoy a diversos tratamientos biológicos, psicológicos y sociales eficaces. La mayor parte no son específicos para una categoría diagnóstica, sino que se pueden aplicar en un espectro de diagnósticos. Algunos de los tratamientos físicos (somáticos) y no físicos disponibles se enumeran en el cuadro 18-1. En la mayoría de los casos, por cada diagnóstico hay uno o dos tratamientos más eficaces que otros. Los libros actuales de texto explican en detalle qué tratamientos son los que más ayudan en casos de diagnósticos específicos.

Recalco la importancia de contar con un plan bien organizado para abordar los problemas y asuntos de cada paciente. Por un lado, ayuda al paciente a comprender qué consideras es el problema y cómo vas a proceder. Por otro lado, te ayuda a tener presentes estos mismos asuntos. Además, tener un plan de tratamiento al que puedas remitirte brinda al afectado y a ti un conjunto de referencias para medir el progreso, o bien es una ayuda para reconocer cuándo probar

Cuadro 18-1. Esquema de las modalidades de tratamiento en salud mental

Psicológica

- Individual
- Cognitiva o cognitiva-conductual
- Orientada a la introspección
- Análisis
- De corto plazo

Grupal

- Orientada a la enfermedad (Alcohólicos Anónimos, clínicas de litio)
- Clínicas de fármacos generales
- Terapia familiar
- Grupos de apoyo general

Conductual

- De contención
- Desensibilización sistemática con inhibición recíproca
- Apoyo grupal de corte conductual
- Economía de fichas
- Detención del pensamiento

Biológica

- Fármacos
- Terapia electroconvulsiva
- Estimulación magnética transcraneal
- Estimulación del nervio vago
- Terapia de luz
- Psicocirugía

Intervenciones sociales

- Rehabilitación vocacional
- Entrenamiento en habilidades sociales
- Educación de la familia
- Internamiento en instituciones de cuidado agudo, intermedio o crónico
- Ingreso involuntario
- Tutela

Nota. Adaptado de *Boarding Time: A Psychiatry Candidate's New Guide to Part II of the ABPN Examination* (4a ed., p. 110) de J. Morrison & R. A. Muñoz (2009), Washington, DC: American Psychiatric Press. Copyright 2009 por American Psychiatric Press, Inc. Adaptado con autorización.

un método diferente. A continuación propongo varias preguntas para auxiliarte a formular el plan de tratamiento:

- Primero, ¿hay algún tratamiento que pueda invertir el curso de trastorno? Por desgracia, la respuesta a veces es “no”. Eso puede ocurrir en el caso de trastornos como demencia debida a la enfermedad de Huntington. Aunque puede hacerse sentir más cómodos a muchos de estos pacientes, y se pueden reducir las consecuencias de sus síntomas, no hay un tratamiento específico para mantener a raya los resultados finales de la enfermedad. Por otro lado, usar uno de los fármacos inhibidores de la colinesterasa, como el donepezil puede hacer más lento el progreso de la demencia tipo Alzheimer, por un tiempo. En el trastorno de la personalidad antisocial, trastorno crónico del carácter, que afecta quizá a 1% de los hombres jóvenes (y una cantidad mucho menor de mujeres), ningún tratamiento ha demostrado ser superior al paso del tiempo
- ¿Cuál es el grado de certeza del diagnóstico? El tratamiento tiene más probabilidad de ser exitoso cuando se basa en estudios clínicos de pacientes diagnosticados de manera confiable. La confianza de cualquier tratamiento aumenta a medida que el diagnóstico es acertado. En general, los tratamientos riesgosos, complicados, caros o intensivos se deben reservar para los pacientes bien diagnosticados que no han respondido a medidas más sencillas
¿Qué hay del uso de tratamientos experimentales? He aquí mi regla, que puedes encontrar útil: es aceptable usar tratamientos probados en diagnósticos inciertos y tratamientos experimentales cuando el nivel de certeza del diagnóstico es elevado. Sin embargo, rara vez es aceptable usar tratamientos no probados cuando el diagnóstico es incierto. En ese caso, estás apostando a ciegas y las consecuencias pueden ser desastrosas. Al menos, si alguna vez violas esta regla, el paciente y su familia deben ser informados
El diagnóstico es importante al decidir el tratamiento, pero de ningún modo es el único factor determinante. Algunos pacientes están tan enfermos que el tratamiento tiene que comenzar incluso sin un diagnóstico definido. Las psicosis agudas ofrecen los ejemplos más frecuentes: mientras los clínicos discuten acerca del trastorno bipolar I y la esquizofrenia, pueden empezar a usarse fármacos antipsicóticos por la seguridad y consuelo del paciente. Algunos problemas pueden ameritar intervención incluso si un diagnóstico no es bien definido. por ejem. en los problemas maritales
- ¿Qué tan urgente es el tratamiento? Para la mayoría de los pacientes hospitalizados, la respuesta es “lo suficiente para empezar de inmediato”. En el caso de los pacientes externos, la necesidad puede ser menos inmediata. En general, la urgencia del tratamiento se incrementa en cualquiera de las siguientes circunstancias
 1. Aumenta el número de síntomas. Por ejemplo, el paciente, que ha tenido crisis de pánico durante años, se ha quejado de manera reciente también de depresión, falta de apetito y problemas de sueño
 2. Los síntomas empeoran. Digamos que en los últimos días, este mismo paciente ha empezado a tener pensamientos recurrentes de suicidio
 3. Los síntomas conducen a consecuencias alarmantes. Justo la semana pasada, el mismo paciente se ha sentido incapaz de trabajar y ha renunciado después de 13 años laborando en la empresa

Estas tres reglas también pueden ayudar a decidir qué trastorno tratar primero en caso de que el paciente tenga múltiples diagnósticos concurrentes

- ¿Cuál es el costo del tratamiento? Por desgracia, todavía en el siglo XXI, debemos considerar la capacidad económica del paciente. No le recomendarías una psicoterapia prolongada a un estudiante que se mantiene solo y no cuenta con un seguro médico. Alguien que goza de cobertura total por parte de una organización de cuidado de la salud o de un programa de seguros privados o gubernamentales puede pagar los fármacos antidepresivos más recientes, mientras otro que se hace cargo de los gastos puede solicitar un

fármaco más antiguo y genérico. Aún queda por ver el efecto de la *Affordable Care Act* (Ley de Cuidado Razonable) en esta clase de problemas

Tal vez cuentas con información del seguro incluso antes de conocer al paciente. Las organizaciones de cuidado de la salud, así como otras agencias gubernamentales, establecen sus tarifas en términos que los pacientes ya conocen. Si trabajas en la práctica privada, tu consultorio quizá incluye información sobre honorarios y otros asuntos "domésticos" en un paquete inicial de información enviada al paciente antes de la primera cita. Si no es así, al final de la primera entrevista es un momento excelente para revisar dicha información y prevenir sorpresas desagradables en el camino

Al momento de elegir un tratamiento, también se debe tener la seguridad de que los efectos deseados superan a los no deseados. Esta advertencia se aplica sobre todo a la prescripción de fármacos: ¿El pulso cardíaco rápido o el insomnio hacen que el paciente "olvide" tomar el fármaco por noche? ¿Algún otro efecto secundario puede causar perjuicios o, incluso, la muerte? ¿Qué hay de la interacción con otros fármacos?

- ¿Cuáles son las contraindicaciones relativas de la terapia en que se está pensando? Son problemas que podrían hacer desistir de emplear un tratamiento, pero que en absoluto lo impiden. Los ejemplos comunes son las alergias a los fármacos, la posibilidad de interacción con otra medicina y el uso de la terapia electroconvulsiva en pacientes con una enfermedad cardíaca conocida. No estarías dispuesto a recomendar una psicoterapia intensiva a un enfermo que tiene poca capacidad de introspección o que son muy informales para asistir a las citas. De hecho, una historia de no adherencia al tratamiento reduce aún más la deseabilidad de cualquier tratamiento riesgoso o complicado

- ¿Se han considerado todas las modalidades factibles de tratamiento? Los terapeutas de todas las profesiones se sienten más cómodos recomendando los métodos que ellos mismos usan. Aunque esto es comprensible, aumenta el peligro de que al paciente no se le ofrezca un tratamiento eficaz con el que un terapeuta tiene poca experiencia. La mejor profilaxis contra el celo profesional es una actitud de flexibilidad

Los psiquiatras expertos en psicofarmacología tienen que estar alertas a la posibilidad de que la terapia familiar pueda resultar más rápida, segura y eficaz que los fármacos

Los trabajadores sociales, psicólogos y otros profesionales que ofrezcan psicoterapia deben tener en mente que los indicios de que el tratamiento con fármacos puede ser eficaz

El hecho de que la mayoría de los trastornos mentales tal vez tienen múltiples causas debe alentar a todos los clínicos a considerar el uso de más de una modalidad terapéutica con cada paciente.

EVALUAR EL PRONÓSTICO

El término **pronóstico** proviene de una raíz griega que significa "saber de antemano", lo cual, desde luego, es imposible. Pero los avances científicos de las últimas décadas han mejorado de manera enorme nuestra capacidad para predecir resultados **probables** para los pacientes individuales. Se discutirá esto en algunos momentos, pero primero definiremos qué tratamos de predecir.

Áreas definidas por el término pronóstico

El término **pronóstico** implica varios significados:

Síntomas. ¿Se aliviarán parcial o totalmente, o nada en absoluto?

Curso del padecimiento. ¿Será crónico o episódico? Si es episódico, ¿habrá uno o muchos episodios?

Respuesta al tratamiento. ¿Qué tan rápido aparecerá? ¿Será completa, moderada, leve o nula?

Grado de recuperación. Una vez que el episodio agudo se ha detenido (por el tratamiento o paso del tiempo), ¿la personalidad previa del paciente quedará restablecida por completo, o habrá déficits residuales?

Curso temporal del padecimiento. ¿Cuánto tiempo tomará la recuperación? Si el padecimiento es episódico, ¿cuánto tiempo podría estar bien el paciente entre cada episodio?

Consecuencias sociales del padecimiento. ¿Cuáles serán los efectos en el desempeño laboral del paciente? ¿En la vida familiar? ¿En la independencia? ¿Será necesario apoyo económico? Si es así, ¿por cuánto tiempo? ¿Este padecimiento implica la necesidad de tutela u otro proceso legal especial? ¿Cómo afectará la capacidad del paciente para votar, conducir un auto o firmar un contrato?

¿Otros miembros de la familia están en riesgo de sufrir este padecimiento? Si es hereditario, ¿qué nivel de riesgo existe para los familiares de primer grado? ¿Qué se debe aconsejar al paciente que pregunta sobre tener hijos?

Factores que afectan el pronóstico

Varios factores ayudan a hacer predicciones precisas. Por desgracia, nadie sabe con qué fuerza un factor influirá en el resultado de un caso. Debido a que cada uno puede ser importante, simplemente he tratado de hacer una lista de todos ellos, sin un orden particular:

- **Diagnóstico principal.** Los diagnósticos con los principales efectos (como el trastorno del estado de ánimo, la demencia y la esquizofrenia) suelen tener mayor poder predictivo que aquellos con efectos más restringidos (trastornos de la conducta alimentaria, de la eliminación, del sueño y del sexo). Los trastornos de la personalidad pueden tener especial importancia para el pronóstico si no existe un diagnóstico principal y si éste no se puede hacer con certeza. Si el paciente tiene más de un diagnóstico, se deben tener todos en mente al discutir los diferentes aspectos del pronóstico
- **Disponibilidad del tratamiento para el trastorno primario.** Si existen tratamientos eficaces, ¿son fáciles de usar? La geografía puede ser un factor importante, ¿el paciente vive lo suficientemente cerca de un centro donde se ofrezca el tratamiento eficaz? Otro factor es la situación económica, como lo demuestra este ejemplo ampliamente discutido: clozapina, un fármaco eficaz para la esquizofrenia, se introdujo a principios de la década de 1990, a un costo de casi 10 000 dólares por paciente al año (excesivo para esa época). Muchos pacientes no podían pagarlo, por lo que hubo una presión muy fuerte para exigir al fabricante reducir el costo de pruebas de laboratorio
- **Duración y curso del padecimiento.** La conducta pasada predice la conducta futura. Si el paciente ha tenido episodios previos del padecimiento (como trastorno del estado de ánimo), se puede predecir con cierta confianza que habrá episodios futuros. A menos que se corrijan errores previos en el diagnóstico, un paciente enfermo durante muchos años tiene escasas probabilidades de recuperarse por completo
- **Respuestas previas al tratamiento.** La respuesta a tratamientos previos es sólo tan buena como el tratamiento anterior. Si en el pasado el paciente fue tratado por manía sólo con antipsicóticos, es posible mejorar el pronóstico mediante una orden de magnitud una vez que la terapia estabilizadora del estado de ánimo haya empezado
- **Adherencia al tratamiento.** Incluso un tratamiento muy eficaz carece de valor si el paciente se niega a aceptarlo. Es necesario considerar los principales diagnósticos mentales y trastornos de la personalidad, así como la historia clínica, al valorar la adherencia al tratamiento

- **Apoyo social disponible.** El pronóstico varía de modo directo con el número de fuentes que no ha quemado el paciente. Considera todas estas fuentes de ayuda: familia de origen, cónyuge/pareja, hijos, amigos, grupos de apoyo, agencias sociales, médicos y organizaciones religiosas. Además de ofrecer consuelo, pueden ayudar a garantizar que el paciente continúe en el tratamiento y evite actitudes dañinas, como el uso de sustancias.
- **Personalidad premórbida.** El pronóstico se relaciona de manera directa con el funcionamiento del paciente antes de caer enfermo. Una vez que el afectado se recupera de un episodio agudo de trastorno mental, tiende a retomar los niveles premórbidos de funcionamiento. Quienes han mantenido amistades, trabajaron bien en sus empleos y proveyeron a sus familias con lo necesario, probablemente lo hagan otra vez. Si todo lo demás está igual, las predicciones paralelas suelen estar justificadas para quienes tuvieron niveles inferiores de funcionamiento antes del padecimiento.
- **Reciente nivel de funcionamiento.** Si fue productivo en el trabajo o la escuela en el último año, el paciente puede recobrar ese estatus una vez que el episodio actual del padecimiento se resuelva. Desde luego, esto supone que no ha sobrevenido un padecimiento que empeora o debilita de forma crónica al paciente. El *Global Assessment of Functioning* (Evaluación Global del Funcionamiento) proporciona una escala práctica para valorar los avances del paciente. Se puede encontrar en mi libro *DSM-5 Guía para el diagnóstico clínico* o buscando en Internet.
- **Otros factores.** En las categorías diagnósticas, los factores individuales puede afectar, a menudo, las perspectivas de un paciente. Algunas características que sugieren un pronóstico relativamente bueno para un paciente con esquizofrenia son, por ejemplo, las siguientes: edad de inicio relativamente temprana (de los 30 años de edad en adelante); estar casado; ser del género femenino; contar con educación superior al bachillerato; breve duración de síntomas no tratados, y presentar una buena respuesta al tratamiento previo.

RECOMENDAR MÁS INVESTIGACIÓN

Puede ser necesario un estudio ulterior para confirmar o descartar diagnósticos específicos. Las fuentes de esta información incluyen las siguientes:

- Una revisión de hospitales previos y otros expedientes
- Pruebas de laboratorio, incluyendo estudios radiográficos
- Evaluación neuropsicológica formal
- Entrevistas con familiares

Más entrevistas y el estudio de los expedientes existentes por lo general no cuestan nada. A menudo proporcionan información nueva o confirmatoria que puede mejorar con rapidez tu comprensión del paciente. Debido a que la evaluación cuesta tiempo y dinero, su uso debe estar justificado por los hechos de cada caso. Las pruebas ordenadas como parte de una rutina de admisión y no en respuesta a una necesidad detectada rara vez están justificadas por la relación costo-beneficio.

Cuando las pruebas de laboratorio o la evaluación psicológica están implicadas, debe justificarse con base en estos factores:

- **Costo de la prueba.** El rango es enorme, desde nada hasta miles de pesos
- **Riesgos de la prueba.** Las pruebas psicológicas de lápiz y papel no implican riesgos en esencia; algunos procedimientos invasivos pueden poner en peligro la salud e, incluso, la vida

- **Valor de la prueba.** ¿Qué tanto poder confirmatorio tendrán los resultados? Un procedimiento costoso de laboratorio con muchas probabilidades de consolidar un diagnóstico diferencial bien puede valer su costo; un análisis de orina sin relación con el diagnóstico es demasiado caro
- **Frecuencia del trastorno.** Las pruebas de rutina para trastornos raros no son rentables. Sin embargo, esto no significa que no se deban ordenar pruebas confirmatorias para trastornos poco comunes que parecen posibles con base en la historia y el estudio físico
- **Complejidad de la pregunta que se debe responder.** Si el padecimiento del paciente es simple y sencillo, bien se pueden omitir las pruebas de laboratorio
- **¿El procedimiento facilitará el tratamiento?** Es bueno saber qué anda mal; es mejor averiguar cómo arreglarlo

CANALIZACIONES

Es posible recomendar una terapia de salud mental dirigida en específico al motivo de consulta del paciente. También se debe tener en mente que el rango de otros tratamientos y canalizaciones puede ser necesario para ayudar a manejar el conflicto actual o para enfrentar las complicaciones sociales, psicológicas y biológicas secundarias a los problemas principales.

Muchas organizaciones e individuos pueden ayudarte a manejar casi cualquier problema que puedas encontrar. Esto es muy afortunado, porque ningún clínico tiene la formación y experiencia para hacer todo por sí solo. Es vital conocer los límites de tus capacidades y remitir a alguien externo los aspectos de las dificultades del paciente que otros puedan tratar mejor.

Qué tanta ayuda exterior será necesaria depende de estos factores:

Tipo de problema. Un clínico en cuya formación se desatendieron las técnicas de la terapia conductual puede necesitar un poco de ayuda con un paciente que presenta obsesiones o fobias.

Gravedad del problema. Una depresión leve puede responder a la terapia cognitiva, mientras que una depresión grave podría requerir los servicios de un clínico experto en psicofarmacología. Fuerza y alcance de la red de apoyo. El ejemplo más obvio sería el de un paciente sin hogar requiere más servicios de asistencia social que uno que vive con familiares

Motivación y cooperación del paciente. La negativa del paciente a ser hospitalizado limita el alcance de los servicios que pueden aprovecharse.

Formación, experiencia y disponibilidad de tiempo del clínico. Recomendando de manera encarecida que los estudiantes traten de conocer y experimentar todos los tipos de tratamiento posibles.

Aunque de manera tradicional los trabajadores sociales se han encargado de ofrecer y arreglar muchos de los recursos que he mencionado en este capítulo, todos los profesionales de la salud mental deben conocer los tipos de servicios disponibles en la localidad donde trabajan. También los clínicos en la práctica privada a menudo se encuentran con que deben hacer los arreglos para enviar a otro lugar al paciente. Desde luego, sólo puedes emplear los servicios que conoces. Por eso presento esta lista.

Otros terapeutas

Nadie puede saber todo. Los clínicos sabios conocen sus propias limitaciones. Si practicas la terapia grupal y el paciente necesita olanzapina, desde luego que enviarás al paciente con un médico

que le prescriba fármacos. Si dominas este tratamiento, pero no practicas la terapia cognitivo-conductual, es importante remitir al paciente a este tipo de terapia cuando sea indicado.

Hospital mental

Aunque en general se considera la hospitalización como el último recurso, en varias situaciones, los hospitales mentales son el recurso más adecuado:

- Cuando el paciente es un peligro para sí mismo
- Cuando el paciente es un peligro para los demás
- Cuando el paciente no puede cuidar de sí mismo
- Cuando el tratamiento deseado sólo está disponible para los pacientes internos
- Cuando el paciente debe ser retirado de su ambiente
- Cuando se requiere una valoración intensiva para fines médicos o legales

Los clínicos tienden a ser conservadores cuando se trata de proteger la vida de sus pacientes. Al menos en relación con ideas suicidas, que es tal vez la razón aducida más frecuente para la hospitalización, la mayoría de los clínicos estaría de acuerdo en que es mejor equivocarse sobre la hospitalización innecesaria.

Albergues

Los albergues son recursos vitales para los pacientes que no necesitan ser hospitalizados, pero que, por distintas razones, no pueden vivir en casa. Los albergues especializados ofrecen protección para niños víctimas de abuso, mujeres golpeadas, adolescentes fugitivos, y hombres, mujeres y familias indigentes.

Ayuda legal

La ayuda legal puede ser necesaria para problemas que podrían causar o agravar un trastorno mental; a veces, los problemas legales pueden ser ajenos al trastorno. Si el paciente cuenta con recursos inadecuados y necesita servicios tan distintos como redactar un testamento en enfrentar cargos criminales, es necesario enviarlo para que reciba ayuda legal profesional. Si el problema está relacionado con abuso a niños o ancianos, envía al paciente a un centro de servicios de protección a niños o a ancianos, según sea el caso. La información de contacto de estas agencias suele encontrarse en Internet o en directorios de los gobiernos locales de ciudades importantes.

Grupos de apoyo

Muchos grupos de apoyo siguen el modelo de los Doce Pasos de Alcohólicos Anónimos. En general son gratuitos y muchos están en todas partes, pues tienen secciones por todo el país (y, en algunos casos, por todo el mundo). El nombre del grupo suele describir su función. Aunque no es posible presentar una lista completa de los grupos de apoyo, pues son demasiados, he aquí algunos de los más representativos:

- Hijos adultos de alcohólicos
- Asociaciones de adultos víctimas de abuso sexual infantil
- Al-Anon (para familias)
- Alateen
- Alcohólicos Anónimos (AA)
- Golpeadores Anónimos
- Jugadores Anónimos
- Neuróticos Anónimos (NA)
- Comedores Anónimos
- Padres Anónimos (para padres que han abusado de sus hijos)
- Padres sin Pareja

Otros recursos

Tratamiento para el uso agudo de sustancias. Los servicios de desintoxicación suelen estar disponibles mediante una canalización de los centros de salud mental locales.

Valoración médica. Disponible en hospitales locales, estatales y privados para la valoración de violaciones, traumas, VIH y enfermedades de cualquier tipo.

Servicios vocacionales. Incluye la valoración de discapacidades, capacitación laboral y seguros por desempleo; se puede tener acceso a estos servicios por medio de los departamentos locales de empleo.

Comunicar los resultados al paciente

Los hallazgos clínicos y las recomendaciones son mucho más útiles cuando se comparten con los demás. El ejemplo más importante de esto es con el paciente, pero a menudo se extiende también a la familia.

CONSULTAR CON EL PACIENTE

Se vean o no indicios externos de nerviosismo, quizá el paciente está aprensivo por los resultados de la valoración. Por ello, se debe planear discutirlos con él en cuanto sea posible. Muchos clínicos hacen esto al final de cada entrevista inicial. Los problemas complicados pueden requerir más entrevista o tiempo para revisar los materiales. Aun así, algún informe provisional, aunque sea de unas cuantas palabras, sería muy apreciado por el enfermo.

Lo que se diga debe estar determinado, en cierta medida, por la capacidad del paciente para comprender, lo cual, a su vez, puede estar influido en gran parte por el trastorno mismo. Sin embargo, la mayoría de los afectados puede comprender y apreciar la verdad, la cual siempre se debe tratar de comunicar. Al principio de mi carrera, me sentía reacio a decir al paciente que mi diagnóstico era esquizofrenia, porque con mucha frecuencia tiene un pronóstico siniestro. Pero después de algunos encuentros con este padecimiento, descubrí que los enfermos tienden a aceptar este diagnóstico casi tan bien como cualquier otro y dejé de preocuparme, siempre y cuando estuviera seguro de no equivocarme.

Si se siguen algunas reglas sencillas al comunicar los resultados, se tendrán más probabilidades de que el mensaje sea escuchado y aceptado.

Resumir los problemas. Al hacerlo, se brinda tranquilidad, en el sentido de que en verdad se comprende por qué el paciente buscó ayuda. En caso de que no se entienda tan bien como se pensaba, el paciente tiene la oportunidad de explicar más.

Dar un diagnóstico. Plantear el mejor diagnóstico en términos apropiados para la educación y sofisticación del paciente. Si no hay seguridad sobre el diagnóstico, decirlo y luego explicar el plan para disipar incertidumbre (¿más pruebas?, ¿intentar con algún tratamiento?).

Hacerlo sencillo. Es necesario tener en mente lo que el paciente realmente necesita saber y transmitírselo. No es momento de impartir un seminario de posgrado sobre diagnóstico.

No usar tecnicismos. La información debe darse en lenguaje llano. Si se emplean palabras rebuscadas se corre el riesgo de ocultar parte del mensaje mientras el paciente trata de descifrar la clave.

Pedir retroalimentación. Se conseguirá mayor conformidad con las recomendaciones y el paciente se sentirá más satisfecho cuando hay seguridad, por medio de preguntas, que comprende la explicación de los problemas y el método propuesto:

“¿Cómo se siente con esto?”

“Hasta aquí, ¿tiene alguna pregunta?”

Hacer hincapié en lo positivo. Con tantos métodos terapéuticos de que disponen los profesionales de la salud mental, incluso en los problemas más serios, como esquizofrenia y el trastorno bipolar I, se puede ofrecer ayuda.

Mostrar compasión. Se debe observar si hay cambios afectivos en el paciente mientras se proporciona la información. Hay que reconocer los sentimientos del paciente y brindarle comprensión y sugerencias de cómo podrían mejorarse las cosas. Todos necesitan sentir esperanza.

Discutir el tratamiento

El plan de tratamiento que se diseñe debe estar estructurado como un esfuerzo colaborativo entre paciente y clínico. Aunque este método para planear el tratamiento requiere mayor esfuerzo al principio, a largo plazo todos se beneficiarán. Un plan compartido con el paciente es parte importante de la entrevista inicial.

¿Qué quiere el paciente del clínico? Me inclino a responder esta pregunta importante con otra pregunta: ¿con exactitud, qué querría yo si fuera el paciente? Desearía un plan sensato que ligara el diagnóstico con un tratamiento racional. También esperaría una explicación clara del proceso de tratamiento, sus posibles peligros, opciones aceptables y una estimación honesta de las probabilidades de éxito.

Un plan concreto para más investigaciones, así como del tratamiento, ayudarían a tener esperanza en el futuro. Debido a que me haría volver a sentir cierto control, estaría más entusiasmado y sería más difícil que le diera largas a su implementación (lo repito: un paciente involucrado en el plan tiene más probabilidades de cooperar). También anhela un clínico entusiasta, el cual comprendiera que si hago preguntas no es para desafiar su autoridad, sino como una oportunidad de hacerme partícipe del proceso de tratamiento. Eso reforzaría mi adherencia al mismo: tal vez recordaría mis citas, trataría de hacer los ejercicios que me asignaran y rara vez se me olvidaría tomar el fármaco. Mis avances no se retrasarían, evitaría fracasos del tratamiento y no lo abandonaría. Si algo saliera mal y el tratamiento no funcionara, sería más difícil que culpara al clínico, que si sólo hubiera aceptado el plan sin saber nada de él.

En el método negociado de tratamiento, el paciente y el clínico formulan juntos el plan. Esto no significa que el paciente obtiene todo lo que quiere, sino que el clínico lo escucha. Se puede alentar al paciente a “querer” o elegir el plan que se considere el mejor, pero se debe escuchar y reaccionar de manera apropiada si la elección del paciente no es la que recomiendas. Por ejemplo, a veces he creído que un adolescente se equivoca al rechazar fármacos para la depresión: “Quiero hacerlo por mí mismo” es la típica respuesta. Pero siempre he aceptado la decisión con la mayor cortesía que puedo, y a menudo, varias citas después, el paciente da su opinión de que: “esto no está marchando tan bien como lo esperaba; tal vez deba probar con sus pastillas después de todo”.

Cuando elaboren juntos el plan de tratamiento se deben considerar varios puntos:

- **Discutir las opciones.** Parte de la naturaleza humana es sentir mayor control cuando hay opciones; por lo tanto, es conveniente revisar una lista completa de los posibles tratamientos; en ese sentido, una opción obvia, que rara vez se menciona, es que no haya ninguno. A menudo empiezo con ésta, porque me permite discutir en términos concretos lo que preveo como resultado de que no se implemente ningún tratamiento (o que sea inadecuado). Ello sirve como punto de referencia para valorar los inconvenientes y beneficios potenciales de las otras opciones
- **Mencionar los inconvenientes.** Ningún tratamiento está libre de ellos: los fármacos tienen efectos secundarios; la psicoterapia toma mucho tiempo; el tratamiento grupal implica a otras personas, y el conductual requiere esfuerzo y ansiedad. Todas son caras. Es desagradable contemplar los aspectos negativos del tratamiento, pero los pacientes necesitan saber estas cosas para que puedan tomar decisiones racionales. Algunos estados tienen leyes que obligan a decir al paciente qué alternativas hay a las medicinas, el tratamiento electroconvulsivo y otros procedimientos somáticos
- **Estar en favor de una opción.** La mayor parte del tiempo se puede expresar una opinión de manera directa, pero con los pacientes que sienten la necesidad de desafiar a la autoridad o desean intensamente una forma particular de psicoterapia, se debe procurar ejercer una influencia más sutil. Por ejemplo, se pueden encontrar nuevas noticias acerca del tratamiento de fármacos para el paciente que lo necesita
 - “No tendrá que esperar para siempre para poder controlar sus síntomas”
 - También identificar buenas noticias para el paciente, quizá uno con un trastorno de la personalidad que no necesita fármacos
 - “No tendrá que renunciar al control de su propio cuerpo”
 - Ninguna de estas afirmaciones es falsa y cada una puede promover uno de los objetivos de los profesionales de la salud: alentar al paciente a aceptar lo que le ayudará
- **Asegurarse de que el paciente comprende las opciones.** La mayoría de los pacientes comprende, pero cuando está bajo estrés puede tener dificultades para enfocar su completa atención en lo que se les dice. Si hay alguna duda de que escuchó las instrucciones sobre el tratamiento, se pide al paciente que repita lo dicho: “para ver si he sido claro como debería”. Otra forma de ayudar al paciente a comprender es ofrecer un breve resumen escrito de las recomendaciones
- **Evitar hacer promesas más allá del compromiso de hacer todo lo posible por ayudar.** Desde luego, no es posible ver el futuro y, en cierto modo, los pacientes lo saben. Pero los enfermos (y sus familias) a menudo también están tan preocupados por el mañana que invisten a los clínicos de la salud mental con poderes que no poseen. Los clínicos que pintan un panorama color de rosa, no respaldado por los datos y las experiencias de otros, se arriesgan a serias dificultades. Cuando se ofrece esperanza, debe ser en el contexto de una visión realista de la situación y un plan racional para el futuro. Éste debe hacer hincapié en la importancia de que el paciente coopere con todos los aspectos del tratamiento, incluso cuestionar cualquiera de las conclusiones o instrucciones que puedan no quedar claras

Motivar al paciente

Desde luego, si la motivación no se implementa, ni el mejor plan de tratamiento del mundo puede lograr algo. Con demasiada frecuencia, ese es el resultado de las consultas en salud médica. A pesar de que el clínico hace su mejor esfuerzo, el paciente puede olvidar tomar los fármacos, descuidar los ejercicios conductuales, o continuar bebiendo o usando alguna droga de todos modos.

¿Por qué tantos pacientes parecen reacios a mejorar? A menudo, eso puede rastrearse en la falta de esperanza, quizá basada en una larga experiencia con el sistema de salud mental. O los trastornos de personalidad o de uso de sustancias pueden motivar a las personas de maneras que compiten con el plan terapéutico. Aunque un mayor conocimiento sobre el trastorno mental puede iluminar la fuente del problema, no necesariamente da al individuo una sensación de control, y los estudios han mostrado que la educación por sí sola no basta para motivar el cambio (quizá ya se haya intentado y tal vez ocultado —y ahogado— en exhortaciones).

Recurre a la **entrevista motivacional (EM)**, un enfoque centrado en el cliente, que se empezó a usar en pacientes con trastornos de uso de sustancias. La EM intenta persuadir a las personas para que adopten nuevas conductas que necesitan para cuidar su salud o por otras razones. En vez de emplear la confrontación, hace hincapié en la colaboración; en vez de educación, recurre a la **evocación**, que significa liberar recursos para el cambio que el paciente ya posee. La EM ayuda a sacar a las personas de la ambivalencia inútil del pasado, y a identificar su propia motivación interna. En estudios controlados, la EM ha demostrado ser útil en repetidas ocasiones, incluso en la gran mayoría de los pacientes con esquizofrenia.

La EM se basa en el principio de que es más fácil lograr que las personas hagan algo positivo que evitar que hagan algo negativo. Se trata del método “se cazan más moscas con una gota de miel que con un barril de vinagre”. Una persona no tiene que comprometerse con un cambio global, sino sólo con algunas conductas específicas. Aunque se han escrito manuales enteros sobre la EM, se puede resumir en cuatro pasos básicos:

1. **Empatizar.** Sin criticar, ayudar al paciente a expresar sus sentimientos y puntos de vista. No es necesario estar de acuerdo con el punto de vista del enfermo, sólo facilitar que se exprese. Quienes practican la EM llaman a este paso: “Expresar empatía”
2. **Ayudar al paciente a reconocer la manera en que la conducta actual frustra sus deseos de largo plazo.** La percepción de esa discrepancia es lo que motiva al paciente a buscar un cambio de conducta. El nombre de este paso es “Crear discrepancias”
3. **No pelear con las resistencias.** Es mejor usarlas como oportunidad para explorar más los sentimientos del paciente. En la EM, las resistencias significan que el clínico necesita adoptar un método diferente. Este paso se denomina “Dar un giro a las resistencias”
4. **Brindar esperanza mostrando que se cree al paciente capaz de lograr el cambio.** Hacer sentir al paciente confianza en que el cambio es posible. Este paso se llama “Fomentar la autoeficacia”

Presento una conversación, un poco condensada, con una mujer joven con discapacidad intelectual leve. Vive con una compañera y tiene un trabajo en el que acomoda mercancía en los anaqueles de una tienda de abarrotes. Cliente de mucho tiempo atrás, Misty volvió a tener problemas con su presupuesto. Los comentarios en cursivas resaltan el uso de los cuatro pasos de la EM.

Clínico: Tengo entendido que recibió una carta de su banco.

Misty: Así es, dicen que otra vez estoy sobregirada. Y Janice (la vecina encargada de Seaview, las instalaciones de vida independiente de la paciente) dice que podría perder mi cuenta.

Clínico: Eso sería terrible.

Misty: Sí, me siento muy mal.

Clínico: Me lo puedo imaginar. Cualquiera estaría así. ¿Cómo fue que se sobregiró? Una clásica expresión de empatía, paso 1.

Misty: Supongo que firmé demasiados cheques.

Clínico: ¿Para qué fueron?

Misty: Usted sabe, el cable, agua embotellada, renta, teléfono. Nada más.

Clínico: Eso no parece ser todo.

Misty: Siempre pago a tiempo.

Clínico: Sé que ha hecho un estupendo trabajo con esas responsabilidades. Siempre estoy muy orgulloso de usted.

Elogiando los logros previos de Misty, el clínico reafirma las conexiones pasadas y expresa su confianza en sus capacidades. El paso 4 —apoyo— no debe esperar nuevas acciones de parte del paciente.

Misty: Y compré algunos animales disecados. Tengo una colección.

Misty y el clínico siguen enumerando los gastos e ingresos; el clínico se entera de que, desde las vacaciones, Misty ha trabajado menos horas, por lo que su sueldo se ha reducido.

Clínico: Así que ahora tiene menos dinero.

Misty: Así es.

Clínico: ¿Qué cree que pueda hacer?

Misty: Podría pedirle dinero a mi mamá.

Clínico: ¿Y ella la ayudaría? ¿Qué pasó la última vez?

Misty: Dijo que no, que debía gastar menos.

Clínico: ¿Cómo funcionaría eso?

Misty: Bueno, tengo que pagar la renta.

Clínico: Desde luego. ¿Qué hay con las otras cosas de la lista?

Hablan sobre otras cuentas por pagar y acuerdan que el teléfono es esencial. El clínico se pregunta por el agua embotellada de Misty.

Misty: Es pura y cristalina.

Clínico: ¿Otras personas de Seaview también tienen agua embotellada?

Misty: No, sólo Arlene (su compañera de cuarto, cuyas finanzas son todavía más precarias, si acaso, que las de Misty) y yo.

Clínico: ¿Y qué pasaría si no la compra?

Misty: Tendríamos que beber agua de la llave.

Clínico: Como los demás.

Misty: Sí.

El clínico interpreta el subsiguiente silencio prolongado como evidencia de una resistencia importante y decide abordarla de manera indirecta (paso 3).

Clínico: Creo que a usted no le gustaría este cambio, ¿verdad?

Misty: Así es. También usamos esa agua para cocinar.

Clínico: Usted está acostumbrada a la televisión por cable también.

Misty: Por supuesto. A las dos nos encantan los programas de cocina.

Clínico: Usted es afortunada. A las dos les gusta cocinar y ver los programas de cocina.

Misty: Nos gusta comer.

Clínico: Y no quiere renunciar a esos gustos.

Misty: Así es, los necesitamos.

Resulta que Misty y Arlene están suscritas a todos los servicios Premium que ofrece su compañía de televisión por cable, incluyendo todos los deportes, HBO y Showtime. La discrepancia entre lo que le gustaría y lo que puede pagar (paso 2) está implícita, pero tal vez debería haberse planteado con mayor claridad.

Clínico: Sabe, yo solía tener HBO y *Showtime* también, pero los cancelé. Llegué a la conclusión de que no los necesitaba.

Misty: Mmm.

Clínico: ¿Qué opina?

Misty: Pienso que las personas que viven en una casa tienen dinero y pueden elegir lo que quieren.

Clínico: Ya veo, y usted siente que no tiene mucho de dónde escoger, ¿es eso?

Misty: ¡Así es!

Misty ha llegado a lo importante, con una introspección quizá sorprendente que describe y explica su resistencia a sentirse forzada a tomar una decisión. Misty reconoce la discrepancia entre lo que puede pagar y lo que quiere, pero necesita tiempo para determinar qué hacer. El clínico retrocede y dice que pueden trabajar un poco más en la siguiente sesión para resolver el problema. Esta expresión de apoyo deja a Misty con la sensación de ser escuchada y tener esperanza en el futuro. Más tarde, esa misma semana, llama y dice que ella y Arlene decidieron arreglárselas con agua de la llave por una temporada.

Aunque la EM es relativamente nueva, los clínicos han negociado con los pacientes por generaciones. La técnica fue defendida por el psiquiatra Adolf Meyer hace 80 años. Los clínicos que evitan el paternalismo y empoderan a sus pacientes en la toma de decisiones antes del tratamiento, a menudo encuentran que promueven una mayor satisfacción del paciente. Además, los pacientes que tienen relaciones positivas con sus clínicos tienen mayores probabilidades de estar contentos con el tratamiento y encontrarlo útil, incluso tratándose de terapia electroconvulsiva. Otras investigaciones han demostrado que los enfermos aceptan el tratamiento y lo concluyen mejor cuando el clínico expresa empatía, tiene la disposición de explicar y compartir información, y habla de manera accesible para el paciente.

Es evidente que no se pueden esperar beneficios de la EM en casos de demencia avanzada, una psicosis incuestionable, planes serios de suicidio o una anorexia nerviosa que pone en peligro la vida del paciente. Pero, como lo demuestra la historia de Misty y su clínico, puede funcionar incluso en paciente con deficiencias intelectuales.

DISCUSIÓN CON LA FAMILIA

Una familia muy unida querrá saber todo lo que pueda hacerse por el paciente. Muchos familiares han tenido experiencia considerable en el trato con profesionales de la salud mental; para algunos, esto no siempre ha sido satisfactorio. La calidad de su acercamiento suele estar en relación directa con lo siguiente:

- La cantidad de contacto que tengan contigo
- El grado en que sientan que se les brinda información
- Qué tan afectuoso parece ser
- La opinión del paciente sobre ti y sobre el plan de tratamiento

Puedes evitar problemas de confidencialidad si te reúnes con la familia en presencia del paciente. Desde luego, si necesitas más información de la que el paciente te ha proporcionado, una parte de la sesión familiar puede llevarse a cabo sin la presencia del enfermo. Si te reúnes con la familia por separado, procura decírselo al paciente, a quien, puedes señalarlo, se le han ofrecido sesiones absolutamente confidenciales. Sin importar cómo o dónde tenga lugar la reunión, debes ser cuidadoso al resguardar los detalles de cualquier información confidencial con el paciente.

Si es tu primera entrevista con los miembros de la familia, podrías empezar averiguando qué saben acerca del trastorno. Esto te ayudará a juzgar sus presuposiciones y así evitarás desconcertarlos con información que contradice de forma directa lo que se les ha dicho antes. Por ejemplo, si un terapeuta anterior diagnosticó esquizofrenia y tú piensas que el diagnóstico debería ser trastorno bipolar I, podrías hacer hincapié en los síntomas psicóticos que ambos clínicos han considerado clave. Menciona cualquier asunto relacionado con el diagnóstico que tengas, sobre todo si los familiares pueden proporcionar información útil; si el paciente empezó a beber antes o después de deprimirse es un buen ejemplo. El principio de esta reunión también es una buena oportunidad para transmitir algún mensaje positivo que el paciente haya manifestado, como la preocupación por los efectos de la enfermedad en los familiares.

Una vez que hayas obtenido la información que necesitabas, podrías bosquejar el plan de tratamiento —incluyendo sus puntos fuertes y débiles—, para prevenir recriminaciones posteriores si más adelante surgen problemas. Haz hincapié en aspectos en que los familiares y amigos podrían ayudar. Por ejemplo, los cambios en la conducta y el estado emocional pueden ser más evidentes para los familiares que para el paciente. El surgimiento de efectos secundarios sería un tema; en el caso de un paciente con un episodio depresivo actual del trastorno bipolar I, sería una ocasión para dar instrucciones de “alerta maniaca”.

Incluso si no se puede ofrecer un tratamiento muy eficaz, como en el caso de un paciente que se dirige con rapidez hacia la demencia, es posible discutir los recursos que ayuden a la familia a afrontar la situación. Justo como casi cualquier familia que trata de lidiar con el padecimiento mental de un familiar, se pueden beneficiar de cierto grado de apoyo social. Se debe determinar qué se necesita y cuáles son los recursos que han usado. Incluso, ellos pueden mencionar algo que no sabías.

“En conclusión, asegúrate de decir a los familiares como ponerse en contacto contigo, y enfatizar que todos trabajen en conjunto para resolver el problema”.

¿QUÉ PASA SI EL PLAN ES RECHAZADO?

Con el estrés del padecimiento mental en la familia, es común que alguien —por lo general el paciente, pero a veces un familiar— tenga objeciones contra el plan de tratamiento. Si se trata de un familiar o un amigo, y el paciente y tú están de acuerdo en cómo proceder, continúa con el plan, pero di algo al familiar, para mostrar que has considerado su punto de vista discrepante:

“Me alegra que me haya dicho que usted no quiere que su hermano sea hospitalizado. Pero él y yo creemos que es lo más seguro por ahora, así que considero que debemos hacerlo. Espero que lo visite. Usted lo conoce mejor que nadie, así que necesitaré sus ojos y oídos para ayudarme a evaluar su progreso”.

Si el paciente es de los que se resisten al tratamiento, se deben seguir los siguientes pasos para tratar de salir del *impasse* (o punto muerto):

1. Tratar de descubrir qué parte del plan no es aceptable, y luego transmitir seguridad al paciente. Por ejemplo, los efectos secundarios del tratamiento pueden ser tolerables si el paciente tiene la tranquilidad de que es probable que sean de corto plazo
2. Identificar las áreas en que están de acuerdo. Si es necesario en algún tratamiento, continuar con el siguiente paso
3. Averiguar qué medida terapéutica aceptará el paciente. Si se trata de algo que piensa no será dañino, simplemente no será útil (como una psicoterapia sola para tratar una depre-

sión moderadamente grave), se puede acordar probarlo durante un periodo específico. Al terminar, el paciente puede aceptar continuar con la recomendación original

4. Poder aprobar un ensayo experimental, con la salvedad de que se monitorearán los resultados de manera cuidadosa, y se detendrá o cambiará el tratamiento si el paciente se siente insatisfecho
5. Buscar una segunda opinión. Esto puede ser útil, en especial si un amigo o familiar de confianza está influyendo en el rechazo del paciente a la recomendación. Pero es necesario mantener la mente abierta: el asesor puede indicar algo diferente a lo que tu tienes en mente
6. Por último, es posible que el paciente o la familia rechacen el tratamiento que se considera indispensable. Ésta es mi regla: yo continúo con el curso del tratamiento que, a mi parecer, está totalmente justificado en contra de la voluntad de la familia o el paciente (en el caso de un paciente que está hospitalizado de manera involuntaria). Pero si el paciente y la familia rechazan mi consejo, por lo general me siento incapaz de trabajar de manera eficaz con este paciente. En tal caso, trato de ayudar al paciente a encontrar otro clínico

Comunicar los resultados

En algún lugar, en alguna ocasión, es posible que un clínico de la salud mental haga una evaluación y proporcione un tratamiento completo sin decir una palabra a nadie más que al paciente. Si alguna vez ha sucedido, este raro suceso probablemente tendría lugar en el consultorio privado de un terapeuta aislado; pero las demandas de las compañías aseguradoras y los servicios de salud del gobierno hacen cada vez más imperativo que, sin importar dónde se trabaje o quién sea el paciente, se comuniquen los hallazgos a alguien.

EL INFORME ESCRITO

Incluso los clínicos más expertos recaban datos de una manera un poco azarosa. Por lo tanto, es necesario organizar los hallazgos antes de informarlos. La organización es casi la misma para un informe oral que para uno escrito. Los informes escritos suelen ser más completos, por lo que hablaré de ellos primero y con mucho mayor detalle. En el apéndice C se presenta un ejemplo de una entrevista completa y el informe escrito.

Datos de identificación

Los datos de identificación proporcionan al lector un marco a partir del cual pueden formarse una imagen mental del paciente cuya historia se informa. En la primera línea se presentan los datos demográficos básicos, que incluyen nombre del paciente, edad, sexo, estado civil, religión y cualquier otra información pertinente. En los servicios militares, los datos de identificación también incluyen el rango del paciente y se podría anotar si el paciente tiene una discapacidad relacionada con el servicio.

En cualquier caso, es necesario registrar si el paciente es nuevo en la dependencia o ha sido atendido antes.

El motivo de consulta

Como se describe en el capítulo 2, el motivo de consulta es la razón expresada por el paciente para buscar un tratamiento. A menudo se redacta como una cita directa, pero a veces se puede

parafrasear o resumir, sobre todo si el motivo de consulta es impreciso, extenso o multicausal. A veces el clínico cita dos motivos de consulta: uno del paciente y otro de un familiar, amigo u otro informante (identificado de manera adecuada). Este doble informe es de especial utilidad para los pacientes que no cooperan o están demasiado confundidos (o son demasiado jóvenes), como para responder de manera apropiada a la solicitud de información.

Informantes

De manera breve, citar los nombres de las personas que proporcionaron información y valorar la confiabilidad de cada uno. Además del paciente, mencionar a los familiares, amigos y otros profesionales de la salud, así como expedientes antiguos, esto es, cualquier persona o elemento que se haya empleado para completar el cuadro del paciente.

Historia del padecimiento actual

La historia del padecimiento actual es la sección más importante de todo el informe. Mientras se redacta tal historia, es necesario tener presente varias reglas:

- Ser una historia cronológica. Como todas las buenas historias, debe tener un principio, cierto desarrollo y un final. En la mayoría de los casos se empieza con el inicio del primer episodio del padecimiento. Algunos clínicos señalan de manera cuidadosa ese punto con una frase como ésta:

El señor Turner estuvo bien hasta los 32 años, cuando sufrió el primero de varios episodios de depresión.

Esta sola y breve oración alerta al lector sobre: 1) la principal área de interés clínico (trastorno del estado de ánimo: depresión); 2) la edad de inicio; 3) el hecho de que el problema del señor Turner no es nuevo, y 4) el buen estado de salud del paciente durante la década de su vida adulta previa al inicio de este padecimiento. Una vez que la narración está en marcha, se debe continuar de forma más o menos cronológica y terminar con las razones que impulsaron al paciente para buscar un tratamiento en este momento.

En el caso de pacientes que se han internado en alguna institución en varias ocasiones por el mismo padecimiento, se podría escoger tomar nota sólo de un intervalo breve, para evitar repeticiones innecesarias y extensas:

Desde los 32 años, el señor Turner ha estado internado en cinco ocasiones en este centro médico por depresión grave; en cada una se ha empleado con éxito la terapia electroconvulsiva. Después de su alta más reciente, hace dos años, regresó a su vida independiente y laboró en su oficio de ilustrador comercial. Hace dos semanas notó el letargo y la pérdida de interés en el trabajo, que suelen ser los síntomas del inicio de un episodio de depresión.

- Sustentar el mejor diagnóstico. Esto significa que el material que se presente debe reflejar los criterios diagnósticos actuales (DSM-5) del trastorno considerado como el más probable. Por ejemplo, digamos que el paciente tiene síntomas de depresión y psicosis. Se cree que el diagnóstico más probable es melancolía con psicosis (en términos del DSM, episo-

dio depresivo mayor, grave, con características psicóticas y características melancólicas), así que la historia del padecimiento actual debe resaltar el hallazgo de que el paciente nunca tiene síntomas psicóticos, excepto durante la depresión profunda. Desde luego, no quiere decir que se deba tratar de ocultar las ambigüedades o la evidencia en favor de otros diagnósticos; pero el documento, en la medida en que es consistente con los datos, debe formar una imagen en la que la historia, el estado mental y el diagnóstico son partes que se apoyan entre sí, en un todo consistente

- Si la historia es complicada, tratar de esclarecerla. Una manera de lograr esto es dejar para después los detalles que no apoyan el mejor diagnóstico. Quizá esta información menos pertinente puede incluirse luego en la historia personal y social. También se podrían presentar temas distintos (aunque quizá intersectarse) en párrafos separados de la historia del padecimiento actual. Después de describir el padecimiento depresivo del paciente, que fue la causa real de su hospitalización, se podría continuar de la siguiente manera

Además de su depresión, el señor Turner también ha tenido una tendencia a travestirse. Esto empezó alrededor de los seis años de edad...

- Editar el material. Si se revisa una entrevista de una hora y se leen expedientes antiguos tan gordos como el presupuesto federal de EUA, quizá se averigüe más de lo que la mayoría de lectores necesita saber. Para reducir el material, se pueden resumir los tratamientos previos en una línea o dos; enumerar las hospitalizaciones (tantas por manía y tantas más por depresión), y hacer una lista de síntomas de un episodio típico. Esto le ahorra al lector múltiples repeticiones de información idéntica en esencia

En aquel tiempo [el del primer episodio de depresión] empezó a notar letargo y falta de interés en su trabajo como ilustrador comercial. En las siguientes semanas se volvió cada vez más anoréxico, perdió casi 5 kg y padecía de un insomnio que lo hacía levantarse y andar de un lado a otro muy temprano cada mañana. Este patrón de síntomas se repitió en los siguientes episodios

Como señalaron Platt y McMath (1979): "El padecimiento actual debe ser una elaboración de estos datos primarios, no una saga de cuidados médicos"

- Incluir las respuestas negativas significativas. Al investigar las diversas áreas de interés clínico, se hacen muchas preguntas para comprobar o descartar ciertos trastornos. Algunas de las respuestas negativas ayudaron a elegir el diagnóstico más probable de una lista diferencial. Tales respuestas se llaman *negativas significativas* (o pertinentes); deben aparecer en el informe de la historia del padecimiento actual, junto con las respuestas afirmativas importantes

Aunque el señor Leeborg dijo que se sintió sumamente deprimido en la semana desde que perdió su trabajo, negó tener insomnio, falta de apetito o carencia de interés en el sexo

- Informar los hallazgos en lenguaje llano. Los lectores pueden incluir personas que no están acostumbradas a la, a veces, complicada jerga del campo de la salud mental. Es recomendable evitar usar abreviaturas distintas a las que se utilizan por lo común en las revistas científicas. Las oraciones breves y la voz activa mostrarán con claridad las ideas
- El paciente es una persona, no un "caso". Muchos clínicos consideran que está mal referirse a los pacientes como "este maniaco" o "un esquizofrénico". Siempre hay que tratar de referirse al paciente como "una persona con manía" o "un paciente con esquizofrenia". Estas formas ayudan a preservar en el lector un sentimiento por la humanidad del paciente

Historia personal y social

De la infancia a la vida adulta

Cuando se presente la información, hay que mantener las cosas en orden, apeándose lo más posible a la secuencia cronológica: comenzar con el nacimiento y la infancia temprana; continuar con la educación, la experiencia militar (si la ha habido), sexualidad, matrimonio, historia laboral, historia legal y religión. Es posible usar párrafos o un cuadro cronológico; el primero es más práctico si se dicta, y el segundo si se escribe a mano o se teclea la información.

En esta sección se trata de presentar una imagen razonablemente completa de los antecedentes del paciente. Por lo general es necesario omitir datos que ya aparecen en la historia del padecimiento actual, y retirar las anécdotas y detalles triviales con los que los pacientes sin excepción ilustran la historia de su vida.

Sin embargo, se deben incluir las respuestas negativas pertinentes, como la ausencia de abuso sexual infantil en un paciente con un posible trastorno disociativo, o una asistencia perfecta a la escuela en un paciente con un posible trastorno de personalidad antisocial. También es vital incluir las respuestas positivas importantes del pasado, como el previo abuso de drogas o alcohol, que quizá se omitieron en la historia del padecimiento actual, porque ya no afectan la vida del paciente.

Historia familiar

Aunque se trata propiamente de una parte de la vida del paciente, la historia familiar suele informarse en un párrafo separado. Quizá hacemos esto para hacer hincapié en los efectos biológicos y ambientales que las familias tienen en el desarrollo individual. Se deben incluir los datos obtenidos sobre trastornos físicos y mentales; al mencionar estos últimos, hay que procurar incluir no sólo el diagnóstico, sino también cualquier otra información recopilada, que corrobore (o refute) el diagnóstico. Por ejemplo:

Aunque el padre del señor Garwaith había sido diagnosticado con esquizofrenia, se le trató dos veces en el hospital y dado de alta, al parecer recuperado y capaz de retomar la demandante ocupación.

Después, en el resumen, se concluye que la historia del padre parece indicar más un trastorno del estado de ánimo.

Si el paciente fue adoptado o si la historia de la familia es absolutamente negativa, hay que escribirlo así y continuar.

Historia médica

Es relevante mencionar cualquier operación, enfermedad médica importante, fármacos actuales y recientes, y hospitalizaciones por razones no relacionadas con la salud mental. Hay que hacer una lista de alergias, en especial a los fármacos. Si no hay ninguna, anotarlos; esta información puede cobrar importancia si una terapia de fármacos se convierte en una posibilidad para el paciente. Si no se ha hecho, mencionar cualquier hábito, como el uso de tabaco, marihuana o alcohol.

Revisión de los sistemas

Indicar cualquier respuesta afirmativa a las preguntas sobre problemas físicos pasados o presentes. Si el trastorno de somatización (síntomas somáticos) se ha considerado en el diagnóstico diferencial, hacer una lista de síntomas que se consideren positivo en la revisión especializada de los sistemas de ese trastorno (véase apéndice B para más detalles).

Examen del estado mental

En muchos casos, gran parte del EEM es normal y, por lo tanto, puede ser cubierto en pocas líneas. El orden en que se informan las diversas áreas no es tan importante como el hecho de mencionar cada una, aunque sólo sea para mostrar que se tomó en cuenta. Al describir el estado mental del paciente, es necesario tener presente qué detalles serían necesarios para apoyar o refutar los trastornos incluidos en el diagnóstico diferencial; incluir no sólo la información positiva, sino también la negativa importante, que permita ubicar los diagnósticos antes o después en la lista diferencial.

Describir la apariencia general y la ropa; contrastar la edad aparente con la que el paciente dice tener. Procurar mencionar todos los aspectos del estado afectivo; si es ordinario, "regular" será el descriptor, pero también mencionar la labilidad y qué tan apropiado es el afecto de acuerdo con el contexto. Cuando se trate de describir anomalías, no usar términos generales, como "extravagante" o "extraño", pues carecen de precisión y no aportan nada para que el lector se cree una imagen de la conducta o apariencia del paciente. En lugar de ello, hay que elegir palabras y frases que en verdad sean descriptivas: en vez de "la ropa de la paciente era extraña", se podría decir: "La paciente vestía un tutú artesanal, ajustado al cuerpo, hecho de un viejo costal de harina".

Se debe recordar que los registros escritos de salud mental son documentos legales. Pueden ser solicitados como pruebas por los abogados y los propios pacientes, así que el tono y la redacción deben resistir un examen minucioso. Hay que evitar las bromas, quejas y cualquier otro comentario que requiera mantenerse en secreto. Si se necesita expresar una opinión que pudiera considerarse peyorativa, matizar la afirmación admitiendo que se trata de una inferencia personal:

Él **parecía** estar intoxicado...
Su actitud **parecía** seductora...

En el rubro de curso del pensamiento, procurar mencionar cualquier anomalía de las asociaciones, así como velocidad y ritmo del habla. Usar ejemplos con cintas directas para mostrar el tono del discurso del paciente y para proporcionar una línea base que facilite juzgar los cambios posteriores.

Los hallazgos que se informan en el rubro de contenido del pensamiento, por lo general reflejan lo que ya se ha mencionado en la historia del padecimiento actual. También es necesario mencionar otros posibles contenidos del pensamiento que no se había dicho. Mientras muchos pacientes no tienen un contenido del pensamiento psicopatológico, todos (excepto los que son por completo mudos) dicen algo. Cualquier cosa que sea, hay que describirla de manera breve:

El contenido del pensamiento del paciente en gran medida estaba relacionado con sus infidelidades pasadas y con el hecho de que su esposa estuvo a punto de dejarlo. No expresó delirios, alucinaciones, obsesiones o fobias.

Cuando el paciente tiene déficits de lenguaje, aclarar en qué consisten, pero también incluir ejemplos de lo que se quiere decir:

Aunque la señora Treat era capaz de comprender instrucciones sencillas y hablaba con buena fluidez, mostró una afasia nominal: no podía nombrar un clip ni señalar un bolígrafo, y decía “la cosita de la hora” a mi reloj de pulsera.

Al reportar las capacidades cognitivas, no es suficiente sólo mencionar que el paciente es “normal” o está “intacto”. Se debe anotar qué pruebas se aplicaron, cuáles fueron las respuestas y cómo se interpretan. ¿En qué consistieron los errores de las respuestas incorrectas? ¿Las circunstancias son atenuantes para los errores? Por ejemplo, si el paciente no pudo recordar un nombre, un color y el nombre de una calle en cinco minutos, ¿esto se puede explicar con base en una pobre concentración debida a la depresión? ¿La capacidad de abstracción está afectada? Si es así, ¿qué prueba se usó y cuál fue la respuesta? Al reportar las series de sietes, anotar el número de equivocaciones y la rapidez con la que el paciente hizo los cálculos, ¿usó los dedos para contar y auxiliarse para los cálculos?

Al informar la introspección y el juicio, por lo general se tiene que hacer una interpretación (excelente, buena, suficiente o pobre), pero hay que procurar citar el razonamiento:

La introspección de la señorita Rafael parecía pobre, en el sentido de que, a pesar de sus claros síntomas maniacos, negaba haber estado enferma un solo día de su vida. Sin embargo, su juicio era bastante bueno: aceptó quedarse en el hospital “para hacer las pruebas”. Incluso dijo que podría reanudar las dosis de litio.

REGISTRAR EL DIAGNÓSTICO

En EUA, el estándar del diagnóstico psiquiátrico se ha basado en cada nueva edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM, por sus siglas en inglés) de la American Psychiatric Association. Gran parte del resto del mundo usa la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE) en una de sus muchas ediciones. De forma similar, está basado en la investigación y opinión de expertos. El DSM, diseñado por comités de expertos con base en investigación empírica sólidamente fundamentada, especifica que cada paciente sea evaluado en diversas áreas.

- La primera incluye los principales síndromes clínicos. La mayoría de los pacientes de salud mental tiene, al menos, uno de estos diagnósticos. Tales síndromes incluyen depresiones, psicosis, trastornos de ansiedad, alteraciones en el uso de sustancias y otras entidades clínicas que los profesionales de la salud mental diagnostican y tratan, así como discapacidad intelectual y desórdenes de personalidad. Si más de un diagnóstico es apropiado, hay que incluirlos todos, empezando por el que motivó la valoración actual
- Citar cualquier diagnóstico físico que contribuya a comprender el padecimiento del enfermo, por ejemplo, asma, diabetes, obesidad y epilepsia de lóbulo temporal
- A continuación se presentan los factores estresantes psicosociales que, en el transcurso del año anterior, hayan causado o afectado el padecimiento mental del paciente, o que podrían afectar materialmente el tratamiento. En el cuadro 5-1 del capítulo 5 de este libro aparece una lista de los tipos de estresantes que pueden anotarse. Hay que escribir el estresante responsable, no la categoría
- El *Global Assessment of Functioning* (Evaluación Global del Funcionamiento) (que se incluía en el DSM hasta la edición de DSM-IV-TR, y que aún se recomienda, aunque se haya omitido en el DSM-5) valora el funcionamiento general del paciente. Pueden hacerse dos valoraciones: una que es actual, y otra que describe el nivel máximo de funcionamiento durante el año previo. La escala va de 100 (superior) a 1 (inferior). Se puede encontrar en mi libro *DSM-5 Made easy* o buscando en Internet

FORMULACIÓN

En la formulación del caso se intenta sintetizar todo lo que se averiguó del pasado del paciente, así como señalar el camino para un mejor futuro. Hay varias razones para preparar la formulación:

- Centrar tus ideas sobre el paciente
- Resumir la lógica detrás del diagnóstico
- Identificar las necesidades futuras de información y tratamiento
- Presentar un breve resumen del paciente

Pueden usarse diversos formatos. Algunos de ellos son tan complicados, que se corre el riesgo de presentar otra vez todo el material que ya se ha abordado. El método presentado aquí combina las ventajas de brevedad, exhaustividad y sencillez.

De las varias secciones de la formulación, las dos más importantes son el diagnóstico diferencial y los factores que intervienen. Contienen las principales ideas que se llevarán a cabo al reunir todo el material obtenido.

A continuación aparece una formulación de muestra presentada por partes.

Breve recapitulación

Después de algunos datos de identificación mínimos, describir los síntomas y el curso del padecimiento actual del paciente con base en los hechos de la historia de dicho padecimiento y en el examen del estado mental. Se puede tomar material de todas las partes del informe que sean necesarias:

La señora Juneau es una mujer casada de 27 años de edad que ha estado hospitalizada en dos ocasiones por una psicosis que antes se consideró esquizofrenia. Durante tres semanas ha estado en su cuarto, ayunando y "preparándose para el fin del mundo", que ella dice haber causado. Su esposo la trajo al hospital cuando empezó a preocuparse por su pérdida de peso.

Diagnóstico diferencial

Cada uno de los posibles diagnósticos en la lista diferencial se presenta con los principales argumentos en favor y en contra. Menciona todos los diagnósticos posibles, incluyendo los trastornos de personalidad.

Trastorno neurocognitivo con psicosis (delirios). Historia de trauma en la cabeza hace ocho años.

Uso de sustancias. Bebía mucho cuando ocurrieron los dos episodios psicóticos, pero no ha vuelto a beber desde que la psicosis se resolvió.

Depresión. La señora Juneau se siente triste, sin esperanza y culpable por algún pecado inespecífico que cometió antes de casarse. Es anoréxica, casi no ha dormido y ha bajado casi 5 kg de peso.

Esquizofrenia. Ahora tiene delirios. Durante un episodio previo, creyó que había sido enviado al mundo para salvar a los judíos.

Mejor diagnóstico

Hay que formular el diagnóstico que se considere más acertado, las razones para elegirlo y el sistema diagnóstico en el que se basa (la edición actual del DSM o del CIE). El mejor diagnóstico puede no aparecer al principio de la lista. El ejemplo más notable de esto es que un trastorno neurocognitivo, si es que es posible, siempre debe ser el primero en descartarse, pero con frecuencia es el diagnóstico más probable:

La señora Juneau se encuentra probablemente en la fase deprimida del trastorno bipolar I (DSM-5). Sus episodios previos de psicosis se resolvieron por completo; su esposo informa que incluso sin continuar con el fármaco, estuvo bien entre los episodios. Todos sus síntomas psicóticos parecen ser congruentes con su estado de ánimo en ese tiempo. El traumatismo en la cabeza ocurrió hace ocho años y no tuvo consecuencias, y no hay otros indicadores de un problema orgánico. El abuso de alcohol parece haber ocurrido sólo en respuesta a los episodios psicóticos que, viéndolos en retrospectiva, se trataron tal vez de manía con psicosis.

Factores intervinientes

Aquí se describe la manera en que los diversos factores identificados contribuyeron al desarrollo de los problemas principales del paciente. Según corresponda, mencionar los elementos biológicos, dinámicos, psicológicos y sociales. Dependiendo del material que se haya identificado, esta sección podría ser extensa o breve:

Una base biológica del padecimiento de la señora Juneau puede verse en la historia familiar: su madre sufrió depresiones recurrentes. Un desencadenante psicológico puede ser la muerte de su padre hace dos meses. Los gastos médicos de los episodios anteriores pueden estar contribuyendo a la profundidad de la depresión actual.

Más información necesaria

Abordar de manera breve las entrevistas, pruebas y registros necesarios para reforzar el diagnóstico:

Se solicitarán los expedientes de las hospitalizaciones previas de la señora Juneau, para ver si los síntomas que tenía podrían ser de manía. Se considera pertinente una imagen por resonancia magnética, para descartar una antigua lesión en la cabeza.

Plan de tratamiento

Esquematizar las recomendaciones para el tratamiento. En el caso de la señora Juneau, las recomendaciones son las siguientes:

Biológicas

Litio, 900 mg/día para prevenir la reaparición de la manía

Fluoxetina, 20 mg/día para la depresión

Olanzapina, la necesaria para controlar la psicosis

Psicológicas

Psicoterapia focalizada en los sentimientos de culpa y dolor

Sociales

Ayuda con una planeación financiera

(?) Derivación a Alcohólicos Anónimos

Educación de la familia Juneau en relación con el trastorno bipolar I

Pronóstico

¿Cuál es el resultado más probable para esta paciente?

Espero que la señora Juneau se recupere por completo. El uso profiláctico de un estabilizador del estado de ánimo puede evitar episodios subsiguientes.

PRESENTACIÓN ORAL

La presentación oral del material de la entrevista, por lo general, sigue el mismo patrón que el informe escrito, pero suele ser más breve; de hecho, cualquier presentación oral mayor de 5 a 6 minutos corre el riesgo de provocar aburrimiento y perder la atención del escucha. Sin embargo, se debe presentar un retrato completo y bien desarrollado, que demuestre qué tan bien se ha comprendido al paciente.

También es necesario demostrar qué tan bien organizado se está. En el caso de una presentación formal, esquematizar los hallazgos en una pequeña tarjeta. Esto agiliza la presentación, apoya a la memoria cuando sea necesario y evita la incomodidad de pasar las hojas del expediente una y otra vez en busca de cierta información sobre el enfermo.

Cuando se haga una presentación oral, hay que procurar estar preparado con el diagnóstico y el diagnóstico diferencial; y tener claras las razones para elegir el mejor diagnóstico. Algunos profesores piden defenderlo con base en los datos y la lógica.

Problemas y soluciones en la entrevista

Hasta cierto punto, toda entrevista tiene defectos y todo entrevistador, fallas. El arte de la entrevista experta radica en resarcir los primeros y minimizar los efectos de las segundas. En este capítulo revisaremos algunos problemas que enfrentan a menudo los entrevistadores principiantes o deben afrontar una vez que se dan cuenta de ellos.

Desde luego, una evaluación inicial puede salir mal de muchas maneras, pero el resultado se vería afectado sólo por unas cuantas. El entendimiento con el paciente es quizá la que menos sucumbe a una entrevista problemática; si hay un área en donde la mayoría de los clínicos tiene éxito es en formar una buena relación de trabajo con sus pacientes. Aun así, a veces las equivocaciones en el proceso de entrevista llevan al enfermo a abandonar el tratamiento.

El otro efecto de una entrevista que está atorada es afectar los datos que buscamos. Es decir, los clínicos a veces obtenemos información que pensamos es exacta y completa cuando en realidad no lo es. La entrevista inicial es el momento en que de forma consciente tratamos de averiguar los hechos relacionados con un nuevo paciente. Sin importar cuánto creamos saber, tendemos a formar una impresión después de la primera fase de recabar información, ya sea de una hora o que se prolongue por varias sesiones. Una vez que nos hemos formado una impresión diagnóstica, podemos encontrar difícil revisar nuestras primeras impresiones, incluso en vista de información convincente posterior.

RECONOCER LA ENTREVISTA LLENA DE PROBLEMAS

Las buenas nuevas: la mayoría de las situaciones de entrevista pueden ser corregidas una vez se determine qué está mal. Las malas nuevas: puede ser difícil saber qué está mal. Algunas señales o indicios:

Durante la entrevista

Incluso mientras se habla con el paciente se debe estar alerta a las conductas que indican problemas en la entrevista:

- El paciente se queda callado o empieza a pelear o criticar. La mayoría de las interacciones con el afectado empiezan lo suficientemente bien, pero en el camino a veces ocurre algo

que lo amarga. La evidencia es el cambio de actitud. Alguien que al principio colaboraba y hablaba empieza a discutir por cualquier aseveración en apariencia nada polémica. Otro, al principio locuaz, deja de hacer comentarios espontáneos o responde a las preguntas abiertas con monosílabos o gruñidos

- Aunque un paciente que pasea la mirada por todo el cuarto puede estar teniendo alucinaciones, es más probable que haya perdido el interés en la conversación y preferiría estar haciendo otra cosa. Incluso he conocido pacientes que salieron corriendo de la habitación cuando la entrevista aún no había concluido. Cualquier señal de falta de atención es importante. Sin la participación activa del paciente, la información que se obtenga no tiene muchas probabilidades de ser sólida, ya no digamos exacta
- Se obtienen respuestas contradictorias a preguntas que, en esencia, son iguales
- Se da uno cuenta que no se tienen preguntas que ayuden a definir una parte importante del diagnóstico diferencial
- El paciente pide de forma continua que se le repitan las preguntas
- **Tú** quieres levantarte y salir de la habitación

Después de la entrevista

Una vez que el paciente se ha marchado, otras evidencias pueden indicar que algo salió mal:

- Te das cuenta de que omitiste puntos importantes
- El paciente rechaza hacer otra cita
- La información que se obtuvo contradice los datos de expedientes antiguos o fuentes colaterales
- Se averiguó mucho sobre béisbol, pero poco sobre la historia del paciente
- No se indagó lo suficiente sobre los sentimientos del paciente
- No se tocó alguno de los temas críticos de toda entrevista: sexualidad, uso de sustancias, ideas suicidas

CÓMO DETERMINAR QUÉ ESTÁ MAL

Los siguientes pasos diagnósticos pueden ayudar a determinar qué está mal en la entrevista. Incluso si no se encontró ninguno de los temas que mencioné arriba, recomiendo tomar el primer paso audaz de vez en cuando de todos modos. Después de todo, el error más insidioso es el que no llama la atención.

Haz una grabación

Desde luego, sólo se puede grabar una entrevista con la autorización expresa del paciente, pero esto rara vez es un obstáculo. Es posible explicar que se trata de aprender más del proceso de la entrevista y que la grabación ayudará a comprender mejor las necesidades del paciente. Yo no dudaría en admitir —con tu nivel de experiencia o con el mío— que me gustaría aprender lo que necesito aprender. En mi experiencia, sólo una pequeña parte de los pacientes niega su permiso para ser grabado.

Una grabadora ubicada de manera discreta sobre el escritorio hará un muy buen trabajo. Si la habitación es silenciosa (no hay sonidos fuertes de la avenida o el sistema de calefacción se

comporta bien), se pueden grabar ambas voces sin dificultades. En el caso de que haya mucho ruido ambiental, un par de micrófonos con prendedor, unidos por un conector en forma de "Y", deben brindar claridad de inmediato.

Una videocámara sería aún mejor, sobre todo si se puede montar de tal manera que aparezcan el paciente y el entrevistador (para obtener claridad de sonido también se necesitarían micrófonos no montados en la cámara). Interesa no sólo la apariencia del paciente, sino las propias expresiones faciales y otros elementos del lenguaje corporal del entrevistador: ¿frunce el ceño, mira de reojo, se ve aburrido o pone los ojos en blanco? ¿O simplemente no sonríe de manera ocasional para alentar al paciente? ¿Mantiene el contacto visual o pasa todo el tiempo garabateando notas? La herramienta del apéndice E puede dar cierta estructura adicional para la autoevaluación.

Haz algunas entrevistas con observadores

A pesar de la gran eficacia de las grabaciones de audio y video, es posible multiplicarla con un poco de ayuda exterior. Por generaciones, la entrevista con observadores ha sido un medio estándar para validar la capacidad de un psiquiatra y otorgarle una certificación profesional. Pidiendo a un colega una hora de su tiempo, se pueden obtener los mismos beneficios, sin el trauma de vida o muerte que sufren los candidatos a la certificación. Desde luego, se podría tener presente al asesor mientras se entrevista a un paciente nuevo, pero eso implicaría coordinar los horarios de tres personas, sin mencionar el problema para el paciente de tener a alguien más en la habitación mientras lo evalúan. Por lo general, es más eficaz usar uno de los tipos de grabaciones de los que se ha hablado, como base para la discusión con el experto en entrevistas que asesore (se debe procurar que el paciente esté de acuerdo en que otro clínico tenga acceso al material).

Sin embargo, encontrar un asesor apropiado representa uno o dos problemas. Una buena elección sería alguien que se conozca lo suficiente, pero no demasiado, para pedirle un favor. Se necesita un clínico dispuesto a decir con exactitud en qué está mal un entrevistador sin que se preocupe demasiado por ofenderlo (la franqueza es muy recomendable en un asesor, así hay que tratar de encontrar uno que sea franco). Se puede preguntar a alguien con mucha experiencia en entrevista, quizá un profesor del programa de formación, incluso si el entrevistador ya está graduado. En verdad se necesita a alguien que se tome el tiempo para escuchar (u observar) una entrevista entera y dar media hora más o menos de retroalimentación sobre el estilo del entrevistador. Incluso puede tratarse de un clínico de otra disciplina; lo que se busca es experiencia y perspectiva, no una postura teórica. Dicha persona es muy valiosa para el entrevistador, sobre todo si ha tenido dificultades en muchas de sus entrevistas.

QUÉ APRENDERÁS (Y QUÉ HACER AL RESPECTO)

Además de forzarte a confrontar tus tics verbales (es doloroso, créeme), los métodos descritos arriba pueden revelar dificultades en el espectro de las conductas de entrevista que hemos discutido. He aquí algunas que podrían aparecer.

- **Alcance de una entrevista demasiado limitada.** Es fácil enfocarse en una o dos cuestiones centrales —se me ocurren el trastorno del estado de ánimo grave y la psicosis— y dejar sin explorar asuntos que podrían ser más periféricos, pero que de todos modos son importantes. Dos ejemplos son los problemas maritales/familiares causados del consumo

de sustancias, y los temas de personalidad, que pueden complicar casi cualquier diagnóstico principal. El discurso libre es una manera de asegurar una cobertura más amplia

- **Seguimiento insuficiente de las pistas.** Te arriesgas a cometer un error si no exploras las pistas que surgen a lo largo del camino. Digamos que el paciente afirma: “Yo estaba bastante desatado esos años en que papá se había alejado de la familia”. Se podría indagar qué quiere decir el paciente con “desatado” y de ese modo, obtener mucha información pertinente sobre trastornos conductuales y dificultades de aprendizaje infantil. ¿Pero recordaste preguntar por qué papá no estaba con la familia? Cualquier cosa que se averigüe —divorcio, prisión, internamiento en un hospital psiquiátrico, fuga con la niñera— podría ser importante para el diagnóstico
- **Uso inadecuado de preguntas abiertas.** Cuando identificas un área que merece ser explorada con mayor detalle, las preguntas que usas pueden resultar críticas para la cantidad y calidad de la información que se obtenga. Si se oye algo acerca de haber sufrido “abuso de niño”, es posible hacer una docena de preguntas acerca de quién golpeó al paciente, cuándo y en qué circunstancias, sin enterarte de que el paciente también sufrió abuso sexual. Como asesor experto podría decir que un mejor método sería primero hacer alguna pregunta abierta, como “Por favor, hábleme más de eso”. Así evitarías dar por cerrado de forma prematura un área importante de indagación. Como beneficio adicional, las preguntas abiertas tienen más probabilidades de revelar algo acerca de las consecuencias emocionales de estas experiencias. Es una falla común de los entrevistadores empeñarse tanto en concretar cierta información que descuidan por completo dar al paciente un margen suficiente para revelar sus principales preocupaciones. Sobre todo encuentro esto al principio de las entrevistas, cuando no se concede suficiente tiempo (o nada) para el discurso libre
- **Exploración inapropiada.** Sin embargo, una vez que se conoce lo más importante que el paciente tiene en mente, se necesita información específica sobre estas áreas de preocupación. Una investigación pobre (preguntas demasiado extensas o vagas, o formuladas con negaciones), podría atascar al entrevistador en un fango de trivialidades o perderlo en un callejón retórico sin salida. Las preguntas que empiezan con “¿Por qué...?” invitan a una especulación que puede llevar exactamente a ningún lado. En vez de eso, es necesario enfocarse en una exploración que promueva datos precisos, concisos y exactos
- **Control inadecuado de la entrevista.** Un paciente locuaz u hostil puede reducir el rapport y la cantidad de información obtenida. Desde luego, esto rara vez es un problema; la mayoría de los pacientes tratan de cooperar. Pero la entrevista grabada podría permitir apreciar de inmediato cómo algunos pacientes con ciertas rarezas de carácter o conducta pelearán por ocupar el asiento del conductor. Si se pierde la batalla, se podría terminar a kilómetros de donde necesita estar el entrevistador, quizá sabiendo mucho sobre el irrespetuoso yerno del paciente o del consumo de alcohol de su cónyuge, y demasiado poco sobre los síntomas y la personalidad del propio paciente
- **Rapport deficiente.** Al final de la grabación se debe tener una comprensión bastante buena de qué tan bien se dio la conexión con el paciente. El entrevistador sabrá si suena cálido, si responde con interés a las características de la historia y si expresa preocupación cuando escucha acerca de los asuntos que preocupan al paciente. Para dudas, hay que preguntar al asesor, cuya objetividad puede informar sobre un tema delicado como éste
- **Ignorar al paciente.** Lo admito, tal vez **ignorar** es un término demasiado fuerte. Pero la entrevista inicial puede fracasar porque el clínico, tan resuelto a obtener la información necesaria, pone demasiado poca atención a las necesidades del paciente. El resultado: mientras el tiempo trascurre, el paciente se pone cada vez más inquieto y finalmente sale corriendo de la habitación antes de que la entrevista haya terminado. Lo menos que puede ocurrir es que no exista otra posibilidad para que el paciente sea entrevistado por este clínico, y tal vez por ningún otro. Es mucho más satisfactorio observar el incremento de

los pequeños signos de nerviosismo; mover las piernas, torcer los dedos, reducir el contacto visual o aumentar los titubeos antes de contestar. Un “Me parece que se siente incómodo, ¿cómo le gustaría que continuáramos?” a tiempo podría salvar la entrevista y, tal vez, la relación del entrevistador con dicho paciente

- **No tener un plan real para la entrevista.** Al principio de mi carrera, un clínico que se había equivocado se acercó a mí para pedir ayuda. Una sola entrevista me indicó que este psiquiatra no había aprendido, a pesar de su formación, cómo obtener los datos necesarios para sustentar un diagnóstico. Este clínico necesitaba usar una entrevista semiestructurada, como la que aparece en el apéndice D, al menos hasta que adquiriera más experiencia (me apresuro a señalar que, incluso hoy, uso partes de una entrevista semiestructurada como recordatorio para indagar en los puntos finos de un diagnóstico o los detalles de una historia social)
- **Hablar en exceso.** Si la grabación revela que el entrevistador pasa mucho tiempo hablando —quizá haciendo preguntas complicadas y luego explicando lo que quiso decir—, no está obteniendo toda la información que podría en la entrevista. Alentar al paciente de manera no verbal puede ayudar; así se pueden formular con cuidado las preguntas
- **Contratransferencia negativa.** A veces, simplemente, no te agrada el paciente (o cierto tipo de pacientes). La entrevista grabada puede revelar (tal vez mejor que tu asesor) cuánto rechazo proyectas con lo que dices y con tu lenguaje corporal. Las preferencias personales pueden afectar a cualquier entrevistador, incluso al que tiene muchos años de práctica. Sin embargo, los clínicos más experimentados aprenden a hacer a un lado sus sentimientos lo suficiente como para obtener la información diagnóstica necesaria; después, si se requiere, pueden derivar al paciente para que reciba más atención. Podría ayudar a dominar los sentimientos practicar con colegas que hagan el papel de esta clase de paciente. Incluso reconocer la actitud puede ayudar en gran medida a disfrazar sentimientos que, aunque tal vez normales y comprensibles, son inaceptables en el contexto de la evaluación de la salud mental
- **Una cuestión de malentendido.** Quizá el paciente simplemente no pone atención, pero también podría suceder que el entrevistador está usando jerga clínica que crea confusión. O quizá el paciente y quien entrevista provienen de culturas diferentes o hablan con acentos distintos. El problema de la influencia cultural, que casi todo clínico enfrenta alguna vez, a menudo puede manejarse discutiendo con franqueza las diferencias y trabajando duro para reducir las barreras. Incluso cuando uno habla relativamente bien el lenguaje del otro, un intérprete puede ser muy útil
- **El tiempo se agota.** Casi escribí “No manejar bien el tiempo”, pero puede no ser esto lo que suceda. A veces la historia es demasiado compleja, el paciente llega tarde o el tiempo disponible es demasiado breve para cubrir por completo todas las áreas principales de una historia compleja de salud mental. Entonces, lo único que queda es programar otra cita para la evaluación; es muy poco conveniente continuar con las recomendaciones de tratamiento sin tener la base de datos más completa posible
- **Favorecer ciertos diagnósticos.** He aquí un ejemplo típico, que se repite con demasiada frecuencia: Con base en la información del médico internista del paciente, un clínico se decide por el diagnóstico de depresión mayor y empieza el tratamiento con antidepresivos —la terapia farmacológica resulta ser el área de especialización de este clínico—. Después, cuando un asesor sugiere que este paciente podría tener una forma del trastorno de somatización (con trastornos somáticos), el tratamiento no cambia. El patrón de los síntomas actuales del paciente, y no las expectativas del entrevistador, es lo que debe determinar el diagnóstico
- **Sacar conclusiones apresuradas.** Hay áreas innumerables en que esto puede ser un problema, pero mencionemos una en particular: hacer el diagnóstico de la historia familiar. Las preguntas que se hacen o no acerca de un familiar que fue diagnosticado con esquizofrenia

—¿A qué edad? ¿Cuáles fueron los síntomas? ¿Cuánto duró? ¿El familiar llegó a recuperarse?— pueden llevar a la dirección equivocada en cuanto al paciente. Es una pendiente aún más resbaladiza aceptar el diagnóstico de un clínico previo del nuevo paciente. La entrevista grabada puede revelar que no se han verificado de manera independiente las conclusiones que el paciente, los familiares o antiguos expedientes han transmitido

- **Descuidar el diagnóstico diferenciado.** El diagnóstico diferencial no abarca todas las posibilidades, sin importar cuán improbables sean. Como resultado, se corre el riesgo de tratar la depresión del paciente de manera convencional, sin considerar la posibilidad de que un trastorno endócrino sea el responsable de los síntomas
- **Desconocimiento de los criterios diagnósticos.** Para definir un diagnóstico, lo primero que se necesita es conocer las definiciones de los trastornos. En el caso de los diagnósticos en salud mental, esto implica tener más que un conocimiento superficial de las características esenciales de los diversos trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo, las psicosis, trastornos de uso de sustancias y otros padecimientos mentales importantes. De ese modo, el entrevistador no olvidará hacer preguntas que le permitirán hacer un diagnóstico exacto y sólido
- **Menospreciar la historia personal y social.** Es un error cuando médicos y cirujanos no obtienen información concerniente a los antecedentes personales del paciente, pero cuando un profesional de la salud mental comete tal error, puede ocurrir un desastre. Claro, en el caso de los síntomas de manía y trastornos de ansiedad, es fácil olvidar los asuntos tranquilos, como las relaciones de la infancia o el éxito escolar. No obstante, este material puede tener consecuencias para el diagnóstico y el tratamiento, y siempre es parte de conocer al paciente como persona completa
- **Ignorar las señales de alarma.** Los variados signos y síntomas que podrían indicar un diagnóstico pueden incluir algo que en verdad habla a gritos: un indicio de abuso infantil, un padre con manía o un arresto por posesión de drogas. Desde luego, las señales a veces resultan pistas falsas que no aportan material importante para el diagnóstico, pero no te gustaría ser un clínico que pasa por alto una señal que demuestra ser decisiva
- **Olvidar los sentimientos.** Esto nunca debe suceder, pero es claro que a veces ocurre. Por la prisa de obtener todos los hechos de la historia, se olvida preguntar al paciente cómo se siente sobre determinada situación o, incluso, cuál es su estado emocional actual. Ello puede ocurrir sobre todo en el caso de un paciente al que no le gusta hablar de sus sentimientos o no está en absoluto contacto con ellos
- **Tolerar la imprecisión.** Un paciente impreciso es frustrante; la experiencia me ha obligado a darme cuenta de ello. Confrontado con alguien cuyo discurso divaga, es tentador relajarse y dejar que se te resbale. Si esa es la reacción ante algunos pacientes, es probable que se consiga menos de lo necesario para hacer un diagnóstico exacto. Las preguntas cerradas y las continuas solicitudes de precisión pueden ayudar
- **Descuidar fuentes colaterales.** En varias ocasiones me he enterado que algo del paciente que me hace preguntarme “¿La impresión que recibo del paciente es correcta?” Pero a menudo la presión del tiempo nos incita a aceptar las cosas como parecen ser sin verificar la información colateral de otras fuentes disponibles. Con toda franqueza, aquí es donde los terapeutas de pareja y de familia tienen una ventaja: siempre obtienen la información de más de una fuente. un proceso que se autocorrige y que otros clínicos no pueden sino envidiar

Las muchas otras dificultades que puedes encontrar están limitadas sólo por el número de pacientes que evalúes. Mediante uno de los métodos antes descritos, el entrevistador debe ser capaz de averiguar la fuente del problema y, usando el material de este libro, determinar el medio apropiado.

APÉNDICE A

Resumen de la entrevista inicial

Información	Proceso
<u>Aperturas y presentaciones</u>	
Preséntate Explica tu función en el cuidado del paciente Bosqueja el tiempo y los objetivos de la entrevista	Tus objetivos iniciales Enseña que el papel del paciente es responder las preguntas Ayuda al paciente a sentirse cómodo
<u>Motivo de consulta</u>	
Pregunta por qué el paciente buscó tratamiento	La solicitud del motivo de consulta es directiva, pero abierta
<u>Discurso libre</u>	
Concede varios minutos al paciente para que detalle las razones para acudir a consulta Escucha las áreas de interés clínico Dificultades de pensamiento (problemas cognitivos) Uso de sustancias Psicosis Trastornos del estado de ánimo (depresión y manía) Ansiedad, conducta de evitación y agitación Molestias físicas Problemas sociales y de personalidad	La primera parte de la entrevista es no directiva
Haz un resumen de los problemas actuales antes de continuar	Establece el rapport Ajusta tu conducta a las necesidades del paciente Monitorea tus sentimientos Muestra con claridad tu afecto positivo Usa un lenguaje que el paciente pueda comprender No critiques al paciente ni a otras personas Mantén una distancia apropiada No hables de ti mismo Llama al paciente por su título y apellido Alienta la fluidez con lenguaje corporal Mantén el contacto visual Asiente o sonríe cuando sea apropiado Formas verbales de alentar "Sí" o "Mmm" Repite las propias palabras del paciente Pide más información Insiste en tus peticiones de información si el paciente no responde al primer intento Haz un breve resumen

Información	Proceso
	<p>Tranquiliza al paciente cuando sea necesario Debes ser objetivo, verosímil Usa lenguaje corporal</p> <p>Corrige cualquier idea errónea acerca de los síntomas físicos, mentales</p>
Historia del padecimiento actual	
<p>Describe los síntomas Tipo Inicio Gravedad Frecuencia Duración Contexto Factores estresantes</p>	<p>Establece la necesidad de saber la verdad Es en beneficio del paciente y tuyo Tranquiliza al paciente en relación con la confidencialidad: "Si no puede hablar de algo, no mienta; sólo pida que hablemos de otra cosa"</p>
<p>Síntomas vegetativos Sueño Apetito y peso Variación diurna</p>	<p>Principios generales Repite lo que el paciente diga, para estar seguro de que entendiste No formule preguntas de manera negativa Evita hacer preguntas dobles Alienta la precisión Haz preguntas breves Procura estar atento a nuevas pistas Usa términos que el paciente pueda entender</p>
<p>Episodios previos ¿Cuándo? ¿Qué síntomas? ¿Recuperación completa?</p>	<p>Averigua los detalles Usa preguntas directas Evita las preguntas: "¿Por qué...?", por regla general</p>
<p>Tratamiento previo Tipo Conformidad Efectos deseados Efectos secundarios Hospitalizaciones</p>	<p>Limita las confrontaciones a una o dos, al final de la sesión: "Ayúdeme a entender"</p>
<p>Consecuencias del padecimiento Maritales y sexuales Sociales Legales Laborales (¿pagos por incapacidad?) Financieros Inquietud</p>	<p>Combina las preguntas abiertas y cerradas Las abiertas aumentan la validez Las cerradas amplían la información</p>
<p>Sentimientos respecto de los síntomas, la conducta Negativos y positivos</p>	<p>Facilita la expresión de sentimientos: No interrumpiendo el discurso del paciente Con preguntas abiertas: "¿Podría hablarme más de eso?"</p>
<p>¿Cómo maneja el paciente los sentimientos?</p>	<p>Preguntas directas sobre los sentimientos: "Hábleme de su depresión"</p>
<p>Mecanismos de defensa <i>Acting out</i> Negación Devaluación Desplazamiento Disociación Fantasía Intelectualización Proyección Represión Escisión Formación reactiva Somatización</p>	<p>También indaga en los sentimientos: Expresando interés o empatía: "Yo también estaría enojado" Reflejando los sentimientos: "Debe haberse sentido desesperado" Observando pistas emocionales en la voz y lenguaje corporal: "Justo ahora se ve triste" Interpretando: "Suenan como se hubiera sentido de niño" Haciendo analogías: "¿Se sintió de este modo cuando murió su madre?"</p>

Información	Proceso
Explora las áreas de interés clínico	Reduzca la emocionalidad excesiva: Habla en voz baja Usa preguntas cerradas Reencauza los comentarios que se salgan del tema Vuelve a explicar qué información necesitas Pregunta si el paciente entiende qué quieres saber Termina la entrevista como último recurso
Historia personal y social	
Infancia y crecimiento	Hazte cargo de la entrevista Promueve respuestas cortas asintiendo y sonriendo Comenta de manera directa si necesitas saber acerca de algo diferente, pero... Primero haz un comentario empático Levanta un dedo para interrumpir Deja de tomar notas
¿Dónde nació el paciente?	Si los pasos anteriores no funcionan: Sé directo: "Tenemos que continuar" Usa preguntas más cerradas Utiliza preguntas de opción múltiple
Número de hermanos y lugar que ocupa entre ellos	Transición a nuevos temas Usa las propias palabras del paciente Reconoce que una transición es abrupta: "Permíteme cambiar de tema ahora"
¿Criado por ambos padres?	Procura estar al pendiente de las distorsiones
¿Cómo se llevaban los padres?	
¿El paciente se sintió querido de niño?	
Si fue adoptado	
¿En qué circunstancias?	
¿Fuera de la familia de origen?	
Estado de salud en la infancia	
Educación	
Último grado terminado	
¿Problemas escolares?	
¿Nivel de actividad?	
¿Se negaba a ir a la escuela?	
¿Problemas de conducta en la escuela?	
¿Suspensiones o expulsiones?	
¿Era sociable de niño?	
¿A qué edad empezó a tener citas románticas?	Registro de respuestas negativas importantes
Desarrollo sexual	
Pasatiempos, intereses	
Vida adulta	Manejo de la resistencia
Situación de vivienda	No te permitas enojarte
¿Con quién vive?	Pasa de los hechos a los sentimientos
¿Dónde?	Rechaza la conducta, acepta a la persona
Finanzas	
¿Alguna vez se ha quedado sin hogar?	
Red de apoyo	
Vínculos familiares	Alienta al paciente de manera verbal y no verbal
¿Agencias que lo ayuden?	Enfócate en los intereses del paciente

Información	Proceso
Vida marital Número de matrimonios Edad en cada uno ¿Problemas con el cónyuge? Número de hijos, edad y sexo ¿Hijastros?	Muestra
Historia laboral Ocupación actual Número de trabajos a lo largo de su vida Razones para cambiar de trabajo ¿Alguna vez ha sido despedido? ¿Por qué?	Tranquiliza al paciente: los sentimientos son normales
Historia militar Sección, años de servicio Máximo rango alcanzado ¿Problemas de disciplina? ¿Experiencia en combate?	Haz hincapié en la necesidad de tener una base de datos completa
¿Alguna vez ha tenido problemas legales? ¿Civiles? Historia de conducta violenta Arrestos	Nombra la emoción que sospechas que el paciente está teniendo
Religión: ¿Cuál? ¿Diferente a la de la infancia? ¿Qué tan religioso es ahora?	Si el paciente es callado, obtén primero una respuesta no verbal
Actividades en el tiempo libre Clubes, organizaciones Pasatiempos, intereses	Enfócate en un modelo menos cargado de afecto de la conducta del paciente
Preferencia y adaptación sexual Aprendizaje sobre la sexualidad: detalles Primeras experiencias sexuales Naturaleza Edad Reacción del paciente Preferencia sexual actual	Si se usa la confrontación, que sea sin amenazas ni juicios
Prácticas actuales: detalles Placeres Problemas Métodos anticonceptivos ¿Parejas extramaritales?	Introduce al paciente a jactarse
¿Parafilias?	Último recurso: dejar para después la pregunta
¿Enfermedades de transmisión sexual?	Técnicas más riesgosas
¿Abuso? Abuso infantil Violación Abuso conyugal	Ofrece una excusa para la información desfavorable: "Todo ese estrés quizá lo llevó a querer beber"
	Exagera las consecuencias negativas que no ocurrieron: "Nadie murió, ¿o sí?"
	Induce al paciente a jactarse: "¿Alguna actividad por la cual habrían podido arrestarlo?"
	Introduce con cuidado las preguntas sobre abuso: "¿Alguna vez se le acercaron con intenciones sexuales?"
	Evita usar la palabra abuso o abuso sexual

Información	Proceso
Abuso de sustancias Tipo de sustancias Años de consumo Cantidad Consecuencias Problemas médicos Pérdida de control Personales e interpersonales Laborales Legales Económicas ¿Abuso de medicamentos prescritos?	Da por hecho que todos los adultos beben un poco Pregunta por su uso en el pasado y en el presente
Intentos de suicidio Métodos Consecuencias ¿Asociación con el alcohol o las drogas? Gravedad psicológica Gravedad física	Puedes tratar este tema de manera gradual: "¿Alguna vez ha tenido ideas desesperadas? ¿Pensamientos de hacerse daño usted mismo?"
Rasgos de personalidad Evidencia de patrones de conducta de toda la vida	Evalúa la personalidad por medio de: El autoinforme del paciente Informantes La historia de la interacción con los demás La observación directa
<u>Historia familiar</u>	
Trastornos mentales en familiares cercanos	¿Algún familiar consanguíneo —padre, madre, hermano, abuelo, hijo, tío, primo o sobrino— ha tenido algún padecimiento mental, incluyendo depresión, manía, psicosis, internamiento en un hospital psiquiátrico, nerviosismo grave, uso de sustancias, suicidio o intentos de suicidio, criminalidad?"
Descripción de los padres, hermanos y sus relaciones con el paciente	
Otros adultos y niños en el hogar de la infancia	
<u>Historia médica</u>	
Enfermedades importantes	Esta información es importante para todos los profesionales de la salud
Cirugías	
Medicamentos para problemas no mentales Dosis Frecuencia Efectos secundarios	
Alergias Al ambiente A medicamentos	
Hospitalización por enfermedad médica	
¿Abuso sexual o físico en la infancia?	
Factores de riesgo de VIH/SIDA	
Discapacidad física	
<u>Revisión de los sistemas</u>	
Trastornos del apetito	Respuestas afirmativas en estas áreas tienen una especial relevancia para el diagnóstico en salud mental
Lesiones en la cabeza	

Información	Proceso
Convulsiones	
Inconsciencia	
Síndrome premenstrual	
Revisión especializada del trastorno de somatización	Véase el capítulo 13
Examen del estado mental	
Apariencia	Se observan mientras se registra la historia
Edad aparente	
Origen étnico	
Complexión, actitud	
Nutrición	
Vestimenta:	
¿Aliñada?	
¿Limpia?	
¿Estilo?	
Higiene	
Peinado	
Adornos en el cuerpo, ¿joyas?	
Estado de alerta:	
¿Completo?	
¿Adormilado?	
¿Estupor?	
¿En coma?	
Conducta general	
Nivel de actividad	
¿Temblores?	
Manerismos y estereotipias	
Expresiones faciales	
Contacto visual	
Voz	
Actitud hacia el examinador	
Estado de ánimo	
Tipo	
Labilidad	
Apropiada para el contexto	
Intensidad	
Curso del pensamiento	
Asociación de palabras	
Velocidad y ritmo del habla	
Contenido del pensamiento	
Delirios	
Alucinaciones	
Ansiedad	
Fobias	
Obsesiones y compulsiones	
Suicidio y violencia	
Orientación:	
¿Personas?	“Ahora quisiera hacerle algunas preguntas de rutina...”
¿Espacio?	
¿Tiempo?	
Lenguaje: comprensión, fluidez, denominación, repetición, lectura, escritura	
Memoria: ¿inmediata? ¿De corto plazo? ¿De largo plazo?	“¿Cómo ha estado su memoria? ¿Le importa si la pongo a prueba?”
Atención y concentración	
Series de números	

Información	Proceso
Conteo regresivo	
Información cultural	
Eventos actuales	
Cinco presidentes	
Pensamiento abstracto	
Refranes	
Semejanzas y diferencias	
Introspección	
Juicio	
	Cierre
	Resume los hallazgos
	Agenda la siguiente cita
	“¿Tiene alguna pregunta?”

APÉNDICE B

Descripción de algunos trastornos

En este apéndice presento descripciones breves de los síntomas típicos y el curso de los trastornos mentales que son relativamente comunes y están bastante bien estudiados. **Siempre** es importante descartar el uso de sustancias y enfermedades médicas generales como causa, y determinar que el paciente está afligido, o que su funcionamiento en el trabajo o la escuela, o sus relaciones interpersonales están dañados.

Estos párrafos intentan ser descriptivos, no diagnósticos, de diversos trastornos. Si necesitas los criterios, consulta los textos apropiados.

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

La depresión es un estado de ánimo alterado en el que el paciente se siente con la moral baja de forma anormal, a veces melancólico; experimenta una gran aflicción, pierde el control sobre su estado de ánimo y, a menudo, tiene ideas suicidas. La depresión puede tomar varias formas, cada una de las cuales tiene su propio nombre —y a veces varios—.

Estas formas con frecuencia se superponen, de modo que un paciente, en realidad, puede clasificarse dentro de más de una categoría. Aquí expongo las características destacadas de las variedades más importantes de depresión.

Trastorno depresivo mayor

- El trastorno depresivo mayor implica episodios discretos durante los cuales el paciente suele describirse a sí mismo como deprimido, aunque a veces lo único que puede identificar es la irritabilidad o falta de placer o interés en las actividades que por lo general le gustan. En cualquier caso, hay un cambio definido en cuanto al nivel previo de funcionamiento.
- El paciente también tiene varios síntomas asociados, que incluyen aumento o disminución del apetito, a menudo con los cambios correspondientes de peso; mayor o menor tiempo de sueño; psicomotricidad acelerada o más lenta; fatiga o disminución de energía; sensación de no valer nada o culpa; problemas de concentración, y pensamientos de muerte, deseos de muerte e ideas suicidas.

- Estos síntomas pueden ser leves, que quizá sólo causan molestias menores, aunque las suficientes para que se sienta afligido o su funcionamiento esté dañado. Cuando es grave, la depresión incluso puede implicar una psicosis; esto es, un impedimento grave.
- Es importante descartar una depresión debida a enfermedad médica o al uso de sustancias.

Quizá 25% de los pacientes deprimidos también tiene episodios de manía o hipomanía, en cuyo caso el diagnóstico sería trastorno bipolar I o II (véase “Trastornos bipolares” más adelante). Si no hay mejoras notables en la historia del paciente, un episodio depresivo mayor se diagnosticaría como depresión unipolar (trastorno depresivo mayor, episodio único o recurrente).

Aquí hay otro problema, que los manuales diagnósticos no aclaran mucho. Se trata del hecho de que muchos pacientes deprimidos tienen otros trastornos que deberían ser más importantes para el tratamiento, pero no lo son. He aquí un ejemplo: un paciente, con lo que prefiero llamar trastorno de somatización (véase “Trastorno de somatización” más adelante) bien puede estar también deprimido y ser diagnosticado al mismo tiempo con una **depresión secundaria**. Es bueno saber de esta clase de depresión, porque en el largo plazo tiende a responder mal a los métodos físicos, como la terapia farmacológica o electroconvulsiva. Otro ejemplo sería una depresión que está muy cerca del abuso de sustancias.

Melancolía

Su nombre oficial es **episodio depresivo mayor con características melancólicas** y se trata de la forma de depresión conocida como melancolía, que a veces se ha llamado **depresión endógena**, porque no se puede identificar un factor estresante que la desencadene. Estos pacientes pueden tener episodios múltiples de depresión de los que se recuperan por completo; es común que tengan familiares que también han sufrido depresión.

- Cuando están enfermos, los pacientes obtienen poco placer de las actividades usuales y pueden no alegrarse cuando están con personas cuya compañía solían disfrutar. Por lo general, se despiertan temprano en las mañanas, antes de que sea hora de levantarse, y es el momento del día en que peor se sienten. A menudo comen poco; la disminución de peso puede ser importante. La psicomotricidad puede acelerarse o volverse más lenta.
- Los pacientes admiten que se sienten peor de lo que se sintieron con la muerte de su cónyuge o de un familiar. Pueden no darse cuenta del hecho de que están enfermos; incluso si se han recuperado por completo de episodios previos, pueden negar de forma rotunda que puedan volver a recuperarse.
- En parte, debido a sentimientos de profunda culpa, están en grave riesgo de intentar suicidarse. De los pacientes que no reciben tratamiento, quizá 15% termina con su vida.

Depresión atípica

Los pacientes con depresión atípica tienen un episodio depresivo mayor, con un giro. Sus síntomas son lo opuesto de lo que se espera en una depresión grave típica:

- En vez de insomnio, tienden a dormir demasiado (hipersomnía).
- En lugar de presentar anorexia, comen más de lo normal (para ellos) y pueden subir de peso.
- Si su estado de ánimo varía durante el día, en la mañana se sienten mejor y en la noche, peor.
- Deprimidos o no, estas personas tienden a ser sensibles en exceso a las críticas.

Trastorno depresivo persistente (distimia)

- Comparada con los episodios de depresión mayor, la distimia es menos grave, pero dura más (al menos dos años). Algunos pacientes distímicos parecen deprimidos prácticamente toda la vida.
- Tienen algunos de los síntomas que se observan en la depresión mayor “básica” y en la melancolía, pero los síntomas son menores en cantidad y gravedad (no tienen ni síntomas psicóticos ni ideas/conductas suicidas). Aunque siguen siendo capaces de trabajar y cuidar de sí mismos y de sus familias, no disfrutan mucho la vida. Rara vez requieren hospitalización, a menos que sobrevenga un episodio depresivo mayor.
- Como de costumbre, debe descartarse la posibilidad de que sea causado por un trastorno médico general o por uso de sustancias.

Trastornos bipolares

- La manía del trastorno bipolar I suele empezar de manera súbita, con un estado de ánimo eufórico o irritable, acompañado de actividad y habla excesivas.
- Los pacientes maniacos se distraen con facilidad, necesitan dormir poco y se involucran en planes y proyectos muy ambiciosos.
- Cuando se ponen más enfermos, pierden la introspección; el juicio se deteriora. Dicen o hacen cosas de las que después se arrepienten, como tener una vida sexual promiscua, gastar dinero que no tienen o tomar otras decisiones problemáticas.
- Pueden sentirse fuertes o poderosos de modo anormal. Algunos presentan delirios y creen poseer poderes especiales o tener una misión religiosa especial.
- Muchos beben en exceso; quizá tratan de aplicar frenos químicos a su propia conducta.

La mayoría de los pacientes maniacos también sufre episodios de depresión mayor, que puede alternar de manera regular con las fases altas en el patrón conocido como trastorno bipolar I. Algunos pacientes bipolares no tienen manías hechas y derechos; sus “altas” comprenden síntomas algo atenuados, que no los llevan a la psicosis ni ameritan la hospitalización. Este padecimiento menos grave se denomina trastorno bipolar II. Incluso sin tratamiento, ambos tipos de pacientes suelen recuperarse por completo.

TRASTORNOS PSICÓTICOS

Las esquizofrenias

Aunque se suele hacer referencia a la esquizofrenia como una enfermedad única, en realidad se trata de una categoría que tal vez incluye varios trastornos diferentes. Algunos pacientes parecen normales antes del inicio de los síntomas actuales de esquizofrenia, pero muchos viven sus infancias como solitarios introvertidos. Algunos cumplen con los criterios diagnósticos del trastorno de la personalidad esquizotípica.

- Suele haber un **inicio** durante el cual el individuo se interesa en la filosofía, religión o brujería; ansiedad o perplejidad pueden ser los afectos predominantes. El aislamiento puede aumentar, y los familiares y amigos podrían notar varias conductas extrañas, aunque no precisamente psicóticas

- A medida que la preocupación por los sentimientos y experiencias internas aumenta, el funcionamiento del paciente en el trabajo o la escuela decae. Puede ser que sólo hasta llegar a esta etapa, los familiares noten un cambio. Aunque la orientación suele seguir intacta, la introspección por lo general se pierde y el juicio se afecta de manera grave. Pueden perder el control de impulsos y cuando están muy agitados, a veces se vuelven violentos contra sí mismos y contra los demás
- Los síntomas activos suelen empezar más o menos entre los 17 y 23 años y aumentan con lentitud durante un periodo de varios meses. De modo gradual empiezan las alucinaciones (casi siempre auditivas) y se vuelven más insistentes. Los delirios también se desarrollan, en especial los persecutorios. Pueden aparecer **síntomas negativos** (como apatía o afecto mitigado, tonto o ilógico). La **asociación de ideas en el discurso** a menudo es demasiado vaga. Sólo unos cuantos pacientes desarrollan una **conducta desorganizada**, como los síntomas catatónicos. De estas cinco clases de síntomas, se necesitan dos o más (y al menos uno de estos debe ser delirios, alucinaciones o pensamiento/discurso desorganizado) para hacer el diagnóstico
- Este trastorno es crónico. Una persona debe estar enferma durante al menos seis meses para recibir el diagnóstico de esquizofrenia en primer lugar. Luego, aunque el tratamiento con medicamentos antipsicóticos puede reducir o eliminar los síntomas psicóticos, algunos enfermos se recuperan hasta recobrar su nivel premórbido de funcionamiento

Los pacientes con esquizofrenia antes recibían subtipos del diagnóstico: paranoide, catatónico, desorganizado, indiferenciado o residual. El DSM-5 ha eliminado estas divisiones, en parte porque no son constantes en un individuo. Sin embargo, a veces aún es útil señalar que los pacientes cuyos síntomas están mucho más limitados a los delirios de persecución y las alucinaciones auditivas —que solíamos llamar esquizofrenia paranoide— con frecuencia tienen un afecto intacto y no empiezan a tener síntomas sino después de los 30 años de edad o incluso más tarde.

Advertencia: en la actualidad, la esquizofrenia tiene síntomas cuidadosamente delineados, así que se debe procurar no sobrediagnosticarla. Hasta hace unos años, era común ver pacientes con depresión grave, manía, trastornos de la personalidad o trastornos neurocognitivos, a quienes se les diagnosticaba esquizofrenia de manera equivocada. Incluso ahora a veces sucede. Se debe reevaluar de modo periódico a los pacientes que por mucho tiempo han llevado el diagnóstico de esquizofrenia.

Observa con especial cuidado las situaciones en que los síntomas psicóticos sean los únicos presentes cuando el paciente experimenta un episodio depresivo o maniaco; un paciente de este tipo **no** debe ser diagnosticado con esquizofrenia.

Trastorno esquizoafectivo

El confuso diagnóstico de trastorno esquizoafectivo fue introducido en 1933 por Jacob Kasanin, un doctor bien intencionado, que lo usó para describir a nueve pacientes con síntomas psicóticos y del estado de ánimo. El término se eliminó debido a que esta descripción podría ajustarse a muchas personas (los pacientes con esquizofrenia a menudo se sienten deprimidos en algún momento). Pero en el transcurso de más de 80 años, se ha vuelto más popular. Algunos clínicos lo usan con bastante flexibilidad; otros, con demasiada libertad. Hace unos años, un psiquiatra escribió, ¡que él hacía este diagnóstico con la mayoría de sus pacientes! Sin embargo, de manera histórica, el concepto es importante, pues ayudó a comprender que no toda psicosis es esquizofrenia.

- Los pacientes con el trastorno esquizoafectivo tienen, al mismo tiempo, dos de cinco características psicóticas principales de la esquizofrenia (como se mencionó antes, delirios,

alucinaciones, pensamiento/discurso desorganizado, conducta desorganizada y síntomas negativos) y **también** un episodio depresivo o maniaco (o un episodio del estado de ánimo con características mixtas) durante la mayor parte del episodio

- Al menos durante dos semanas, el individuo debe tener delirios o alucinaciones sin síntomas prominentes del estado de ánimo. Se puede especificar un subtipo, bipolar o depresivo

En años recientes, numerosas revisiones no han podido corroborar el trastorno esquizoafectivo como un diagnóstico separado, discreto (de hecho, pocos de los pacientes originales de Kasanin cumplirían con los estándares actuales). La confiabilidad de interjueces y la estabilidad diagnóstica del trastorno esquizoafectivo parecen ser bajas.

Trastorno esquizofreniforme

El trastorno esquizofreniforme no presenta dificultades en los criterios, porque este término, en realidad, es sólo un comodín, la aceptación de que el clínico no está lo suficientemente seguro para hacer un diagnóstico definitivo.

- El trastorno esquizofreniforme se define de la misma manera que la esquizofrenia, excepto porque su duración total es menor de seis meses. Este marco temporal refleja los hallazgos de estudio tras estudio de que los pacientes con síntomas psicóticos por periodos breves pueden recuperarse por completo
- Una vez que han pasado seis meses, se debe rediagnosticar al paciente. Si los síntomas persisten, tal vez se diagnostique una verdadera esquizofrenia. Si han remitido, se puede cambiar el diagnóstico a algo diferente, como un trastorno del estado de ánimo con psicosis o una psicosis causada por enfermedad médica o uso de sustancias

Si hacemos el diagnóstico de trastorno esquizofreniforme, se espera que hagamos un pronóstico con base en diversos factores. Un paciente tiene relativamente buenas probabilidades de recuperarse (es decir, el padecimiento puede no volverse crónico) si alguna de las dos siguientes características está presente: 1) los síntomas psicóticos reales empiezan dentro de las cuatro semanas posteriores al primer cambio observable en el funcionamiento o la conducta del paciente; 2) en el estado psicótico más agudo, el paciente parece desconcertado o confuso; 3) el funcionamiento laboral y social era bueno antes del padecimiento, y 4) el afecto no está reducido.

Trastorno delirante

- Los pacientes con trastorno delirante tienen delirios que no son raros (es decir, los delirios **no** son imposibles como sí lo son las abducciones extraterrestres). Sin embargo, los delirios son los únicos síntomas que, por lo general, tenemos, así que no se emplean en el diagnóstico de otros trastornos como la esquizofrenia (con excepción de que alucinaciones táctiles u olfativas estén presentes si se relacionan con el tema de los delirios)
- Una vez que se desarrolla este padecimiento, tiende a ser crónico
- El estado de ánimo y la capacidad para comunicarse están casi intactos; si se les da empleo, estas personas pueden seguir trabajando. Sin embargo, tienen dificultades en la esfera social y los miembros de su familia a menudo promueven que el paciente reciba tratamiento

Se han descrito varios tipos del trastorno delirante con base en la naturaleza de los propios delirios:

- Erotomaniaco.** Alguien (a menudo una persona famosa o de la alta sociedad) está enamorado del paciente. Estos pacientes a veces aparecen en las noticias por seguir o acosar de alguna u otra forma a figuras públicas.
- Grandeza.** Creen que tienen alguna capacidad o comprensión especiales. Algunos afirman haber inventado algo de gran valor y otros frecuentan las agencias gubernamentales (oficina de patentes, policía), con el afán de cumplir sus planes.
- Persecutorio.** El paciente (o un compañero cercano), de modo intencional, está siendo estafado, drogado, seguido, difamado o maltratado de alguna u otra forma.
- Celos.** Casi siempre creen que su cónyuge está siendo infiel; un paciente puede seguir a su cónyuge o confrontar al supuesto amante.
- Somático.** A menudo buscan ayuda médica, porque están convencidos de que tienen un olor corporal desagradable, parásitos, que su piel está infestada de insectos o que alguna parte de su cuerpo está deforme.
- Mixto.** El paciente tiene dos o más de los temas antes citados, en proporciones más o menos similares.
- No especificado.**

Trastorno psicótico debido al uso de sustancias/fármacos o a otra enfermedad médica

La categoría de trastorno psicótico inducido por sustancias/fármacos incluye todas las psicosis causadas por sustancias, incluyendo los fármacos prescritos. Los síntomas predominantes (alucinaciones o delirios) pueden ocurrir durante la abstinencia o una intoxicación aguda, dependiendo de la sustancia. El curso suele ser breve y autolimitado.

Los ejemplos clásicos de este trastorno son las alucinaciones auditivas alcohólicas y el estado delirante que a veces acompaña el uso crónico de anfetaminas. Los síntomas psicóticos pueden distinguirse de los de la esquizofrenia paranoide. Marihuana, cocaína, inhalantes, opiáceos, fenciclidina y otros alucinógenos, sedantes/somníferos, también se han relacionado con estos padecimientos. Se debe procurar no hacer este diagnóstico si el paciente atraviesa por un delirio agudo.

En el caso de las enfermedades médicas, el procedimiento es prácticamente el mismo. Una gran variedad de enfermedades médicas puede producir una considerable cantidad de síntomas psicóticos, incluyendo el espectro completo de delirios y alucinaciones, así como anomalías del movimiento (como síntomas catatónicos) y síntomas negativos.

Por cierto, categorías y argumentos similares se aplican a los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad.

TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS

La terminología ha cambiado, pero los trastornos siguen siendo los mismos: abuso de alcohol y drogas. El siglo XXI presenta variedad siempre en expansión de sustancias que pueden llevar a una forma de dependencia que el DSM-5 ahora llama trastorno de uso de sustancias.

Esta dependencia se identifica con base en la presencia de algunas de estas conductas: tolerancia a la droga (ésta tiene un efecto menor con el uso constante o la persona necesita mayor cantidad para alcanzar el mismo efecto); síntomas de abstinencia cuando la dosis disminuye; el individuo utiliza más de la que quisiera; intentos infructuosos para controlar el consumo; pasar mucho tiempo consiguiendo o usando la sustancia; reducir actividades importantes a causa del uso de la sustancia; no cumplir con obligaciones relevantes en el trabajo/escuela o en el hogar

(ausencias repetidas, negligencia con los hijos o la casa, o desempeño laboral pobre); uso corriente, a pesar de saber que la sustancia le ha causado problemas físicos o psicológicos; usar la sustancia incluso cuando es físicamente peligroso (como al conducir un auto); seguir usando la sustancia a pesar de saber que ha causado o empeorado problemas sociales o en sus relaciones (peleas, discusiones); y, por último, un criterio no conductual (la persona tiene antojo de la sustancia o desea usarla con vehemencia).

TRASTORNOS NEUROCOGNITIVOS

Los trastornos neurocognitivos son anomalías conductuales o psicológicas asociadas con disfunciones cerebrales temporales o permanentes. La causa puede ser una anomalía de la estructura, la química o la fisiología cerebral, pero la etiología exacta no siempre se conoce. El deterioro puede ocurrir en cualquiera de las cuatro áreas principales: funcionamiento intelectual, juicio, memoria y orientación. Algunos pacientes también tienen anomalías asociadas con el control de impulsos o de estado del ánimo. Los trastornos neurocognitivos se han categorizado de manera tradicional como *delirium* o demencia; la demencia ahora se clasifica en el DSM-5 como trastorno neurocognitivo.

Delirio

El delirio suele empezar de manera aguda y, por lo general, es causado por algo que ocurre fuera del cerebro. Tiende a fluctuar en intensidad y suele ser efímero, pues se resuelve una vez que la enfermedad subyacente se ha aliviado.

- Los pacientes no pueden enfocar o mantener la atención y, a menudo, se distraen con facilidad. Sus procesos de pensamiento se vuelven más lentos; tienen dificultades para resolver problemas y razonar
- También hay una alteración en el pensamiento, como problemas con la orientación, uso del lenguaje, funciones ejecutivas, memoria, aprendizaje o percepción (alucinaciones). Las alucinaciones pueden confundir a los pacientes, de modo que no pueden decir si están soñando o están despiertos. Pueden aceptar las alucinaciones como realidad, con lo cual experimentan ansiedad o temor; a veces intentan escapar
- Las causas del delirio incluyen trastornos endócrinos, infección, tumor cerebral, suspensión del consumo de alcohol, toxicidad de las drogas, deficiencia vitamínica, fiebre, ataques, enfermedad del hígado o riñón, venenos y los efectos de operaciones quirúrgicas. Múltiples causas pueden contribuir a un solo episodio
- Los síntomas se desarrollan con rapidez y tienden a empeorar en las noches —fenómenos que se denomina **síndrome vespertino**—. La reaparición de los síntomas puede ser irregular o nula

Demencia

Los pacientes con el trastorno neurocognitivo mayor del DSM-5 (o demencia, como suelo seguir llamándola, en pro de la brevedad) muestran una pérdida de la capacidad para pensar y recordar, que es lo suficientemente grave como para interferir en el trabajo y la vida social. La demencia puede ser transitoria, pero lo más común es que persista y avance, con frecuencia hasta el punto de afectar el juicio y pensamiento abstracto del paciente. Los enfermos con demencia grave

pueden no reconocer a los miembros de su familia; incluso llegan a perderse en sus propias casas. Las fallas del juicio y del control de impulsos pueden llevar a una pérdida de los modales sociales, como se muestra al hacer bromas toscas o al descuidar la higiene personal. La capacidad de usar el lenguaje resiste hasta que la enfermedad está avanzada.

Las principales características de la demencia incluyen las siguientes:

- Clínico, informante y/o paciente se preocupan de que la cognición del enfermo haya decaído en relación con el nivel previo de desempeño
- Las pruebas neurocognitivas estándar (o una evaluación clínica equivalente) revela que el desempeño del paciente está más de dos desviaciones estándar por debajo de las normas (en el caso del trastorno neurocognitivo mayor) o 1-2 desviaciones estándar por debajo (en el caso de lo que el DSM-5 llama trastorno neurocognitivo leve)
- Los síntomas limitan la independencia del paciente (en el caso del trastorno neurocognitivo mayor) o no (en el trastorno neurocognitivo leve, el paciente puede compensar sus déficits con esfuerzo)
- Los síntomas no se explican mejor mediante un trastorno mental diferente, y no ocurren sólo con el delirio

El inicio de la demencia suele ser insidioso, y las ideas erróneas (alucinaciones o ilusiones) tan comunes en el delirio a menudo están ausentes, en especial al principio del proceso. Por lo común, se puede identificar una causa orgánica. Las causas incluyen enfermedades primarias del sistema nervioso central, como la enfermedad de Alzheimer, la enfermedad de Huntington, la esclerosis múltiple y la enfermedad de Parkinson; enfermedades infecciosas, como neurosífilis y VIH/SIDA; deficiencias vitamínicas; tumores; traumas, y diversas enfermedades del hígado, los pulmones y de los sistemas endócrino y cardiovascular. Algunas causas (hematoma subdural, hidrocefalia normotensiva, hipotiroidismo) pueden ser tratadas con éxito hasta alcanzar la total recuperación en cuanto a los síntomas de la demencia. Las demencias se encuentran de manera principal en pacientes de edad avanzada y el curso suele ser de deterioro crónico.

Un tipo de demencia que antes tenía su propia designación en el DSM es el trastorno amnésico, en el que el paciente casi de pronto pierde la memoria de corto plazo, a veces, al grado de no poder recordar los sucesos que tuvieron lugar en los escasos minutos previos. La memoria remota suele ser menos afectada. Muchos pacientes inventan información de manera espontánea o en respuesta a las preguntas (“¿No lo vi la otra noche en el bar?”). Es posible la recuperación, aunque, por regla general, se trata de un padecimiento crónico.

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Advertencia: muchos pacientes con padecimientos mentales tienen síntomas de ansiedad como parte de malestar general. Es importante no permitir que los síntomas de ansiedad, que pueden ser el motivo de consulta de muchos pacientes, compliquen el diagnóstico y tratamiento. Al respecto, se debe procurar estar especialmente atento a la presencia de síndromes depresivos y trastornos relacionados con sustancias.

Trastorno de ansiedad generalizada

- Los pacientes con el trastorno de ansiedad generalizada se preocupan de manera irracional por **múltiples** circunstancias de la vida, como dinero, familia, salud, y problemas en la escuela o trabajo

- Como resultado, tienen síntomas de ansiedad, como sentirse inquietos o nerviosos; se cansan con facilidad, y tienen dificultades para concentrarse; muestran irritabilidad, aumento de la tensión muscular y problemas de sueño
- Debido a que se sienten de este modo casi todos los días, aplazan las cosas o evitan situaciones donde podrían experimentar esos sentimientos

El trastorno de ansiedad generalizada suele empezar al principio de la adultez; las mujeres superan en número a los hombres 2:1. Se encuentra sobre todo en pacientes de médicos internistas y generales. Algunas autoridades creen que puede afectar a 5% de la población general; otros sostienen que con frecuencia se diagnostica mal, en vez de un trastorno de ansiedad diferente o de otro trastorno.

Ataque de pánico y trastorno de pánico

- El paciente experimenta episodios discretos de ansiedad o miedo, que empiezan de manera repentina y alcanzan su punto máximo en pocos minutos (justo antes de estos episodios, la persona puede estar tranquila o ansiosa)
- Durante un ataque, el paciente experimenta diversos síntomas típicos, como dolor de pecho; sofocos o escalofríos; sensación de ahogo; sentirse irreal o desligado de sí mismo; mareo; miedo a una muerte inminente; miedo de “perder la cordura”; aceleración del ritmo cardíaco o palpitaciones o latidos intermitentes; náusea; hormigueo/entumecimiento (por lo general, de los dedos); transpiración excesiva; falta de aliento, y temblor
- Cuando se presenta en repetidas ocasiones un ataque de pánico inesperado y el paciente tiene miedo de más ataques o trata de predecirlos, decimos que se trata del trastorno de pánico

El trastorno de pánico afecta quizá a 2% de los adultos; tiene un componente genético fuerte y puede ser un poco más común en mujeres que en hombres. Aunque puede empezar a cualquier edad, suele desarrollarse en adultos jóvenes. A menudo está asociado con agorafobia.

Observa que los síntomas de pánico pueden presentarse en el curso de otros trastornos, incluyendo no sólo la mayoría de los relacionados con ansiedad, sino también la intoxicación con sustancias, el de estrés postraumático y el obsesivo-compulsivo, entre otros.

Agorafobia

La agorafobia en su significado original es “miedo a la plaza del mercado”, pero ahora comprende los temores a estar en cualquier lugar o situación en la que puede ser difícil escapar u obtener ayuda.

- Así, el paciente puede evitar salir de casa, mercados, tiendas, espacios abiertos, transporte público, teatros; incluso estar en una fila o entre mucha gente
- Durante seis meses o más, el paciente evita, en consecuencia, las situaciones temidas, o necesita compañía o siente un malestar cuando las confronta

La agorafobia afecta a relativamente menos personas (quizá 1 en 200 adultos), y a las mujeres con más frecuencia que a los hombres. Su inicio típico es en edades tempranas, después de un ataque de pánico o un evento traumático. La mayoría de los pacientes con agorafobia también tienen ataques de pánico; sin embargo, los dos diagnósticos pueden hacerse de manera independiente.

TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

El trastorno obsesivo-compulsivo es un padecimiento bien estudiado que empieza entre los 15 y 30 años de edad aproximadamente y a menudo persiste toda la vida.

- Estos pacientes tienen obsesiones o compulsiones (o ambas), que se presentan de forma espontánea en la conciencia, acompañados de ansiedad o terror
- Los enfermos invierten mucho tiempo y esfuerzo en estas ideas o conductas angustiosas, que les parecen extrañas (ajenas al yo), tontas o irracionales

Por lo general, se dan cuenta de que estas ideas son producto de su propia mente, pero a veces pueden no percatarse de eso en absoluto. Los principales patrones compulsivos incluyen lavarse las manos; limpiar y verificar de forma compulsiva, para estar seguros de que alguna acción (como apagar la estufa) se ha realizado en realidad. El paciente se siente empujado a terminar estas acciones, que están dirigidas a disminuir la ansiedad. Los síntomas de depresión son comunes. En algunos pacientes también se encuentran tics de por vida.

TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

El trastorno de estrés posttraumático es un diagnóstico moderno, que comprende lo que alguna vez se llamó **neurosis de guerra** o **fatiga de combate** en soldados. Es una secuela común para cualquiera que ha vivido una violación, combate o cualquier calamidad producto de la naturaleza o del hombre (terremotos, accidentes de avión), que implican muerte o daños reales o posibles (la experiencia puede ser vicaria si le ocurre a un amigo o familiar cercano).

Al menos, durante un mes el paciente:

- Revive el suceso traumático mediante sueños molestos o pensamientos durante la vigilia.
- Evita todo aquello que le recuerde el suceso
- Experimenta emociones negativas ("no hay futuro", se culpa a sí mismo) y cognición alterada (como amnesia)
- Presenta síntomas de hiperactivación (hipervigilancia, aumento de la respuesta de sobresalto)

Puede tomarle semanas o años desarrollar los síntomas, que a menudo fluctúan a lo largo del tiempo. La gravedad suele ser proporcional a la intensidad del suceso traumático. El padecimiento es más frecuente en niños, ancianos y en quienes viven socialmente aislados.

Anorexia nerviosa

- Los pacientes con anorexia nerviosa sienten que tienen sobrepeso, aunque en realidad no sea así. Aun cuando lucen demacrados, se perciben obesos y temen engordar
- Limitan de forma extrema su ingesta de alimentos, a veces hasta el punto de desnutrición y (en mujeres) la interrupción de la menstruación

Los pacientes pueden abusar de diuréticos y laxantes; algunos vomitan para mantener el bajo peso. Los síntomas graves pueden llevar a la muerte. Este trastorno es común (hasta 0,5%) entre las mujeres jóvenes, pero sólo 1 de cada 10 pacientes con este trastorno es hombre.

TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN

El trastorno de somatización afecta, tal vez, a 1% de las mujeres adultas (es raro en hombres) y se caracteriza por múltiples molestias somáticas. Se puede sospechar este trastorno en cualquier persona que presenta una historia complicada o vaga; responde mal al tratamiento; es dramática, demandante o seductora; hay trastornos de la personalidad en su historia familiar; sufrió abuso sexual en la infancia; abusa de alguna sustancia, o tiene una depresión con características inusuales. Muchos de estos pacientes intentan suicidarse. A menudo, se pasa por alto este diagnóstico, incluso cuando se trata de profesionales de la salud mental.

La nomenclatura exacta y los criterios diagnósticos de este trastorno han cambiado de forma notable en los últimos 50 a 60 años. A mediados del siglo XX, los criterios se elaboraron para identificar con claridad lo que entonces se llamaba **síndrome de Briquet**, y para diferenciarlo del antiguo diagnóstico de **histeria**, que de modo básico dependía de un solo criterio: que la persona tuviera un síntoma que en apariencia no se debía a una enfermedad orgánica. Empezando con el DSM-III y a lo largo del DSM-III-R, DSM-IV y DSM-IV-TR, los criterios del trastorno de somatización incluían conjuntos de síntomas físicos, de los cuales se requerían ciertos números y distribuciones para el diagnóstico. Estas listas de síntomas eran largas y difíciles de manejar, y la sospecha de que los clínicos los ignoraban en gran medida ayudó a provocar la reducción constante al menor número posible de síntomas requeridos.

Sin embargo, el DSM-5 regresó a un punto en el que los pacientes se pueden diagnosticar con la más reciente versión —ahora denominada trastorno con síntomas somáticos— si tienen básicamente un solo síntoma físico. Debe durar al menos seis meses y existir evidencia de una preocupación excesiva por la salud actual; aun así, un síntoma hará el trabajo. Estoy muy preocupado de que esta medida retrógrada reduzca nuestra comprensión de un grupo de paciente que ha sido diagnosticado y tratado de manera equivocada a lo largo de la historia de la medicina. No obstante, he aquí las características de trastorno con síntomas somáticos del DSM-5.

- Durante seis meses o más, al menos un síntoma somático ha causado malestar o alteración de la vida cotidiana
- En consecuencia, el paciente tiene una continua ansiedad intensa en relación con su salud
- Se puede especificar este trastorno como **con dolor predominante** si el problema actual del paciente tiene que ver de manera principal con el dolor (el DSM-IV consideraba que éste era un diagnóstico separado y lo llamaba trastorno de dolor)

Como contrapunto, adjunto a continuación los criterios originales del síndrome de Briquet. Éste permitía diagnosticar a pacientes que tenían síntomas mentales/emocionales y físicos, y ayudaba a diferenciar a los pacientes con depresión que podrían ser menos susceptibles del tratamiento médico de los que podían beneficiarse de la terapia farmacológica o electroconvulsiva. Además, en la sección “Motivos de consulta” de la entrevista semiestructurada del apéndice D, uso los criterios del DSM-IV del trastorno de somatización, el nombre que he usado, por lo general, en este libro. La consistencia no ha sido el sello distintivo del diagnóstico en salud mental a lo largo del tiempo, así que es necesario “tomar una decisión y asumir las consecuencias”.

Síndrome de briquet

- Empieza a la edad de 30 años; el paciente está enfermo de manera crónica o recurrente, y tiene una historia médica dramática, vaga o complicada

- Debe presentar, al menos, 25 síntomas médicos no explicados (de 20 a 24, para hacer un diagnóstico "probable") en 9 o 10 de las siguientes categorías:
 1. Dolor de cabeza; ser enfermizo la mayor parte de la vida
 2. Ceguera, parálisis, anestesia, afonía, ataques o convulsiones, inconsciencia, amnesia, sordera, alucinaciones, retención urinaria, dificultades para caminar, otros síntomas "neurológicos" no explicados
 3. Fatiga, nudo en la garganta, desmayos, visión borrosa, debilidad, disuria
 4. Dificultades de respiración, palpitaciones, ataques de ansiedad, dolor de pecho, mareo
 5. Anorexia, pérdida de peso, fluctuaciones notables en el peso, náusea, distensión abdominal, intolerancia a los alimentos, diarrea, estreñimiento
 6. Dolor abdominal, vómito
 7. Dismenorrea, irregularidad menstrual, amenorrea, sangrado menstrual excesivo
 8. Indiferencia sexual, frigidez, dispareunia u otras dificultades sexuales; vomitar al menos una vez los nueve meses de embarazo, u hospitalización por hiperémesis gravídica
 9. Dolor de espalda; dolor en las articulaciones; dolor en las extremidades; dolor urente de los órganos sexuales, boca o recto; otros dolores corporales
 10. Nerviosismo, temores, sentimientos deprimidos, necesidad de dejar el trabajo o incapacidad para cumplir con los deberes regulares por sentirse enfermo; llanto fácil; falta de esperanza en la vida, pensar mucho en morir, querer morir, pensar en el suicidio, intentos de suicidio

TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

El DSM-5 enumera 10 trastornos de la personalidad que están lo suficientemente bien definidos como para alcanzar un reconocimiento formal. En el caso de seis de ellos, los estudios tienen la suficiente solidez como para tener un nivel decente de validez. Presento sus características a continuación. En cada trastorno de la personalidad, las actitudes y conductas están presentes desde el principio de la vida adulta (a veces, mucho antes) y se experimentan en diversas situaciones.

Trastorno de la personalidad esquizotípica

Pensamiento mágico, ideas autorreferenciales, ilusiones y otras percepciones inusuales, así como, a veces, gestos o vestimenta inusuales, pueden hacer que los pacientes con el trastorno de la personalidad esquizotípica parezcan bastante extraños. Pueden desconfiar de las intenciones de otras personas, lo cual los deja aislados y ansiosos, o incómodos de alguna u otra manera con las relaciones sociales ordinarias. Aunque algunos se casan, por lo general dudan de la fidelidad de los demás y tienen pocos amigos cercanos. Su pensamiento puede estar dominado por la desconfianza y las supersticiones, que se expresan con un afecto restringido y un discurso vago, abstracto en exceso y con digresiones constantes.

Muchos pacientes con el trastorno de la personalidad esquizotípica están deprimidos cuando buscan por primera vez atención clínica. Bajo estrés, pueden volverse psicóticos por un periodo breve; algunos, al final, desarrollan esquizofrenia, diagnóstico que es más frecuente en sus familiares que en la población general.

Este trastorno se presenta hasta en 3% de la población general.

Trastorno antisocial de la personalidad

Aunque los pacientes con trastorno antisocial de la personalidad a menudo parecen encantadores, desde la juventud (por lo general, antes de los 15 años de edad) no pueden seguir las reglas de la sociedad. Sus relaciones con otras personas se caracterizan por la explotación más que por la intimidad mutua. Afirman con elocuencia, pero con poca sinceridad, que tienen sentimientos de culpa; pero la empatía y el remordimiento genuino no son evidentes.

Su sentido de sí mismo proviene de ejercer poder sobre los demás o del placer personal o las ganancias materiales; el resultado es una conducta cruel e irresponsable, que afecta casi todas las áreas de su vida. Puede haber uso de sustancias, peleas, mentiras y conductas deshonestas (a menudo, criminales) de cualquier clase imaginable: robo, violencia, estafa y abuso infantil/conyugal. Gran parte de su conducta anormal es impulsiva, a menudo sin una necesidad real y sin considerar las posibles consecuencias del riesgo al que se exponen. Aunque pueden quejarse de múltiples problemas somáticos y en ocasiones intentan suicidarse, la naturaleza manipuladora de todas sus interacciones con los demás hace difícil determinar la sinceridad de sus quejas.

Dos advertencias: aunque los pacientes con trastorno antisocial de la personalidad con frecuencia vivieron una infancia marcada por incorregibilidad, delincuencia y problemas escolares, como el ausentismo, menos de la mitad de los niños con esta clase de antecedentes desarrollan con el tiempo el síndrome de manera completa. Por lo tanto, este trastorno de la personalidad no debe diagnosticarse antes de los 18 años de edad. También es importante no diagnosticarlo si la conducta antisocial ocurre en el contexto del uso de sustancias.

Trastorno de la personalidad límite

Los pacientes con trastorno de la personalidad límite, con frecuencia parecen estar en una crisis del estado de ánimo (depresión, ansiedad o miedo), la conducta o las relaciones interpersonales. Sintiendo vacíos o aburridos, se apegan de forma intensa a los demás. Esto no funciona muy bien: de manera inevitable, temen ser ignorados o maltratados (o abandonados) por aquellos de quienes se sienten dependientes, por lo que se vuelven sumamente hostiles o enojados. Tratan de lastimarse o mutilarse de modo impulsivo. Otras acciones imprudentes pueden formar un patrón de ponerse en riesgo o de cambios demasiado frecuentes y extremos de metas en la vida.

Aunque son muy sensibles a los insultos, no se dan cuenta de las necesidades y sentimientos de los demás. De hecho, es más fácil que hagan hincapié en los defectos de quienes los rodean. Pueden idealizar la estima de alguien en un momento y devaluarla en otro, de modo que se involucran y retraen de las personas de manera alternada.

Los pacientes con el trastorno de la personalidad límite tienden a ser en extremo autocríticos, a veces hasta el punto de disociarse cuando están bajo estrés extremo. Sin embargo, cualquier episodio disociativo o psicótico se resuelve con tanta rapidez que pocas veces se confunde con la psicosis endógena. Los cambios rápidos e intensos del estado de ánimo, la impasibilidad y las relaciones interpersonales inestables hacen difícil que estas personas alcancen todo su potencial social en el trabajo o la escuela.

Más común en mujeres que en hombres (quizá en una proporción de 3:1), este trastorno de la personalidad se identifica hasta en 2% de la población general y en 10-20% de los pacientes de salud mental.

Advertencia: en mi opinión, los clínicos se contentan demasiado a menudo con el diagnóstico de trastorno de la personalidad límite cuando los pacientes tienen otros trastornos que requieren tratamiento con mayor urgencia. En el siglo XXI, tal vez sigue siendo el padecimiento que se sobrediagnostica con mayor frecuencia.

Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva

Los pacientes con el trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva tienen una tendencia durante toda su vida a ser rígidos y perfeccionistas. La insistencia en un producto perfecto impide que se termine alguno; como Voltaire escribió: "Lo perfecto se convierte en enemigo de lo bueno". La preocupación por los detalles, el orden, el apego a las reglas y la insistencia en que las cosas se hagan a su modo interfieren con la eficacia en el trabajo y en situaciones sociales. Tratan de superar fracasos pasados mucho más de lo que la mayoría de las personas juzgaría como un esfuerzo vano. Los estándares altos, a menudo irracionales (escrupulosidad), crean dificultades para alcanzar las metas o terminar las tareas. El trabajo supera las relaciones; su identidad tiende a estar en el trabajo, el cual prefieren por encima de actividades recreativas o sociales. Una rigidez obstinada también daña las relaciones con otras personas, cuyos sentimientos e ideas tienen dificultades para comprender.

Los pacientes con el trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva pueden tener problemas para expresar afecto; con frecuencia parecen bastante deprimidos. Aunque estos estados de ánimo suben y bajan, a veces pueden volverse tan graves como para que el paciente busque tratamiento. Por cada mujer, dos hombres presentan este padecimiento y, quizá, 1 en 100 personas de la población general.

Trastorno de la personalidad narcisista

Las personas con el trastorno de la personalidad narcisista tienen un patrón de toda la vida de grandeza (en la conducta y la fantasía), sed de admiración e intentos para llamar la atención de los demás. Con la convicción de que son más especiales, incluso superiores a los demás, son individuos egocéntricos que, por lo común, exageran sus propios logros.

A pesar de una actitud, a veces, condescendiente del derecho, los individuos con este trastorno de la personalidad tienen una autoestima frágil y, a menudo, sienten que no valen nada. Incluso en momentos de gran éxito personal (muchos tienen talento), pueden sentir que son fraudulentos o que no merecen algo. Motivados por el deseo de aprobación, son demasiado sensibles a lo que otros piensan de ello y pueden sentirse impulsados a obtener elogios. Cuando son criticados, pueden encubrir su malestar con una fachada de indiferencia glacial. Tan sensibles como son a sus propios sentimientos, parecen tener poca comprensión de los sentimientos y necesidades de los demás; pueden fingir empatía, al igual que mentir para cubrir sus propias fallas.

Las personas con el trastorno de la personalidad narcisista a menudo fantasean con grandes éxitos y envidian a quienes los han logrado. Las relaciones pueden formarse con base en quién puede ayudarlos a alcanzar sus metas, quién puede alimentar su ego. Su desempeño en el trabajo puede empeorar (debido a problemas interpersonales) o mejorar (gracias a su eterno impulso hacia el éxito).

Este trastorno de la personalidad es más común en hombres que en mujeres; se encuentra en menos de 1% de la población general (date cuenta de que necesario observar que los rasgos narcisistas no implican de forma necesaria a niños o adolescentes, para quienes es normal ser egocéntricos, tengan este trastorno de la personalidad).

Trastorno de la personalidad por evitación

Las personas con el trastorno de personalidad por evitación se sienten inadecuadas o poco atractivas, y son inhibidas en lo social. Se juzgan inferiores y, a menudo, son hipersensibles a la crítica o el rechazo.

La ansiedad y preocupación por la desaprobación o alguna otra calamidad las hacen humildes y ansiosas por complacer a los demás, pero esto los puede llevar a un marcado aislamiento social. Pueden malinterpretar comentarios inocentes y tomarlos como crítica; a menudo se niegan a empezar una relación, a menos que estén seguros de que serán aceptados. Se quedan atrás en situaciones sociales por miedo a decir algo tonto, y evitan objetivos (incluso ocupaciones) que impliquen riesgos personales o demandas sociales. Aparte de sus familiares cercanos, tienden a tener pocos amigos íntimos. Se sienten cómodos con las rutinas y hacen todo lo posible con tal de no salirse de ellas. En una entrevista, como en las situaciones sociales, tienden a sentirse tensos y ansiosos; pueden mal interpretar que afirmaciones benévolas son críticas.

Cuando participan en actividades, casi siempre muestran poco interés o placer. Aunque muchas de estas personas trabajan y se casan, pueden deprimirse o volverse ansiosas si pierden sus sistemas de apoyo.

El trastorno de la personalidad por evitación se presenta sólo en menos de 1% de la población general, a veces asociado con una enfermedad o padecimiento que desfigura a la persona; se encuentra en hombres y mujeres casi en la misma proporción. Este trastorno de la personalidad no se observa con frecuencia de manera única en la clínica; estos pacientes tienden a llegar a la evaluación sólo cuando aparece otro padecimiento (los rasgos de evitación son comunes en niños, pero no implican de forma única un posterior trastorno de la personalidad).

APÉNDICE C

Ejemplos de entrevista, informe escrito y formulación

ENTREVISTA CON EL PACIENTE

El paciente, hombre que parece tener entre 27 y 30 años, viste una bata de hospital sobre unos pantalones de algodón y una camisa blanca abotonada hasta arriba. Está sentado en una silla con respaldo recto y casi no mira al entrevistador. Tiene la nariz y los labios heridos e hinchados, y una cortada grande debajo de su ojo derecho. Su expresión facial es inmóvil; no sonríe ni una sola vez durante toda la entrevista. A veces masculla las palabras. La voz del entrevistador es cálida y tranquila.

Entrevistador: (estrecha la mano del paciente). Buenos días.

Yo soy el doctor _____.

Paciente: Hola.

Entrevistador: Quiero agradecerle por ayudarnos hoy con esta entrevista de muestra.

Paciente: Está bien.

Entrevistador: Es probable que tome notas de vez en cuando, sólo para recordar las preguntas que quiero hacerle. Ahora, ¿puede hablarme un poco acerca de qué clase de dificultades lo trajeron aquí?

Paciente: Mmm, desesperanza, desesperación, no tener otro lugar a donde ir más que al cielo.

Entrevistador: Ningún otro lugar más que al cielo. ¿Eso significa que estaba pensando en morir?

Paciente: ¿Pensar?—No, ¡querer!

Entrevistador: Querer morir. ¿Podría hablarme más de eso?

Desde luego, “Hábleme más de eso” es la solicitud clásica, abierta, para que el paciente elabore más la respuesta que acaba de emitir.

Paciente: Bueno, pienso que las opciones son lastimar a alguien o lastimarme a mí mismo. Y no me gusta lastimar a nadie, así que prefiero lastimarme a mí mismo.

Entrevistador: Ya veo.

Paciente: Y no quiero vivir. Puedes morir si tienes algo como cáncer, pero no cuando tienes la cabeza tan jodida. Así debes vivir con eso.

Entrevistador: Sí.

Paciente: A eso no lo llaman terminal, sino... "¡Ah, bueno!".

Entrevistador: ¿Así que realmente ha hecho un tipo de intento de suicidio?

Paciente: ¡Ah, sip! Las voces dijeron "Salta, ahora es el momento". Me quité toda la ropa; pensé: "Ya no necesitarás esto". Y todos se detuvieron, todos los vehículos se detuvieron, así que crucé corriendo la calle y luego, eso es lo último que recuerdo, ver un camión a la distancia desplazándose más rápido que cualquier otro. Fui por él.

Entrevistador: Así que fue directo al camión.

Hasta aquí, en varias respuestas, el entrevistador ha intentado contribuir, en gran medida, a facilitar el discurso del paciente. El principio del discurso libre se ha preservado en gran parte.

Paciente: Camión rápido. Recuerdo estar en la ambulancia, a alguien golpeándome, diciéndome que despertara.

Entrevistador: Así que, en realidad, usted fue atropellado por el camión, ¿está de acuerdo?

Paciente: Eso es lo que dicen, sip, a juzgar por las apariencias.

Entrevistador: Sip, parece que usted fue atropellado. Y después, usted recuerda estar en la ambulancia.

Se debe observar que el "sip" de la última frase no es para nada el estilo usual del entrevistador, pero sí una forma inconsciente para tratar de hacer una conexión, al usar expresiones similares a las del propio paciente. A lo largo del encuentro, el entrevistador usa palabras que el paciente puede comprender; hay pocos vocablos de la jerga médica que pudieran ser confusos o inhibir el establecimiento del rapport.

Paciente: Por un instante, mientras me golpeaban.

Entrevistador: Bueno, ¿qué le parece ahora? Quiero decir que usted trató de matarse y aquí está, vivo.

Paciente: Eso parece. Bueno, en el hospital pensé que estaba muerto. Estaba en ese cuarto blanco. Fue como estar en la sala de espera del paraíso. Estaba en la sala de espera, era sólo una habitación.

Entrevistador: Ajá.

Paciente: Y ahora, pienso, aún podría estar en una sala de espera.

Entrevistador: Ya veo.

Paciente: ¿Ustedes me ayudarán con eso?

Entrevistador: Bueno, creo que nadie aquí lo ayudará a morir.

Una respuesta directa es mejor que una evasiva. Sin embargo, una respuesta aún mejor habría sido en el sentido del clásico: "Yo no puedo hacer eso, pero puedo hacer esto" o, por ejemplo: "Haremos todo lo que esté en nuestras manos para ayudarlo a querer vivir".

Paciente: Ah.

Entrevistador: ¿Aún quiere morir?

Paciente: (asiente).

Entrevistador: Usted dijo que sentía desesperanza. ¿Cuánto tiempo se ha sentido así?

El entrevistador con frecuencia toma las propias palabras del paciente para llevar la conversación en otra dirección.

Paciente: Años.

Entrevistador: Ajá. ¿Y ha empeorado en días recientes?

Paciente: Ah, sí. Me sentía desesperanzado de vez en cuando. No era de todos los días. Desde el verano pasado.

Entrevistador: Desde el verano pasado. ¿Así que cuántos meses son?

Paciente: Siete.

Un intento evidente de evaluar más o menos la orientación en el tiempo del paciente y la capacidad de hacer cálculos.

Entrevistador: Ajá. ¿Y tuvo otros sentimientos? Por ejemplo, ¿sentía que no valía nada?

Paciente: Oh, sip.

Entrevistador: ¿Tiene alguna idea de por qué se sentía así?

Paciente: Bueno, estuve buscando empleo, pensando que podría trabajar.

Entrevistador: Sí.

Paciente: Y no conseguí ninguno.

Hasta aquí, el entrevistador ha identificado tres áreas de interés clínico que debe investigar: psicosis (las voces), trastorno del estado de ánimo y dificultades sociales. Puede ser que aparezcan más.

Entrevistador: ¿Se siente igual a lo largo del día o hay alguna hora en que se sienta mejor que en otras?

Paciente: Mejor en la noche, justo cuando me acuesto para dormir.

Entrevistador: Así que cuando se acuesta en la noche, de alguna manera se siente mejor. ¿Ha dormido muy bien?

Paciente: Aquí (en el hospital), sí.

Entrevistador: ¿Y normalmente... qué clase de problemas tenía para dormir?

Una entrevista menos cuidadosa podría continuar con otro tema en vez de mantener al paciente en la cuestión de su sueño antes de la hospitalización. Me pregunto, sin embargo, acerca del uso de la palabra "normalmente", ¿qué significa? Podría ser mejor especificar un marco temporal, como "justo antes de entrar al hospital".

Paciente: Me despertaba cada hora rechinando los dientes.

Entrevistador: Mmm. Cuando despertaba, ¿pensaba en algo?

Paciente: Sip.

Entrevistador: ¿En qué?

Paciente: "¿Qué voy a hacer?"

Entrevistador: Ajá. ¿Después dormía bien en las mañanas?

Paciente: No, hasta hace poco.

Entrevistador: Ajá. ¿Se despierta muy temprano, antes de que sea hora de levantarse y ya no se vuelve a dormir para nada?

Habría sido mejor la pregunta abierta: "¿Qué clase de dificultades tenía?".

Paciente: Sí, me pregunto "¿Por qué despierto tan temprano?"

Entrevistador: ¿Siente que descansa cuando duerme?

Paciente: Sip.

Entrevistador: Se siente descansado.

Paciente: Pero me siento bastante descansado cuando no duermo. Es extraño, parece que no necesito dormir.

Entrevistador: ¿Cómo es su apetito?

Paciente: Bueno. Aquí es bueno.

Entrevistador: ¿Y antes de llegar aquí?

Paciente: No era bueno.

Entrevistador: ¿Ha subido o bajado de peso?

Paciente: Sí, bajé como 5 kg. No sé ahora; tal vez he subido de peso.

Entrevistador: Mmm. ¿En qué periodo de tiempo bajó los 5 kg?

A lo largo de esta entrevista se puede notar que se alienta con frecuencia al paciente a hablar—diciendo “ajá” y sus variantes— de una manera clara, pero sin interrumpirlo; esto indica que se recibe su mensaje y el flujo de información debe continuar sin dirigir su curso de ningún modo. Lo que el registro escrito no puede mostrar es el uso de recursos no verbales, como asentir, sonreír y parpadear, entre otras acciones, para alentar al paciente sin interrumpirlo en absoluto. A fin de mejorar la legibilidad, es necesario suprimir a la mitad dichos recursos no verbales, con el propósito de alentar al paciente.

Paciente: Como una semana.

Entrevistador: Fue muy rápido. No comía mucho. ¿No le interesaba la comida?

Paciente: No mucho.

Entrevistador: ¿Le interesaban otras cosas?

Paciente: Nop. Bueno, tenía una novia que tiene un hijo. Estaba interesado en él.

Entrevistador: Usted está interesado en el hijo de su novia.

Paciente: Es un niño agradable. Y le ayudaba.

Entrevistador: ¿Y en el momento en que intentó suicidarse seguía muy interesado en ese niño?

Paciente: Sí, pero ella no me quería cerca.

Entrevistador: Ella no lo quería. ¿Qué hay de cosas como leer o ver televisión?, ¿eso le interesaba?

Paciente: No.

Entrevistador: ¿Podía concentrarse en las cosas?

Paciente: Sí, en la televisión si la veía. Eso era todo (pausa). Pero no por periodos largos.

Si el entrevistador continuara demasiado rápido con el siguiente tema, la impresión general de la capacidad de este paciente para enfocar la atención sería un poco diferente.

Entrevistador: ¿Sólo por poco tiempo? ¿Como cuánto?

Paciente: Media hora.

Entrevistador: Así que no podía ver un programa de una hora y recordarlo.

Paciente: Sin pensar en nada.

Entrevistador: ¿Sucedía que cuando personas que le agradaban estaban a su alrededor dejaba de sentirse mal?

Paciente: Sí.

Entrevistador: Eso ayudaba. ¿Por cuánto tiempo lo ayudaba?

Paciente: Hasta que me daba cuenta de qué me estaba pasando.

Entrevistador: ¿Así que eso sólo lo distraía unos cuantos minutos?

Observar que el entrevistador está dirigiendo el testimonio. Sería mejor—¿Cuánto tiempo solía distraerlo?

Paciente: Sip.

Entrevistador: Está bien. ¿Se sentía culpable por cosas?

Paciente: Sip.

Entrevistador: ¿Qué clase de cosas?

Paciente: Que yo mismo me coloco en esta posición. Podría haberlo evitado tomando ciertas decisiones. Pero ahora es demasiado tarde.

Entrevistador: Mmm. ¿Siente que merece morir?

Paciente: Sip.

Entrevistador: ¿Siente como si mereciera un castigo?

Paciente: Sip, en cierto modo.

Entrevistador: Mmm.

Paciente: Sé que mucha gente lo hace, pero lo sabía mejor.

Entrevistador: Usted lo sabía mejor. ¿Mucha gente hace qué?

Otra vez el entrevistado retoma elementos del discurso previo del paciente, esta vez con elaboración. Es un método para alentar de manera verbal al paciente; puede guiar la conversación sin parecer demasiado controlador.

Paciente: Cosas parecidas a las que yo hago.

Entrevistador: Ajá. Las cosas de las que se siente culpable. ¿Puede decirme cuáles son algunas de ellas?

Paciente: Como gastar dinero en drogas. Quedarme en cuartos de hotel en vez de gastarlo en un departamento o comida.

Entrevistador: Mmm.

Paciente: Pagar mis deudas.

Entrevistador: Correcto. ¿Y con qué clase de drogas ha tenido problemas?

Paciente: Heroína y cocaína.

Entrevistador: ¿Esto ha durado mucho tiempo?

Paciente: Un par de años.

Entrevistador: ¿Cuánta heroína consumía?

Paciente: Yo diría que medio gramo al día.

Entrevistador: ¿Y cuánto le costaba?

Paciente: Veinte dólares. Y 20 dólares de coca.

Entrevistador: Y también 20 dólares de cocaína. Bueno, cómo va su adicción, ¿qué tan fuerte diría que es?

Paciente: ¿Sí quiero ahora?

Entrevistador: Sí.

Paciente: Mucho.

Este entrevistador no está seguro qué tanto es consumir medio gramo o quiere dar al paciente una oportunidad de demostrar que es muy conocedor. En cualquier caso, pedir al paciente una explicación es un buen modo de asegurar que se tiene la información correcta. También ayuda a promover el *rapport*.

Entrevistador: Así que siente ansias muy fuertes justo ahora.

Paciente: En realidad, no tan fuertes; es sólo que tal vez si tuviera mucho dinero y un lugar a donde ir, quizá lo haría.

Entrevistador: Usted saldría y consumiría drogas otra vez.

Paciente: Porque me hacen sentir a salvo.

Entrevistador: Antes de que consumiera drogas, ¿cómo era su estado de ánimo?

Con dos problemas serios que considerar, el entrevistador trata de averiguar cuál empezó primero. La razón: para diferenciar entre un trastorno del estado de ánimo primario y uno secundario al uso de drogas, y las diferencias que implican para el tratamiento.

Paciente: Dependía de dónde estuviera, pero... siempre me faltaba algo.

Entrevistador: Siempre le faltaba algo, incluso antes de consumir drogas.

Paciente: Sí. Y regresando a la escuela, en realidad nunca encajé. Me refiero a que tenía amigos, pero yo no encajaba.

Otra área de interés clínico: la posibilidad de un trastorno de la personalidad.

Entrevistador: Mmm.

Paciente: Incómodo.

Entrevistador: Se sentía incómodo, incluso con sus amigos. ¿Puede hablarme un poco más sobre eso, sobre su sensación de incomodidad?

Incluso en este punto de la entrevista, el especialista extiende la invitación para hablar más de tales sentimientos. Las preguntas abiertas son una excelente manera para ampliar la información sobre las emociones.

Paciente: Era como, no quieres decir algo equivocado o que se burlen de ti. No quieres hacer nada de lo que se puedan burlar. Así que, en realidad, sólo te quedas quieto, te proteges. Y luego no sucede nada. No consigues más amigos.

Entrevistador: Así que usted siempre tuvo miedo de cometer un error, de parecer fuera de lugar. Y eso se debía, en parte, a que usted se **sentía** fuera de lugar. ¿Así ha sido durante toda su vida adulta?

Por lo normal, desaconsejo discursos largos del entrevistador. Después de todo, mientras más habla el entrevistador, menos tiempo tiene el paciente para hacerlo. Sin embargo, algunos comentarios de resumen, como el que aparece arriba, pueden asegurar que el entrevistador ha entendido y es capaz de conectarse con el paciente.

Paciente: (asiente).

Entrevistador: ¿Y qué hay de cuando usted era niño?

Paciente: Es la única etapa en que no tenía miedo, antes de que mis padres se divorcieran. Recuerdo el primer día que vivimos aquí; mis padres dijeron: "Afuera hay un niño de tu edad, ve a jugar con él". Corrí a la calle, lo empujé en su triciclo. Nos hicimos los mejores amigos.

Entrevistador: ¿Y qué edad tenía usted entonces?

Paciente: Cinco.

Entrevistador: ¿Y esa amistad siguió así hasta que sus padres se divorciaron?

Paciente: (asiente).

Entrevistador: ¿Y qué edad tenía usted entonces?

Paciente: Mis padres se divorciaron cuando yo tenía 7 o 6, 7.

Entrevistador: ¿Después vivió con su madre o con su padre?

Paciente: Con mi mamá, en California, así que no fui un tiempo a la escuela. Mis otros hermanos vivieron con mi papá. Porque ellos iban a la escuela.

Entrevistador: ¿Y fue cuando usted tenía siete años más o menos que empezó a sentirse fuera de lugar?

Paciente: Yo creo que sí. Es decir, justo al principio; me sentía torpe en ciertas situaciones. Gradualmente me recuperaba, después todo se iba al demonio. Luego

cambié de escuelas y volvía a recuperarme. Y luego entré a la secundaria y lo perdí todo. Y nunca lo volví a recuperar.

Entrevistador: Usted lo perdió todo, ¿a qué se refiere?

Paciente: Significa que todos mis amigos se fueron a áreas diferentes de la mía, y tenía que hacer nuevos amigos, pero nunca los hice.

Entrevistador: Así que, en verdad, nunca volvió al lugar donde estaba.

Paciente: Sí, yo sólo estuve bien ahí.

Entrevistador: Regresando, entonces, a cuando usted era, digamos, adolescente, ¿se sentía deprimido entonces?

Paciente: Mmm.

Entrevistador: ¿Estaba tan deprimido como ahora?

Paciente: No, pensaba en el suicidio, pero nunca lo intenté.

Entrevistador: ¿Y cuándo fue la primera vez que lo intentó?

Paciente: Hace dos años.

Entrevistador: Ajá. ¿Fue después de que empezó a consumir drogas?

El entrevistador se esfuerza bastante por determinar la secuencia de los síntomas, ¿qué pasó primero y qué después? Esta información demostrará su importancia en el diagnóstico y para determinar qué tratamiento puede ayudar.

Paciente: (asiente).

Entrevistador: ¿Y cómo intentó hacerlo entonces?

Paciente: Traté de meterme más heroína de lo que jamás me había metido.

Entrevistador: Trató de provocarse la muerte por sobredosis de heroína.

Paciente: Sí, y tomé algunas pastillas prescritas.

Entrevistador: Y obviamente eso no sirvió.

Paciente: Correcto.

Entrevistador: ¿Lo hospitalizaron entonces?

Paciente: Sí. Desperté tres días después.

Entrevistador: Eso es bastante tiempo.

Paciente: Esa fue la vez que más cerca estuve de matarme.

Entrevistador: ¿Y trató de suicidarse otra vez después de esa ocasión y antes de esta última?

¿Te das cuenta de que el entrevistador empieza muchas preguntas con la palabra "Y"? Todos tenemos muletillas, que pueden ser molestas o útiles en cierto grado. Recomendaría analizarte a ti mismo para ver qué debe suprimirse. Sin embargo, en este caso, la repetida conjunción, en realidad, puede servir para hilar la entrevista y darle unidad mientras se avanza.

Paciente: Sí, tomé un montón de pastillas para dormir sin receta. Lo único que hicieron esas cosas fue que mi corazón se volviera loco, así que yo mismo fui a [la sala de] emergencias.

Entrevistador: Mmm.

Paciente: Y luego sentí cómo me desmayaba cuando llegué ahí. Me quemaron por dentro y eso fue... (pausa prolongada).

Entrevistador: Bueno, ahora, usted dijo que había estado oyendo voces. ¿Puede hablarme de eso?

Paciente: Tenía una idea en la cabeza, y entonces oía esta voz, como de afuera, pero dentro de mi cabeza. No sé, "Está bien, sólo hazlo".

Entrevistador: Y se refería a...

Paciente: A cualquier cosa que yo estuviera pensando.

Entrevistador: Cualquier cosa que estuviera pensando. Así que esta voz lo alentaba a actuar.

Paciente: (asiente).

Entrevistador: ¿Alguna vez dijo algo distinto?

Paciente: Me dice que no haga cosas.

Entrevistador: ¿Como qué?

Paciente: Como "En este momento es una mala idea. No lo hagas".

Entrevistador: Mmm.

Paciente: Siempre la tuve.

Entrevistador: Usted siempre tuvo esta voz. ¿Desde cuándo?

Paciente: Desde que era niño. Me ayudó a no meterme en problemas muchas veces.

Entrevistador: Ya veo. ¿Usted cree que esa voz es una persona o cosa real que está en algún lado? ¿O podría ser su propia conciencia o sus propios pensamientos?

El entrevistador fuerza al paciente a elegir entre dos opciones. Una pregunta abierta habría funcionado mejor aquí, por ejemplo: "¿O podría haber otra explicación?".

Paciente: Hasta hace poco, yo pensaba que se trataba de mi conciencia, pero se volvió tan fuerte que casi puedo verla. Y ahí fue cuando empecé a pensar que era algo más.

Entrevistador: Mmm.

Paciente: Mi hermano murió. Juro que eso tuvo algo que ver.

Entrevistador: No entiendo eso.

Paciente: A mi hermano lo mataron. Y eso tuvo algo que ver con que yo no muriera.

Entrevistador: Así que usted piensa eso.

Paciente: En ese momento yo trataba de aplicarme una sobredosis; el mismo día que salí del hospital, mi abuelo murió.

Entrevistador: ¡Vaya!

Versión taquigráfica de: "En verdad esa es una carga muy pensada para una persona". Esta clase de respuesta le indica al paciente que el clínico comprende y que le importa; éste es un buen ejemplo de palabras únicas que contribuyen a establecer el *rapport*.

Paciente: Es como si hubieran tenido que hacer un intercambio. Él por mí. Yo ya estaba a salvo.

Entrevistador: ¿Así que usted piensa que, de alguna manera, su abuelo murió para que usted pudiera vivir?

Paciente: (asiente).

Entrevistador: Esa es una responsabilidad muy grande. ¿Cómo lo hace sentir?

Paciente: Bueno, en realidad, él estaba enfermo. Y esa es la clase de tipo que él era, así que no me sorprende.

Entrevistador: ¿De qué murió él?

Paciente: Por edad avanzada.

Entrevistador: Usted dijo que su hermano murió, que lo mataron.

¡Bien por este entrevistador, que recordó preguntar por el hermano asesinado! Quizá fue gracias a la ayuda de las notas que tomó al principio de la entrevista.

Paciente: Lo apuñalaron. Y le dieron sólo dos años.

Entrevistador: La persona que lo apuñaló tuvo una condena de sólo dos años en prisión por eso. ¿Cuáles fueron las circunstancias?

Paciente: Él acababa de salir de la cárcel, mi hermano, y no sabía a dónde ir, y se quedaba a dormir en el parque con vagos. Y ellos estaba cocinando, y él fue a tomar prestada una bicicleta que no era suya, para comprar cerveza, pero no se preguntó de quién era la bicicleta. Y alguien le dijo "bájate de mi bicicleta" y lo persiguió con cuchillo en mano.

Entrevistador: Ya veo. ¿Y por qué estuvo en prisión su hermano?

Paciente: Por robar una casa.

Entrevistador: ¿Y se había metido en muchos problemas antes?

Paciente: En realidad no, sólo alcohol.

Entrevistador: Ah, bebía. Y por eso robaba casas, ¿estaba intoxicado en ese momento?

Paciente: Sip.

Entrevistador: ¿Y alguien más de su familia ha tenido problemas con drogas o alcohol?

Paciente: Sí, mi hermano.

Entrevistador: ¿Otro hermano?

Paciente: Sí, y luego mi tía y mis tíos.

Entrevistador: Así que usted tenía tías y tíos, por parte de su padres o...

Paciente: Por parte de mi madre, y luego mi padrastro.

Entrevistador: ¿Su madre consumía alcohol o drogas?

Paciente: Sip.

Entrevistador: Hábleme de eso.

Paciente: Ella bebía y fumaba mota.

Entrevistador: ¿Y aún vive?

Paciente: (asiente).

Entrevistador: ¿Aún bebe?

Paciente: No.

Entrevistador: Se enderezó. ¿Cómo sucedió eso?

Paciente: Dejó la bebida.

Entrevistador: ¿Eso le hace sentir que puede haber alguna esperanza para usted?

Paciente: Yo la dejé antes. Había estado limpio siete meses.

Entrevistador: ¿De verdad? ¡Eso es genial! ¿Cuándo pasó eso?

El elogio no era necesario, pero en el contexto parece sincero, y tal vez ayude a cimentar los sentimientos, cualesquiera que sean, que el paciente puede empezar a tener hacia el entrevistador.

Paciente: El año pasado.

Entrevistador: Y después, así nada más, volvió a caer en ella.

Paciente: Es que me seguía sintiendo mal.

Entrevistador: Quiere decir que, aunque estaba limpio y sobrio, se seguía sintiendo muy deprimido.

Paciente: Ajá. Sin esperanza. Y tenía dinero.

Entrevistador: ¿Estaba trabajando entonces?

Paciente: No, pero tenía 6 000 dólares en el banco.

Entrevistador: ¡No me diga! Vaya. Y eso no lo ayudó a sentirse ni un poco mejor.

Paciente: Nop.

Entrevistador: A pesar de que no consumía drogas ni bebía, seguía sintiéndose muy deprimido.

Paciente: (asiente).

Entrevistador: ¿Y entonces también pensaba en matarse?

Paciente: (asiente).

Entrevistador: ¿Cree que se sentía casi tan mal como ahora?

Paciente: (asiente).

- Entrevistador: Bueno, estaba preguntando por sus familiares. Ya escuché de su hermano y de su madre. ¿Qué hay de su padre? ¿Bebía o consumía drogas?
- Paciente: Mi padrastro.
- Entrevistador: ¿Qué hay de su padre biológico?
- Paciente: También consumía, pero lo dejó. Pero cuando yo era niño, él era un borracho.
- Entrevistador: Ya veo. ¿En qué trabajaba?
- Paciente: Era jefe de ventas.
- Entrevistador: ¿Y tiene algún tipo de relación con él ahora?
- Paciente: Ahora más que antes. Por un tiempo no lo vi.
- Entrevistador: Mmm. ¿Y a su madre, la ve?
- Paciente: (asiente).
- Entrevistador: ¿Cómo se lleva con ella?
- Paciente: Bastante bien, en general.
- Entrevistador: Usted sabe que su hermano murió en cierto momento, y que su abuelo murió, y estoy seguro de que usted se sintió mal cuando eso ocurrió. ¿Puede comparar cómo se siente ahora, con su depresión, y cómo se sintió cuando ellos murieron?
- Paciente: Cuando mi hermano murió, sentí alivio por él. Tuvo suerte, ya no tuvo que seguir entre toda esta basura. Lo mismo fue con el abuelo, porque tenía mucho dolor. Así que mi depresión [comparada con] eso, desearía estar con ellos.
- Entrevistador: Así que la forma en que se siente ahora es bastante distinta de cómo se sintió cuando ellos murieron, ¿cierto?

Importante afirmación de resumen, para tratar de caracterizar el tipo y grado de la depresión actual, en comparación con cómo se sienten las personas cuando un ser amado muere. Esta clase de información puede usarse para ayudar a elegir el tipo de trastorno del estado de ánimo cuando el entrevistador considere el diagnóstico diferencial.

- Paciente: Sip.
- Entrevistador: ¿Y ahora sigue sintiendo que desearía estar muerto?
- Paciente: Sí.
- Entrevistador: Usted dijo que esperaba que alguien aquí lo ayudara a morir. ¿Cree que es una expectativa realista?
- Paciente: No veo por qué no; lo hacen con la gente que tiene cáncer. Mi cerebro tiene cáncer.
- Entrevistador: Su cerebro tiene cáncer, ¿qué quiere decir con eso?
- Paciente: Pensamientos cancerosos.
- Entrevistador: Pensamientos cancerosos. Bueno, supongamos que con medicamentos o con otro tratamiento su cerebro puede superar estos pensamientos cancerosos.
- Paciente: Sip, bueno, eso sería otra cosa.
- Entrevistador: Eso sería algo diferente.
- Paciente: Algo así hacía la heroína. La cuestión con la heroína es que sólo apaga los pensamientos cancerosos. Pero no me hace sentir mejor. No quiero vivir con nadie. Sólo quiero estar sentado en un cuarto y ver televisión, y que los pensamientos cancerosos se apaguen. Y por eso lo hago.
- Entrevistador: ¿Le parece que cuando usa heroína es para apagar algunos de estos pensamientos realmente malos y negativos que tiene?
- Paciente: Exacto.
- Entrevistador: Usted mencionó que oía estas voces. ¿Alguna vez ha tenido otras experiencias que la mayoría de las personas no tiene?

Buen uso de la transición, retomando las propias palabras del paciente y usándolas como puente para otras preguntas sobre fenómenos mentales.

Paciente: Oh, no.

Entrevistador: Por ejemplo, ¿tiene visiones?

Paciente: Sip.

Entrevistador: Hábleme de eso.

Paciente: Tengo visiones de mí colgando.

Entrevistador: ¿Se refiere a colgando, como de una soga?

Paciente: Tengo visiones de mí estrellando mi carro en una pared de ladrillos. Tengo visiones de mí saltando del andén de un tren, justo bajo el tren.

Entrevistador: ¿Esas visiones son algo que usted realmente ve, del mismo modo en que me ve ahora? ¿O es más como algo que sucede en una pantalla de su mente?

Paciente: No, lo veo.

Entrevistador: Realmente lo ve. ¿Lo ve igual de claro que me ve a mí?

Paciente: Sip.

Entrevistador: ¿Y alguna vez ha tenido la sensación o la idea de que las personas estaban confabulando contra usted de alguna manera, tratando de hacerle daño?

Paciente: No.

Entrevistador: ¿Que lo espíen?

Paciente: Espiarme, sip.

Entrevistador: Hábleme de eso.

Paciente: Los polis hacen esas cosas. Tratan de detenerme.

Entrevistador: Ajá. Así que usted pensaba que la policía podría tratar de detenerlo para que no se hiciera daño.

Paciente: Sip. Hay cámaras por todos lados.

Entrevistador: En esta sala hay cámaras, es cierto. ¿Qué hay del exterior? ¿Siente que hay cámaras por todos lados?

Paciente: Es casi lo mismo. Vas a las tiendas, y ahí hay. Hay cámaras en las lámparas de las calles, en los semáforos.

Entrevistador: ¿Alguien de su familia ha tenido algún otro padecimiento mental aparte del consumo de alcohol y drogas?

Ups. Este sería un excelente momento para preguntar si las cámaras se enfocan sólo en él, o si su función es observar a todo mundo. La segunda opción, por supuesto, reduciría la preocupación.

Paciente: (dice que no con la cabeza).

Entrevistador: Depresión.

Paciente: Sip, mi padastro.

Entrevistador: Su padastro.

Paciente: Le hizo a las drogas y las dejó, y ha estado limpio por 6 o 7 años. El otro día tuvo que ir a casa porque estaba muy deprimido.

Entrevistador: ¿Alguien más aparte de su padastro?

Paciente: No.

Entrevistador: ¿Alguien de su familia que tenga esquizofrenia?... ¿algún tipo de psicosis o locura?... ¿alguien más que haya tratado de matarse?

El entrevistado hace una pausa después de cada pregunta, para permitir que el paciente piense un poco en la respuesta.

Paciente: (dice que no con la cabeza a cada una de las preguntas anteriores).

Entrevistador: Veamos, usted tenía dos hermanos. ¿Hay algún otro hermano o hermana?

Paciente: No.

Entrevistador: Usted es el mayor o...

Paciente: El menor.

Entrevistador: Usted es el menor. ¿Qué edad tiene?

Paciente: Treinta y uno.

Entrevistador: Ajá. Y mencionó sus experiencias de niño. ¿Hasta qué grado fue a la escuela?

Paciente: De todo tipo...llegué hasta el bachillerato y lo terminé. Fui a la universidad un rato.

Entrevistador: ¿Y qué clase de trabajos ha tenido?

Paciente: He hecho alfombras; trabajé en un autolavado; entregando pizza. He trabajado en almacenes.

Entrevistador: ¿Le gusta trabajar?

Paciente: Sí.

Entrevistador: Lo hace sentir bien el trabajo.

Paciente: Sí.

Entrevistador: ¿Cuánto tiempo ha estado en el empleo en el que más ha durado?

Paciente: cinco años

Entrevistador: Eso está bastante bien. ¿Cuál fue?

Otro elogio. Una buena regla es nunca decir algo elogioso a menos que en verdad se crea que está justificado. Parece que el entrevistador sigue esta regla.

Paciente: De repartidor de pizza.

Entrevistador: ¿Y una vez que salga de aquí, cree que intentará conseguir otro empleo?

Paciente: He estado intentando, pero nadie me llama. Por eso perdí las esperanzas.

Entrevistador: Claro. Su hermano estuvo en prisión por un tiempo. ¿Alguna vez ha tenido problemas como los de él?

El entrevistador usa información previa como puente para entrar a un tema que podría ser delicado.

Paciente: Nunca.

Entrevistador: Y usted mencionó a su novia. ¿Alguna vez ha estado casado?

Paciente: No.

Entrevistador: ¿Ha tenido muy pocas novias?

Paciente: Sí.

Entrevistador: ¿Por lo general, sus relaciones con mujeres han sido satisfactorias?

Paciente: Sí.

Entrevistador: ¿Satisfacción sexual?

Paciente: Está bien.

Entrevistador: ¿Y qué hay de cuando estaba realmente deprimido? ¿Su interés en el sexo es diferente cuando está muy deprimido?

El entrevistador se ha tardado mucho en preguntar acerca de la libido y no fue sino hasta que el curso de la conversación permitió introducirlo de manera natural y que el paciente se habituó al máximo al proceso de la entrevista.

Paciente: No lo hago.

Entrevistador: Simplemente no lo hace. ¿No le interesa? ¿Cómo ha sido su salud física?

Paciente: Buena.

Entrevistador: ¿Ha tenido alguna dificultad que haya requerido una cirugía?

Paciente: Me duele la espalda.

¿Pero ha sido operado alguna vez? En el contexto, parece razonable suponer que no, pero un objetivo de la entrevista es la exactitud.

Entrevistador: ¿Alguna vez ha estado inconsciente, además de la ocasión en que fue atropellado por el camión?

Paciente: (dice que no con la cabeza).

Entrevistador: ¿Ha sido internado en un hospital, además del psiquiátrico?

Paciente: Sólo cuando era niño. Me caí de cabeza, como de 2.5 m de altura.

Entrevistador: ¡Vaya!

Paciente: Estaba jugando a las escondidillas y aterricé de cabeza. Me fracturé las dos muñecas. Tuve una conmoción cerebral.

Entrevistador: ¿Y cuánto tiempo duró la conmoción?

Paciente: Sólo un instante, pero estuve mareado todo el día.

Entrevistador: Ya veo. ¿Entonces se recuperó muy rápido?

Paciente: Sip. Pasé esa noche en el hospital.

Entrevistador: Ahora, sé que ha tenido dificultades con la depresión por algo de tiempo. ¿Ha usado algún tratamiento con antidepresivos?

Paciente: Sólo pastillas.

Entrevistador: ¿Qué clase de pastillas ha tomado?

Paciente: Lexapro, Wellbutrin y Depakote.

Entrevistador: ¿Y notaba alguna diferencia tomando esas pastillas?

Paciente: Ajá.

Entrevistador: ¿Cuánto tiempo las estuvo tomando?

Paciente: Lexapro, cuatro meses, y un mes Wellbutrin y Depakote.

Entrevistador: ¿Y por qué dejó de tomarlas?

Paciente: El Lexapro me hacía sentir cansado y me afectaba el estómago. Lo mismo pasó con el Depakote y el Wellbutrin.

Entrevistador: ¿Sabe cuál era la dosis que tomaba de cada uno de estos medicamentos?

Paciente: No.

Entrevistador: ¿Tomaba varias pastillas de cada una al día?

Paciente: Sip. Cuatro de Depakote, y una o dos de Wellbutrin.

Entrevistador: ¿Y de Lexapro?

Paciente: Creo que eran dos.

Para tratar de determinar lo adecuado del tratamiento previo, el entrevistador ha buscado esta información, como un terrier cazando una rata.

Entrevistador: ¿Ha tomado algún tipo de psicoterapia?... ¿terapia de grupo?... ¿terapia cognitivo-conductual?

Paciente: (a cada pregunta) No.

Entrevistador: Nada de eso. Ahora, algunas personas que tienen depresión, a veces también presentan sentimientos opuestos, en los que se sienten eufóricos o demasiado felices, en la cima del mundo. ¿Alguna vez le ha pasado a usted?

Paciente: Sip.

Entrevistador: ¿Podría hablarme de eso?

Paciente: Como el otro día; tenía una multa por no usar el cinturón de seguridad. Tomé una clase de 20 dólares —era una multa de 200— y anularon la multa.

Entrevistador: Eso lo hizo sentir muy bien.

Paciente: Sip. Aunque no tenía nada en mi cartera; [nada] que comer y casi nada de gasolina.

Entrevistador: Ya veo. ¿Cuánto tiempo duró ese sentimiento?

Paciente: ¡Ja! Cinco minutos.

Entrevistador: ¿Alguna vez tuvo sentimientos de este tipo que duraran varios días?

Paciente: No.

Entrevistador: Ahora, ¿ha tenido otras experiencias importantes de las que aún no haya hablado?

El entrevistador está lanzando un anzuelo, para darle la oportunidad al paciente de que discuta cualquier otra cosa que tenga en mente. En esta ocasión, resultó negativo, pero es buena idea lanzar un anzuelo de estos al menos una vez en cada entrevista inicial.

Paciente: No.

Entrevistador: ¿Alguna vez ha tenido pensamientos que le parezcan absurdos o ton-tos, a los que vuelve una y otra vez?

Paciente: No.

Entrevistador: ¿Tiene algún temor o fobia?

Paciente: Sip.

Entrevistador: Como...

Paciente: Miedo a hablar en público, miedo a ahogarme, miedo de morir quemado, miedo al fracaso, miedo de que se rían de mí.

Entrevistador: ¿Estos miedos lo obligan a cambiar su modo de vida de alguna manera?

Paciente: Sip, los evito.

Entrevistador: ¿Qué clase de cosas evita?

Paciente: Evito conocer gente nueva. Evito cualquier cosa que pueda herirme.

Entrevistador: Si tiene que hablar en público, ¿puede hacerlo aunque le sea incómodo, o no lo hace en absoluto?

Paciente: Bueno, ir a la escuela, nosotros nunca tuvimos que hacerlo. Pero lo habría hecho.

Entrevistador: Así que usted lo habría hecho, pero eso no lo haría sentirse feliz.

Paciente: O lo habría hecho muy mal.

Entrevistador: ¿Alguna vez tuvo ataques de pánico, en el que sintiera que algo terrible le iba a pasar, y que su corazón latía sumamente rápido?

Paciente: Me pasaba todo el tiempo.

Entrevistador: ¿Le sigue ocurriendo?

Paciente: Mal plan. Lo odio.

Entrevistador: ¿Qué clase de cosas lo desencadenan?

Paciente: Cualquier cosa. Puedo estar jugando basquetbol; lo siguiente que sé es que siento venir uno. Mis testículos se ponen fríos; sensaciones extrañas. Sé de qué se trata; sólo trato de que se me pase. Me deja mareado y [me hace] sentir como si tuviera que vomitar.

Entrevistador: ¿Con qué frecuencia tiene estas experiencias?

Paciente: Depende. A veces, cuando pasan, es como cuatro o cinco veces al día. A veces no me pasan durante un mes.

Entrevistador: ¿Alguna vez ha hablado con un médico sobre esto?

Paciente: Dijo que era un ataque de ansiedad. Me dio Xanax.

Entrevistador: ¿Lo ayudó?

Paciente: Sip.

Entrevistador: Desde luego, también hay problemas con el Xanax. Las personas se pueden acostumbrar a usarlo y quieren tomarlo.

Esta respuesta casi es una intervención: el clínico aventura una opinión (aunque tentativa) sobre los peligros de ciertos medicamentos. Sin embargo, es probable que no haya daño en el contexto de un paciente que tiene experiencia considerable con el abuso de sustancias y que ya ha intentado suicidarse varias veces.

Paciente: Aun así, me hacía sentir cansado. Me daban una pastilla y yo la partía en cuatro.

Entrevistador: ¿Es muy preocupón?

En realidad, un comentario o puente sería bienvenido aquí, algo para indicar que el entrevistador comprende la importancia de que el paciente no abuse del Xanax (por ello, no estaría de más hacer una pregunta para estar seguros de que el paciente no ha abusado del Xanax). En todo caso, el entrevistador podría decir algo como: "Creo que entiendo un poco sobre el Xanax. Continuemos con algo más, ¿le parece?", y luego preguntar sobre las preocupaciones.

Paciente: Sip, me preocupo.

Entrevistador: ¿Qué le preocupa?

Paciente: Todo... lo que vaya a pasar después... a dónde iré saliendo de aquí... cómo puedo controlar esto...todo lo que no está bajo mi control; me preocupo.

Entrevistador: (con un "ajá" por cada una de las preocupaciones mencionadas) ¿Ha buscado ayuda de organizaciones como AA o NA para tratar el abuso de drogas?

Paciente: Sip.

Entrevistador: ¿Y qué clase de ayuda recibió?

Paciente: AA, ahí fue donde duré siete meses limpio. Dejé de ir porque había muchas personas nuevas. Hablaban de cuánta droga tenían y yo decía "No quiero oír de eso".

Entrevistador: ¿Fue una experiencia deprimente para usted?

Paciente: Sip, me hacía querer sólo más drogas.

Entrevistador: Pero entonces volvió a caer en las drogas.

Paciente: Sip.

Entrevistador: Tengo curiosidad por algo que usted dijo antes. No estaba trabajando, pero tenía 6 000 dólares en el banco. Me preguntaba cómo podía ser.

Paciente: Los conseguí en un accidente de coche. El acuerdo fue de 6 000.

Entrevistador: Ya veo. Y se los gastó bastante rápido entonces, ¿no?

Paciente: En un par de meses.

Entrevistador: ¿En drogas?

Paciente: Drogas y cuartos de hotel, porque no tenía dónde vivir.

Entrevistador: Bueno, está bien. Creo que he entendido bien lo que le ha sucedido a usted. Ahora me gustaría cambiar la dirección y hacerle un par de preguntas de una prueba si es posible. ¿Cuál es la fecha de hoy?

Esta transición es un aviso explícito de que el entrevistador tiene la información necesaria y quiere pasar a otra cosa.

Paciente: (dice día, mes y año de forma correcta).

Entrevistador: ¿Y en dónde estamos justo ahora?

Paciente: (responde bien).

Entrevistador: Veamos, ¿le mencioné mi nombre, me lo puede decir?

Paciente: Dr. _____.

Todas las pruebas de memoria en una entrevista son sólo aproximaciones, y ésta —sólo el nombre del entrevistador— es bastante tosca. Pero en combinación con la evidente claridad del pensamiento del paciente durante los 40 minutos anteriores, más o menos, el entrevistador evidentemente considera justificado no entrar en más detalles sobre el tema de la memoria.

Entrevistador: Bien. ¿Puede decirme quién es el presidente?

Paciente: (con más ayuda, nombra varios presidentes anteriores en orden correcto).

Entrevistador: Sé que le han pedido que haga cosas como restar de siete en siete empezando de 100. ¿Le importaría hacerlo ahora?

Paciente: Noventa y tres.

Entrevistador: Bien, siga restando de siete en siete hasta llegar a menos de 60.

Paciente: De acuerdo, 93, 86, 79, 72, 67... Ya me equivoqué.

Entrevistador: (después de una pausa prolongada, mientras el paciente batalla) Bueno, lo hizo muy bien en realidad.

Paciente: ¿En serio?

Entrevistador: Llegó más lejos que la mayoría de las personas.

Paciente: ¿Lo hice bien?

El paciente muestra una ilusión conmovedora de que le digan que hizo bien las cosas. Esto sugiere su grado de dependencia. Está bien decir que hizo algo bien si está justificado, pero no cuando es evidente que no fue así.

Entrevistador: Todas, excepto la última. Y con esto terminan las preguntas que le quería hacer el día de hoy. Muchas gracias por su tiempo.

Mientras establecía y mantenía un buen grado de *rapport*, el entrevistador obtuvo una gran cantidad de material pertinente para el diagnóstico y tratamiento del paciente. En 45 minutos obtuvo información de cada una de las ocho áreas de interés clínico. Además, averiguamos bastante (*aunque ni cerca de ser suficiente*) acerca de los antecedentes personales y sociales del paciente.

Sin embargo, todas las entrevistas tienen defectos y ésta no fue la excepción. Sin pensarlo, puedo enumerar media docena de puntos que no se abordaron de manera adecuada o que no se tocaron en absoluto. ¿Cuántos puedes encontrar tú?

INFORME ESCRITO

Datos de identificación: ésta es una nueva hospitalización psiquiátrica de Marco Carlin, hombre de 30 años de edad, soltero, blanco.

Motivo de consulta: "Desesperanza, desesperación, ningún lugar a donde ir, excepto el cielo."

Informantes: sólo el paciente.

Historia del padecimiento actual: el señor Carlin fue internado en el hospital después de un intento de suicidio, en el que un camión lo atropelló mientras él corría en medio del tránsito. Había estado experimentando una depresión grave, caracterizada por sentimientos de desesperanza y de no valía durante unos siete meses, apuntalados en una larga histo-

ria de depresión que se remonta muchos años atrás. Antes de la admisión al hospital, sufría de insomnio (despertares intermedios y al final del sueño) y tenía poco apetito; perdió 5 kg en una semana. Sin embargo, desde que entró al hospital, su sueño y apetito han mejorado. En este periodo de siete meses de depresión grave, mantuvo su interés por la televisión y el hijo de su novia, aunque su libido se ha reducido de manera notable. Su concentración ha disminuido un poco; las personas que le agradan sólo lo distraen por poco tiempo. Admite tener sentimientos de culpa y cree que merece un castigo o la muerte. Parece sentirse peor ahora que cuando experimentó las muertes de su hermano y abuelo; en el caso de este último, el deceso fue un alivio. Aparte de unos cuantos minutos a un suceso afortunado, niega tener periodos de entusiasmo.

Los tratamientos pasados para la depresión incluyen Lexapro (cuatro meses, dos tabletas al día), Wellbutrin (un mes, 1 o 2 tabletas al día) y Depakote (un mes, cuatro tabletas al día). Nunca ha estado en terapia cognitivo-conductual, terapia de grupo u otro tipo de psicoterapia.

Algunos de los sentimientos de culpa del señor Carlin se centran en su consumo de drogas, que se ha mantenido, al menos, en los dos años anteriores. Gasta casi 20 dólares al día en heroína y otros 20 en cocaína, y siente que ha tenido un grave problema de consumo de drogas. Ansía las drogas justo ahora y siente que volvería a consumirlas. La heroína apaga sus pensamientos inaceptables. Afirma que se ha sentido gravemente deprimido, incluso cuando no consume drogas ni bebe alcohol.

Sin embargo, otra área de interés son las alucinaciones auditivas. Afirma que durante años (“Siempre la tuve”) ha oído una voz que le dice cosas, como “Sólo hazlo” y “En este momento, esa es una mala idea; no lo hagas”. Dice que esta voz lo ayudó muchas veces cuando era niño. Solía considerarla la voz de su conciencia, pero de manera reciente se ha vuelto tan fuerte que casi puede “verla”.

Historia personal y social: desde niño, el señor Carlin sentía que no encajaba. Se percibía torpe, cambiando varias veces de escuela y teniendo que hacer nuevos amigos; de adolescente, se sentía deprimido, aunque sin ideas suicidas. Sus padres se divorciaron cuanto tenía alrededor de siete años de edad; después de eso, vivió con su madre en California. Sus dos hermanos mayores vivieron con su padre. Considera que tiene una relación bastante buena con su padre biológico y con su madre. Se graduó del bachillerato y asistió poco tiempo a la universidad. Ha tenido varios empleos, como instalar alfombras, trabajar en un autolavado y (durante cinco años) entregar pizzas. Sin embargo, últimamente no ha tenido trabajo y ha intentado sin éxito encontrar otro. Nunca se ha casado, pero ha tenido novias. Cuando no está deprimido, no tiene dificultades con la satisfacción sexual.

La historia de su familia comprende numerosos familiares que han abusado de sustancias, incluyendo a su padre biológico, jefe de ventas, que bebió desde muy joven. Un hermano estuvo en prisión.

La salud física del señor Carlin ha sido buena en general. A los ocho años de edad, el paciente se golpeó la cabeza en una caída y pasó la noche en el hospital por una conmoción cerebral. Se queja de dolor de espalda, pero no ha tenido cirugías; no toma otros medicamentos, aparte de los que requiere su padecimiento mental.

Examen del estado mental: el señor Carlin aún desearía estar muerto y que alguien del hospital lo ayude a morir para librarlo de sus “pensamientos cancerosos”. Piensa que es una expectativa razonable. Ha tenido alucinaciones visuales claras de sí mismo colgando de una soga, estrellando su coche en una pared o saltando del andén de una estación de trenes. Aunque dice no tener ideas persecutorias, admite tener la sensación de que la policía lo está espionando —la evidencia es que hay cámaras por todos lados—. Está orientado en relación con el espacio, tiempo y personas; su fondo de conocimientos (presiden-

tes) es bueno; y su memoria remota y la retención/recuerdo están intactas. Su concentración es bastante buena; restó de 100 de siete en siete con sólo un error.

Aunque no sacó estos temas de manera espontánea, admite tener algunos miedos (a ahogarse, al fracaso, a morir quemado, a hablar en público, que se burlen de él). En consecuencia, dice que evita a las personas y situaciones que podrían hacerle daño, pero admite que si lo llamaran a hablar frente a un público, probablemente lo haría. Rechaza tener ideas obsesivas, pero admite sufrir ataques de pánico.

Impresión

Diagnóstico diferencial

1. Trastorno del estado de ánimo
Depresión secundaria a un trauma en la cabeza.
Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, con características depresivas.
Trastorno depresivo mayor, recurrente, posiblemente con distimia.
Trastorno bipolar I.
Trastorno bipolar II.
2. Abuso de sustancias
Trastorno de uso de cocaína, moderado.
Trastorno de uso de heroína, moderado.
3. Posible trastorno de ansiedad
Trastorno de ansiedad social.
Trastorno de ansiedad generalizada.
Trastorno de pánico.
Agorafobia.
4. Posible psicosis
Trastorno psicótico inducido por sustancias.
Trastorno depresivo mayor, grave, con características psicóticas.
Esquizofrenia.
5. Posible trastorno de la personalidad no especificado, con rasgos de evitación y esquizoides.
Diagnósticos físicos: atropellado de manera reciente por un camión.
Problemas psicosociales: desempleado y sin casa.
Evaluación global del funcionamiento:
15 (actual).
70 (el más alto del año pasado).

FORMULACIÓN

Resumen

Este hombre de 30 años de edad, soltero, blanco, entró al hospital después de que intentó suicidarse, provocando que un camión en movimiento lo atropellara en la carretera. Ha tenido depresión de distintos grados desde que tenía alrededor de siete años de edad; su depresión se ha complicado en fechas recientes debido al uso de cocaína y heroína. Ha sido tratado con varios

fármacos, en gran parte sin resultados positivos. En fechas recientes ha estado desempleado y hoy día no tiene casa.

Diagnóstico diferencial

Depresión. La depresión mayor tiene sustento en la presencia de numerosos criterios y una historia de repetidos intentos de suicidio. El señor Carlin afirma que su depresión antecedió al uso de drogas y se mantiene incluso cuando no las consume. Los síntomas depresivos duraderos favorecen la coexistencia de distimia.

Psicosis. El señor Carlin no cumple con suficientes síntomas del criterio A para el diagnóstico de esquizofrenia del DSM-5, y hay algo un poco menos que convincente en relación con sus alucinaciones auditivas. Sus síntomas parecen insuficientemente congruentes con el estado de ánimo de una depresión mayor con psicosis. La cantidad del uso reciente de sustancias parece insuficiente para pensar en el trastorno psicótico inducido por sustancias. No obstante, debe observarse con atención si surgen síntomas de psicosis en los próximos días.

Abuso de sustancias. Aunque el grado de su consumo de sustancias no quedó precisado en la entrevista, es casi irrelevante. Es evidente que el uso de cocaína y heroína ha interferido en su vida y puede subyacer en la depresión actual.

Trastorno de ansiedad. El paciente reconoció tener síntomas de diferentes trastornos de ansiedad. Hay información insuficiente para sustentar un diagnóstico sólido; de hecho, sus respuestas a las preguntas indican que puede haberse quejado en exceso en el transcurso de la entrevista.

Trastorno de la personalidad. Se encuentra sustento para diagnosticar algún trastorno de la personalidad en una posible conformidad excesiva con las preguntas de la entrevista y en la larga historia de consumo de drogas. El diagnóstico será demorado por ahora, a la luz de las principales posibilidades diagnósticas arriba mencionadas.

Mejor diagnóstico

El diagnóstico más urgente que se debe señalar es el trastorno depresivo mayor, junto con el abuso de cocaína y heroína.

Factores que intervienen

La historia familiar (padre, hermano) está relacionada de manera íntima con el abuso de sustancias del señor Carlin. El divorcio de los padres cuando el paciente era niño puede haber contribuido al trastorno del estado de ánimo. El uso de sustancias y la depresión pueden exacerbarse de forma mutua.

Información adicional requerida

Además de los expedientes médicos anteriores y las impresiones de otros clínicos, entrevistar a los padres podría ayudar a desenredar los hilos de la depresión y el uso de sustancias del señor

Carlin, así como resolver cuestiones relacionadas con posibles trastornos de ansiedad y psicosis. Las entrevistas subsiguientes deben revelar otros detalles que no se han abordado todavía, incluyendo los medios de apoyo actuales, historia religiosa y servicio militar.

Plan de tratamiento

- Intentar de nuevo con medicamentos antidepresivos.
- Psicoterapia (tal vez terapia cognitivo-conductual) dirigida a los sentimientos de depresión.
- Programa de doce pasos para el abuso de sustancias.
- Remitirlo a una institución que lo ayude a encontrar casa y empleo.

Pronóstico

Si el diagnóstico de depresión mayor es exacto y el paciente responde al fármaco y a la terapia cognitivo-conductual, eso podría constituir una plataforma de la cual partir para manejar el consumo de sustancias. Por otro lado, si el consumo de sustancias no puede tenerse bajo control, el manejo de la depresión podría resultar muy difícil. El pronóstico se complica por la posibilidad de un trastorno de la personalidad.

Una entrevista semiestructurada

Por décadas, los clínicos han usado entrevistas estructuradas y semiestructuradas para reunir datos en el área de atención a la salud. Estos instrumentos son más eficaces que las entrevistas tradicionales espontáneas para producir diagnósticos principales exactos y descubrir diagnósticos secundarios. Por ejemplo, un estudio encontró que la Entrevista Clínica Estructurada del DSM identificó cinco veces más diagnósticos clínicos que los documentados en los expedientes de los pacientes. En este sentido positivo, los instrumentos estructurados pueden rechazar diagnósticos clínicos no justificados; un estudio de pacientes sin hogar encontró que las entrevistas estructuradas identificaron menos casos de trastorno de la personalidad antisocial que los métodos clínicos tradicionales.

Escribí este apéndice no con el fin de reemplazar la entrevista clínica de un adulto, sino como ayuda en cubrir el terreno necesario del diagnóstico más completo posible. Aunque las preguntas ofrecen material para hacer los diagnósticos, no se califican solas. Por ejemplo, se debe valorar si un paciente deprimido tiene un trastorno depresivo mayor, un episodio depresivo bipolar o distimia y, si es una de las primeras dos, si hay algo que la especifique (como **malestar ansioso, con características melancólicas o con un patrón estacional**). En muchos momentos, se tendrán que pedir detalles; si la entrevista fue aplicada por un técnico, ese trabajo estará hecho para ti. Esta guía está dirigida a profesionales del área de la salud mental que ya cuentan con bases en los trastornos mentales.

Las preguntas exploratorias (en **negritas**) aparecen dos veces: inmediatamente abajo y, otra vez, al principio de cada conjunto diagnóstico (hay cierta evidencia de que hacer **primero** todas las preguntas básicas ayuda a desalentar la tendencia a decir “no” una vez que la persona descubre que las respuestas afirmativas llevan a más cuestionamientos). Si se obtienen respuestas negativas a una serie de preguntas, es posible omitir las preguntas para profundizar en un tema y continuar con otra serie.

Las últimas dos secciones no contienen preguntas exploratorias, pero no hay que omitirlas. Recordarán la tremenda amplitud de la información que se necesita acerca de los antecedentes, personalidad, sentimientos y conducta general del paciente.

Por cierto, algunas preguntas aparecen en secciones que no corresponden de forma exacta a las revisiones recientes de los manuales diagnósticos. Por ejemplo, agrupé los trastornos del juego con otros desórdenes del control de impulsos, no con los del uso de sustancias. Esto se debe a que los manuales diagnósticos tratan de ubicar los trastornos en grupos relacionados de manera científica que no siempre siguen los síntomas que se observa en la práctica clínica. Para facilitar la aplicación, acostumbro quedarme con las agrupaciones más tradicionales.

PREGUNTAS EXPLORATORIAS

- A1. ¿Ha habido alguna etapa en que se sintiera por lo general cabizbajo, deprimido o triste?
- A2. ¿En algún momento ha sentido que no disfrutaba sus actividades cotidianas ni obtenía placer de ellas la mayor parte del tiempo?
- B1. ¿Ha tenido alguna temporada en que se sintiera lo opuesto de deprimido; esto es, que sin razón se sentía feliz, eufórico o “demasiado feliz”?
- B2. ¿Alguna vez notó (usted u otras personas) que estaba inusualmente enojado, irritable o malhumorado?
- B3. ¿Ha tenido momentos mucho más activo de lo acostumbrado?
- C1. ¿Ha tenido ataques en los que de repente se sienta en extremo ansioso, temeroso o inquieto?
- C2. ¿Ha vivido un ataque súbito en el que sienta desmayarse, que no pueda respirar o que su corazón se acelere?
- D1. ¿Ha tenido miedos o fobias relacionados con alguna cosa? Por ejemplo, animales (como arañas, perros, serpientes); sangre, agujas o inyecciones; alturas; viajes en avión; estar encerrado; tormentas; sonrojarse; comer en público; hablar, cantar o tocar un instrumento musical frente al público.
- D2. ¿Ha sentido ansiedad por estar en un lugar o situación (como en una tienda o una sala de cine), un espacio del que tendría dificultades para escapar o donde podría no haber ayuda disponible si tuviera un ataque de pánico?
- E1. ¿Alguna vez ha tenido ideas o pensamientos que se le presenten de forma constante, pensamientos a los que trata de resistirse, pero no puede?
- E2. ¿Lleva a cabo actividades que tiene la necesidad de hacer una y otra vez, como lavarse las manos, revisar la estufa o contar las cosas?
- F1. ¿Alguna vez ha tenido una experiencia traumática, estresante, que note sigue reviviendo o necesita evitar?
- G1. ¿Se preocupa gran parte del tiempo?
- G2. ¿Qué le preocupa?
- H1. ¿Alguna vez ha tenido experiencias poco comunes, como ver visiones u oír voces que otras personas no pueden ver ni oír?
- H2. ¿Percibe sabores u olores que otros no pueden, o siente cosas en su piel o en su cuerpo que los demás no?
- J1. ¿Alguna vez ha sentido que lo espían, hablan a sus espaldas o trabajan en contra suya de algún otro modo?
- J2. ¿Alguna vez ha sentido que tiene alguna clase de misión especial en la vida, quizá un propósito o llamado de origen divino?
- J3. ¿Ha tenido otra experiencia extraña semejante que no pueda explicar?
- K1. ¿Ha consumido alcohol o drogas de la calle?
- K2. ¿En cierto momento ha tomado fármacos prescritos o sin receta de una manera diferente a la recomendada o prescrita?
- K3. ¿Ha sentido que bebe o consume drogas en exceso?
- K4. ¿En alguna ocasión otras personas han manifestado preocupación por su forma de beber o su consumo de drogas?
- L1. ¿Cómo ha sido su memoria? Me gustaría hacerle una prueba si está de acuerdo.
- L2. ¿Ha tenido experiencias o periodos de su vida que no pueda recordar después?
- L3. ¿Se ha encontrado en un lugar extraño sin poder recordar cómo llegó ahí?
- M1. ¿Su salud general siempre ha sido buena?

- M2.** ¿Ha tenido mucha atención médica por diferentes enfermedades?
- N1.** ¿Alguna vez se ha sentido gordo, a pesar de que la gente dice que está delgado?
- N2.** ¿Se ha provocado vómito por sentirse muy lleno?
- N3.** ¿Se ha dado atracones en los que come con rapidez mucho más de lo normal?
- P1.** ¿En cierto punto ha sentido o temido que hay algo tremendamente mal con usted en cuestiones físicas, padecer alguna enfermedad grave que los doctores no pueden determinar?
- Q1.** ¿Ha sentido que hay algo con su cuerpo o apariencia que no está bien, algo que otras personas parecen no reconocer?
- R1.** ¿Se enoja con facilidad?
- S1.** ¿Actúa de modo impulsivo?
- S2.** ¿Hace cosas como arrancarse cabellos... volverse destructivamente agresivo... robar de las tiendas... iniciar incendios? (hacer pausas para que el paciente responda a cada síntoma).
- T1.** ¿Practica juegos de apuesta?
- U1.** ¿Tiene algún familiar consanguíneo —me refiero a padres, hermanos, abuelos, hijos, tíos, primos o sobrinos— que haya tenido síntomas como los suyos?
- U2.** ¿Alguno de estos familiares ha tenido un padecimiento mental, incluyendo depresión... manía... psicosis... esquizofrenia... nerviosismo... ansiedad grave... hospitalización psiquiátrica... suicidio o intento de suicidio... alcoholismo o abuso de otras sustancias... o una historia de conducta criminal? (hacer pausas para que el paciente responda a cada padecimiento).

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

- A1.** ¿Ha habido alguna etapa en que se sintiera por lo general cabizbajo, deprimido o triste?
- A2.** ¿En algún momento ha sentido que no disfrutaba sus actividades cotidianas ni obtenía placer de ellas la mayor parte del tiempo?

Si responde "sí" a alguna de estas preguntas:

¿Se sentía de ese modo la mayoría de los días?

¿Cuánto tiempo duraban estos periodos?

¿Cuántos de estos periodos ha tenido?

¿Se siente de ese modo ahora?

¿Alguna vez se recuperó por completo de uno de esos periodos de tristeza?

¿Qué tan grave es/fue la experiencia? ¿Afectó su trabajo, su vida en casa o su vida social?

¿Alguna vez ha recibido tratamiento para la depresión? Si así fue, ¿cuáles fueron los detalles?

¿Fue hospitalizado?

Durante un periodo típico de depresión:

¿Se redujo su apetito?

¿Bajó de peso? Si así fue, ¿cuánto?

¿Su sueño cambia? Si es así, ¿aumenta o disminuye? ¿Eso lo afecta la mayoría de los días?

¿Tiende a despertarse muy temprano en la mañana y no puede volver a dormirse?

¿Suele sentirse mejor en la mañana o en la tarde, o no hay diferencias?

¿Se siente lento o acelerado? Si es así, ¿por lo general, los demás pueden notarlo?

¿Se siente inusualmente cansado o sin energía? Si es así, ¿le ocurre la mayoría de los días?

¿Siente que no vale nada o que es más culpable de lo justificado por algo, no sólo de sentirse enfermo? Si es así, ¿le ocurre la mayoría de los días?

¿Es usted indeciso o tiene dificultades para enfocar su concentración? Si es así, ¿le ocurre la mayoría de los días?

¿Piensa en morir?

Si es así, ¿con qué frecuencia tiene este pensamiento?

¿Considera suicidarse?

Si es así, por favor hábleme más al respecto.

¿Alguna vez ha intentado suicidarse?

Si es así, ¿cuándo? ¿Cómo?

¿Fue física/médicamente grave?

¿Psicológicamente grave?

Cuando está deprimido, ¿siente pesados como plomo sus brazos o piernas?

Cuando está deprimido, ¿alguna vez se ha sentido tan mal que oye o ve cosas que otros no pueden oír o ver? Si es así, ¿cuáles son los detalles?

Cuando está deprimido, ¿alguna vez ha pensado que merece sentirse así de mal, o que otras personas tratan de dañarlo o trabajan en su contra de alguna otra manera? Si es así, ¿cuáles son los detalles?

Cuando está deprimido, ¿ha sentido que no hay esperanza o que las cosas son vanas?

Cuando está deprimido, ¿se siente mejor cuando algo bueno sucede (por ejemplo, cuando está con amigos o si consigue un aumento?).

Cuando está deprimido, ¿es diferente a la manera en que se sentiría si, digamos, una persona cercana a usted muriera?

Cuando está deprimido, ¿deja de sentir placer por casi cualquier cosa?

¿Tiende a deprimirse en una época particular del año? Si es así, ¿cuáles son los detalles?

¿Usted es la clase de persona que suele (no sólo cuando está deprimido) ser muy sensible al rechazo?

B1. ¿Ha tenido alguna temporada en que se sintiera lo opuesto de deprimido; esto es, que sin razón se sentía feliz, eufórico o “demasiado feliz”?

B2. ¿Alguna vez notó (usted u otras personas) que estaba inusualmente enojado, irritable o malhumorado?

B3. ¿Ha tenido momentos mucho más activo de lo acostumbrado?

Si responde “sí” a alguna de estas tres preguntas:

¿Cuánto tiempo duró ese periodo?

¿Cuántos periodos de ese tipo ha tenido?

¿Se siente de ese modo ahora?

¿Alguna vez se recuperó por completo de un periodo de excesiva felicidad?

¿Qué tan grave es/fue la experiencia? ¿Afectó su trabajo, su vida en casa o su vida social?

¿Alguna vez ha recibido tratamiento para estos periodos? Si así fue, ¿cuáles fueron los detalles?

¿Fue hospitalizado?

Durante estos periodos:

¿Siente que posee fuerzas o poderes especiales que los demás no (como tener telepatía o leer la mente), o que es una persona especial o eminente (por ejemplo, Jesús o una estrella de cine)? Si es así, ¿cuáles son los detalles?

¿Cómo es su sueño? ¿Cuáles son los detalles?

Si el sueño no es normal en estos periodos: ¿siente que necesita dormir menos de lo normal?

- ¿Habla más de lo usual u otras personas lo afirman?
- ¿Sus pensamientos parecen saltar de una cosa a otra?
- ¿Usted (u otras personas) nota que se distrae con mayor facilidad de lo usual?
- ¿Se siente acelerado en su nivel de actividad, u otras personas lo dicen?
- ¿Hace más planes de los que haría por lo general?
- ¿Cómo está su impulso sexual?
- ¿Qué hay de su juicio, piensa que está afectado de alguna manera? Me refiero a esto:
 - ¿Gasta dinero y después desea no haberlo hecho?
 - ¿Se mete en aprietos legales?
 - ¿Busca relaciones sexuales de una manera que no es normal para usted?
 - ¿Alguna vez cree oír o ver cosas que los demás no pueden oír o ver? Si es así, ¿cuáles son los detalles?
 - ¿Siente que lo espían o persiguen, o que otras personas tratan de hacerle daño o trabajan en contra suya de alguna otra manera? Si es así, ¿cuáles son los detalles?

TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y RELACIONADOS*

- C1. ¿Ha tenido ataques en los que de repente se sienta en extremo ansioso, temeroso o inquieto?**
- C2. ¿Ha vivido un ataque súbito en el que sienta desmayarse, que no pueda respirar o que su corazón se acelere?**

Si responde "sí" a alguna pregunta:

- ¿Cuántos ataques de este tipo ha tenido?
- ¿Con qué frecuencia ocurren, en promedio?
- ¿Cuánto duran estos ataques?
- ¿Qué tan grave es/fue la experiencia? ¿Afectó su trabajo, su vida en casa o su vida social?
- ¿Alguna vez ha recibido tratamiento por uno de estos episodios? Si es así, ¿cuáles son los detalles?
- ¿Fue hospitalizado?
- Durante estos ataques, alguna vez tuvo una de estas sensaciones:
 - ¿Dolor de pecho u otro malestar en el pecho?
 - ¿Escalofríos o sofocos?
 - ¿Ahogos?
 - ¿Sentir que las cosas eran irreales o que usted estaba desligado de sí mismo?
 - ¿Sentirse mareado, desmayos o inestable al estar de pie?
 - ¿Miedo a poder morir?
 - ¿Miedo a perder el control de sí mismo o a volverse loco?
 - ¿Latidos violentos o irregulares, o palpitaciones?
 - ¿Náusea u otros malestares abdominales?
 - ¿Adormecimiento u hormigueo?
 - ¿Sudoración?
 - ¿Falta de aliento o sensación de asfixia?
 - ¿Temblores?

*Que incorporan las categorías del DSM-5 de trastorno obsesivo-compulsivo y perturbaciones relacionadas, así como trastornos vinculados con traumas y factores estresantes.

D1. ¿Ha tenido miedos o fobias relacionados con alguna cosa? Por ejemplo, animales (como arañas, perros, serpientes); sangre, agujas o inyecciones; alturas; viajes en avión; estar encerrado; tormentas; sonrojarse; comer en público; hablar, cantar o tocar un instrumento musical frente al público.

Si responde "sí", preguntar por cada uno de los estímulos temidos:

- ¿Con qué frecuencia se ha presentado este miedo?
- ¿Cuántos episodios ha tenido?
- ¿Esta clase de miedo le parece irracional o fuera de proporción?
- ¿Este miedo lo hace evitar situaciones?
- ¿Interfiere con sus rutinas o su funcionamiento laboral, social o personal?
- ¿Alguna vez ha recibido tratamiento para este miedo?

D2. ¿Ha sentido ansiedad por estar en un lugar o situación (como en una tienda o una sala de cine), un espacio del que tendría dificultades para escapar o donde podría no haber ayuda disponible si tuviera un ataque de pánico?

Si responde "sí":

- ¿Por ello a veces evita las tiendas o las salas de cine (u otros lugares)?
- Si se encuentra en una de tales situaciones, ¿se siente ansioso?
- ¿Alguna vez ha llevado a un acompañante para ayudarlo por si tiene un ataque de pánico mientras se encuentra lejos de casa?

E1. ¿Alguna vez ha tenido ideas o pensamientos que se le presenten de forma constante, pensamientos a los que trata de resistirse, pero no puede?

Si responde "sí":

- ¿Con qué frecuencia tiene ideas?
- ¿Trata de resistirse a estas ideas/pensamientos o de suprimirlos?
- ¿Proviene de su propia mente o parece que se le imponen desde algún lugar externo a usted?

E2. ¿Lleva a cabo actividades que tiene la necesidad de hacer una y otra vez, como lavarse las manos, revisar la estufa o contar las cosas?

Si responde "sí":

- ¿Estas conductas se presentan en respuesta a una idea o pensamiento al que no se puede resistir, como lo acabamos de discutir?
- ¿Lo hacen seguir reglas estrictas al llevarlos a cabo?
- ¿Evitan que algo malo ocurra?
- ¿Reducen la aflicción?
- ¿Causan una aflicción grave?
- ¿Cuánto tiempo les dedica?
- ¿Interfieren en su rutina o en su funcionamiento laboral, social o personal? Si así es, ¿cuáles son los detalles?

F1. ¿Alguna vez ha tenido una experiencia traumática, estresante, que siga reviviendo o necesita evitar?

Si responde "sí":

- ¿Cuál fue el suceso?
- ¿Cuándo ocurrió?
- ¿Causó un miedo grave, terror o desesperanza?
- ¿Ha tenido alguna experiencia que lo haya hecho revivir el suceso?
- ¿Pensamientos o imágenes intrusivos?
- ¿Flashbacks, alucinaciones, ilusiones o sensaciones, como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo?
- ¿Estímulos que simbolizan o semejan al suceso y le causan mucha aflicción?
- ¿Sucesos físicos (como ritmo cardíaco rápido, presión arterial elevada) en respuesta a dichos estímulos?

- ¿Ha intentado en repetidas ocasiones evitar cosas que le recuerdan el trauma? Si es así, ¿en cuáles de las siguientes maneras?
- ¿Ha tratado de evadir sentimientos, pensamientos o conversaciones que le recuerden el suceso?
- ¿Ha intentado evitar actividades, personas o lugares que le recuerden el suceso?
- ¿No ha podido recordar ninguna característica importante del suceso?
- Si así es, ¿cuál?
- ¿Ha perdido interés en las actividades que son importantes para usted?
- Si así es, ¿cuáles?
- ¿A qué grado?
- ¿Se ha sentido aislado de otras personas?
- ¿Ha sentido que ha perdido la capacidad de sentir amor u otras emociones intensas?
- ¿Ha sentido que su vida es breve o improductiva, como carecer de pareja, trabajo, hijos?
- ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas que no estaban presentes antes del suceso?
- ¿Insomnio?
- ¿Irritabilidad?
- ¿Dificultades para concentrarse?
- ¿Vigilancia excesiva (como escudriñar con frecuencia los alrededores buscando señales de peligro)?
- ¿Respuestas de mayor sobresalto?

G1. ¿Se preocupa gran parte del tiempo?

G2. ¿Qué le preocupa?

Si el paciente cita tres o más preocupaciones:

- ¿Tiene dificultades para controlar estas preocupaciones?
- ¿Cuántos días al mes considera que se preocupa por estas cuestiones?
- ¿Por cuántos meses ha tenido preocupaciones como ésta?
- ¿Le ocasionó problemas en su trabajo, vida familiar o vida personal?
- Cuando se preocupa:
 - ¿Tiene sensaciones de estar inquieto, nervioso o nervioso?
 - ¿Se cansa con facilidad?
 - ¿Tiene dificultades para concentrarse?
 - ¿Se siente irritable?
 - ¿Aumenta su tensión muscular?
 - ¿Tiene dificultades para dormir?

TRASTORNOS PSICÓTICOS

H1. ¿Alguna vez ha tenido experiencias poco comunes, como ver visiones u oír voces que otras personas no pueden ver ni oír?

H2. ¿Percibe sabores u olores que otros no pueden, o siente cosas en su piel o en su cuerpo que los demás no?

Si responde que sí oye voces:

- ¿Qué tan reales parecen? ¿Suenan tan reales como mi voz en este momento?
- ¿Parecen provenir del interior de su cabeza o de algún lugar exterior?
- ¿Cuándo empezó a oírlas?
- ¿Son de hombre o mujer?
- ¿De quién son esas voces? ¿cuántas voces escucha?
- Si se trata de más de una voz, ¿hablan entre sí?
- ¿Hablan entre sí sobre usted?
- ¿Con qué frecuencia se presentan estas voces?

Si es diario, ¿cuántas veces al día?

¿Le dicen qué hacer?

¿Sigue sus órdenes?

Si responde que sí ve cosas:

¿Puede verlas con tanta claridad como a mí en este momento?

¿Cuándo las ve?

Si es diario, ¿cuántas veces al día?

¿Cuándo empezó a verlas?

Si responde que sí percibe sabores, olores o sensaciones táctiles:

Por favor, describa estas sensaciones.

¿Con qué frecuencia las experimenta?

Si es diario, ¿cuántas veces al día?

¿Qué está haciendo cuando las experimenta?

¿Cuándo empezó a tenerlas?

En el caso de todo tipo de alucinaciones:

¿Qué puede provocar estas experiencias?

¿Podría haber alguna conexión entre estas experiencias y el consumo de drogas o alcohol, o el uso de fármacos?

¿Ha tenido alguna enfermedad física que pueda ayudarnos a explicar tales experiencias?

- J1. ¿Alguna vez ha sentido que lo espían, hablan a sus espaldas o trabajan en contra suya de algún otro modo?**
- J2. ¿Alguna vez ha sentido que tiene alguna clase de misión especial en la vida, quizá un propósito o llamado de origen divino?**
- J3. ¿Ha tenido otra experiencia extraña semejante que no pueda explicar?**

(Si el paciente necesita información adicional, he aquí algunos ejemplos de la clase de cosas a las que me refiero:

¿Alguna vez ha sentido que la gente puede oír sus pensamientos sin que usted los diga o que pueden leer su mente?

¿Alguna vez ha sentido que alguien de la televisión o la radio envía mensajes dirigidos sólo para usted?

¿Alguna vez ha sentido que alguien del exterior puede meter pensamientos en su mente o sacarlos?

¿Alguna vez ha sentido que ha hecho algo tan horrible que merece un castigo?

¿Alguna vez ha sentido que es alguien famoso, o que tiene capacidades o poderes que otras personas no?).

Si responde "sí" a alguna de las tres preguntas J:

¿En específico qué ha notado?

¿Quién o qué considera usted como responsable de estos sucesos?

¿Ha tratado de combatirlos?

¿Alguien cercano a usted ha tenido experiencias similares?

¿Podría haber alguna conexión entre estas experiencias y el consumo de drogas o alcohol?

ABUSO DE SUSTANCIAS

- K1. ¿Ha consumido alcohol o drogas de la calle?**
- K2. ¿En cierto momento ha tomado fármacos prescritos o sin receta de una manera diferente a la recomendada o prescrita?**

K3. ¿Ha sentido que bebe o consume drogas en exceso?**K4. ¿En alguna ocasión otras personas han manifestado preocupación por su forma de beber o su consumo de drogas?**

Si responde "sí" a alguna de estas preguntas:

¿Qué sustancias?

¿Cuánto tiempo las ha consumido?

¿Las consume ahora?

¿Alguna vez ha tenido síntomas de abstinencia cuando deja de tomar una sustancia específica?

Alcohol/sedantes/hipnóticos/ansiolíticos: ¿sudoración, palpitaciones, temblores, insomnio, vómito, alucinaciones o ilusiones breves, actividad acelerada, convulsiones fuertes, ansiedad?

Cocaína/anfetaminas: ¿estado de ánimo triste o deprimido, fatiga, pesadillas vívidas, aumento o disminución de sueño, incremento de apetito, actividad acelerada o lenta?

Opiáceos: ¿estado de ánimo triste o deprimido, vómito, dolores musculares, llanto, escurrimiento nasal, dilatación de pupilas, cabellos erizados, sudoración, diarrea, guiños, fiebre, insomnio?

¿Ha tenido que aumentar las cantidades que consume de una sustancia para obtener el mismo efecto?

¿Ha llegado a consumir una sustancia en mayor cantidad de la que era su intención?

¿Ha tratado de controlar su consumo de la sustancia, pero no ha podido?

¿Dedica gran parte de su tiempo al consumo de la sustancia, conseguirla o recuperarse de sus efectos?

¿Le ha ocurrido que el consumo de la sustancia haya provocado que deje actividades importantes laborales, sociales o recreativas, como la vida familiar o las reuniones con amigos?

¿El consumo de la sustancia le ha provocado aflicción o ha afectado su funcionamiento? Si es así, ¿cómo?

¿Ha seguido consumiendo la sustancia, a pesar de saber que tal vez le causa problemas físicos o psicológicos?

¿Alguna vez el consumo de sustancias ha provocado que no cumpla con obligaciones importantes, como asistir a la escuela, ir al trabajo o cuidar a sus hijos?

¿Ha consumido sustancias aun haciendo algo físicamente riesgoso, como conducir un vehículo?

¿El consumo de sustancias le ha provocado problemas legales?

Si es así, ¿cuántos y cuándo?

¿Alguna vez el consumo de sustancias le causó problemas sociales o interpersonales?

Si es así, ¿a pesar de ello siguió consumiendo la sustancia?

¿Ansía la sustancia?

DIFICULTADES DE PENSAMIENTO (PROBLEMAS COGNITIVOS)

L1. ¿Cómo ha sido su memoria? Me gustaría hacerle una prueba si está de acuerdo.

Repita después de mí (un nombre, color o dirección).

¿Cuál es la fecha de hoy?

¿Quién es el presidente actual? Nombre sólo uno antes de esta persona... Ahora los tres presidentes que antecedieron a éste.

Por favor, reste 7 de 100. Ahora otros siete de ese número... Bien, continúe haciéndolo hasta llegar a menos de 60.

L2. ¿Alguna vez ha tenido experiencias o periodos de su vida que no pueda recordar después?

Si es así, por favor, hábleme acerca de eso.

¿Con qué frecuencia ha ocurrido esto?

L3. ¿Alguna vez se ha encontrado en un lugar extraño sin poder recordar cómo llegó ahí?

Si es así, por favor, hábleme acerca de eso.

¿Con qué frecuencia ha ocurrido esto?

¿Cuáles fueron las tres cosas que le pedí repetir hace unos minutos?

MOLESTIAS FÍSICAS

M1. ¿Su salud general siempre ha sido buena?

M2. ¿Ha tenido mucha atención médica por diferentes enfermedades?

(Sin importar las respuestas a las preguntas de exploración:)

¿Qué enfermedades ha tenido? ¿Cuáles son los detalles?

¿Ha padecido otras enfermedades médicas?

¿Uso de medicamentos?

Luego, si responde “no” a M1 o “sí” a M2:

Ahora, me gustaría preguntarle acerca de algunos síntomas que las personas a veces experimentan.

Alguna vez ha tenido:

Síntomas de dolor como:*

¿Dolor de cabeza (distinto de la jaqueca)?

¿Dolor abdominal?

¿Dolor de espalda?

¿Dolor de articulaciones?

¿Dolor en los brazos o las piernas?

¿Dolor de pecho?

¿Dolor rectal?

¿Dolor en la menstruación?

¿Dolor en el coito?

¿Dolor al orinar?

Síntomas gastrointestinales como:*

¿Náuseas?

¿Inflamación abdominal?

¿Vómito (aparte del que se presenta en el embarazo)?

¿Diarrea?

¿Intolerancia a diversos alimentos?

Síntomas genitourinarios y sexuales como:*

¿Indiferencia a la actividad sexual?

¿Dificultades con la erección o eyaculación?

*Para contar como positivo, cada síntoma debe 1) no ser explicado en su totalidad por una enfermedad médica general o por consumo de sustancias; 2) haber afectado al paciente o provocado que éste buscara tratamiento, y 3) haber excedido la incomodidad o afectación que se esperaría de una enfermedad médica que pareciera relacionada.

- ¿Periodos menstruales irregulares?
- ¿Sangrado menstrual excesivo?
- ¿Vómito durante los nueve meses de embarazo?

Síntomas neurológicos como:*

- ¿Equilibrio o coordinación afectados?
- ¿Músculos débiles o paralizados?
- ¿Nudo en la garganta?
- ¿Dificultades para tragar?
- ¿Pérdida de la voz?
- ¿Retención de la orina?
- ¿Alucinaciones?
- ¿Insensibilidad (al tacto o al dolor)?
- ¿Visión doble?
- ¿Ceguera?
- ¿Sordera?
- ¿Ataques?
- ¿Amnesia?
- ¿Otros síntomas disociativos?
- ¿Pérdida de la conciencia (diferente de los desmayos)?

N1. ¿Alguna vez se ha sentido gordo, a pesar de que la gente dice que está delgado?

N2. ¿Se ha provocado vómito por sentirse muy lleno?

Si responde "sí" a alguna:

- ¿Cuándo ocurrió?
- ¿Aún sucede?
- ¿Cuánto pesaba entonces?
- ¿Cuál era su estatura entonces?
- ¿Tenía miedo de subir de peso?
- ¿Hacía mucho ejercicio para bajar de peso?
- ¿Alguna vez usó laxantes para bajar de peso?
- En esa época, ¿cómo se veía su cuerpo? ¿Delgado, obeso o más o menos?
- ¿Qué tan importante era para usted el peso o la forma de su cuerpo en ese tiempo?

N3. ¿Se ha dado atracones en los que come con rapidez mucho más de lo normal?

Si responde "sí":

- ¿Con qué frecuencia ocurre esto?
- En esos momentos, ¿siente que ha perdido el control en su forma de comer?
- Para evitar subir de peso, ¿ha usado laxantes? ¿Diuréticos? ¿Vomitarse? ¿Ayuno? ¿Mucho ejercicio?

P1. ¿En cierto punto ha sentido o temido que hay algo tremendamente mal con usted en cuestiones físicas, padecer alguna enfermedad grave que los doctores no pueden determinar?

Si responde "sí":

- Por favor, describa sus síntomas.
- ¿Cuánto tiempo han durado?
- ¿De qué enfermedades o padecimientos tiene miedo?

*Para contar como positivo, cada síntoma debe 1) no ser explicado en su totalidad por una enfermedad médica general o por consumo de sustancias; 2) haber afectado al paciente o provocado que éste buscara tratamiento, y 3) haber excedido la incomodidad o afectación que se esperaría de una enfermedad médica que parezca relacionada.

Q1. ¿Ha sentido que hay algo con su cuerpo o apariencia que no está bien, algo que otras personas parecen no reconocer?

Si responde "sí":

- ¿Pasa mucho tiempo pensando en este problema o tratando de manejarlo?
- ¿Qué medidas ha tomado para remediarlo?

TRASTORNOS DEL CONTROL DE IMPULSOS

R1. ¿Se enoja con facilidad?

Si responde "sí":

- ¿En qué clase de situaciones se enoja tanto?
- ¿Se enoja a tal grado que pierde el control?
- Como resultado, ¿ha destruido objetos? Si así es, ¿con qué frecuencia?
- Como resultado, ¿ha atacado a otra persona? Si así es, ¿con qué frecuencia?

S1. ¿Actúa de modo impulsivo?

S2. ¿Hace cosas como arrancarse cabellos... volverse destructivamente agresivo... robar de las tiendas... iniciar incendios? (hacer pausas para que el paciente responda a cada síntoma).

Si responde "sí" a alguna:

- ¿Siente algún tipo de tensión justo antes de realizar alguna de estas actividades?
- ¿Siente gratificación, placer o alivio durante o después de la actividad?

T1. ¿Practica juegos de apuesta?

Si responde "sí":

- ¿Con qué frecuencia?
- ¿Alguna vez ha sentido que juega en exceso, que está fuera de control?
- ¿El juego le preocupa, pasa mucho tiempo pensando en cómo conseguir dinero para apostar, reviviendo sus experiencias pasadas en el juego o planeando nuevas aventuras en el mismo?
- ¿Alguna vez ha necesitado poner dinero en juego para alcanzar la misma emoción?
- ¿Ha tratado de controlar su participación en los juegos de apuestas?
- Si es así, ¿cómo?
- ¿Cuántas veces ha ocurrido esto?
- ¿Se ha sentido intranquilo o irritable cuando trata de controlar su participación en los juegos de apuestas?
- ¿Alguna vez ha apostado para escapar de sus problemas o para manejar estados de ánimo como depresión o ansiedad?
- ¿Alguna vez ha apostado para tratar de recuperar lo que perdió?
- ¿Alguna vez ha mentido para ocultar cuánto perdió en un juego de apuestas?
- ¿Alguna vez ha necesitado de otras personas para cubrir sus deudas de juego?
- ¿Alguna vez ha usado dinero de alguien más para apostar?
- ¿Alguna vez los juegos de apuestas han puesto en riesgo un empleo, una relación importante o una oportunidad en su carrera o educación?

HISTORIA FAMILIAR

U1. ¿Tiene algún familiar consanguíneo —me refiero a padres, hermanos, abuelos, hijos, tíos, primos o sobrinos— que haya tenido síntomas como los suyos?

U2. ¿Alguno de estos familiares ha tenido un padecimiento mental, incluyendo depresión... manía... psicosis... esquizofrenia... nerviosismo... ansiedad grave... hospitalización psiquiátrica... suicidio o intento de suicidio... alcoholismo o abuso de otras sustancias... o una historia de conducta criminal? (hacer pausas para que el paciente responda a cada padecimiento).

En caso de una respuesta afirmativa:

¿Cuáles fueron los síntomas de esta persona?

¿Qué edad tenía esa persona en ese tiempo?

¿Sabe qué tratamiento recibió?

¿Qué le sucedió a esa persona? (las posibilidades pueden incluir recuperación, padecimiento continuo, pero funcional en sociedad, incapacidad para trabajar, hospitalizaciones repetidas o crónicas).

DE LA INFANCIA A LA VIDA ADULTA

Infancia

¿Dónde nació?

¿Cuántos hermanos tuvo?

¿Usted es el mayor, el menor, qué lugar ocupa?

¿Sus dos padres lo criaron?

¿Cómo se llevaban sus padres?

Si es que peleaban, ¿cuál era la razón?

Si se separaron o divorciaron, ¿qué edad tenía usted entonces?

¿Con quién vivió?

Si fue adoptado, ¿qué edad tenía en ese momento?

¿Sabe en qué circunstancias ocurrió la adopción?

¿Cómo era su salud de niño?

¿Cuál es su máximo nivel de estudios?

¿Alguna vez reprobó un grado escolar?

¿Algún problema de conducta o disciplina?

¿Ausentismo escolar?

¿Alguna vez lo suspendieron o expulsaron?

¿Tuvo muchos amigos de niño?

¿Cuáles eran sus intereses y pasatiempos de niño?

Fuera de la escuela, ¿tuvo problemas legales o disciplinarios?

Si así fue, ¿alguna vez robó cosas?

¿Inició incendios?

¿Destruyó de manera deliberada cosas de otras personas?

¿Se comportó de manera cruel con personas o animales?

¿Se escapaba durante la noche de su casa?

Vida adulta

¿Está casado?

Si es así, ¿cuántas veces y qué edad tenía cuando se casó?

- ¿Cómo terminaron los matrimonios anteriores, divorcio, muerte del cónyuge?
- ¿Con quién vive ahora?
- ¿Número de hijos y sus edades?
- ¿Tiene algún hijastro?
- Si así es, ¿cuántos?
- ¿Cómo es su relación con ellos?
- ¿Cuál es su ocupación actual?
- ¿Número de empleos a lo largo de su vida?
- ¿Razones para cambiar de empleo?
- ¿Alguna vez lo despidieron? ¿Por qué?
- Si no trabaja ahora, ¿de dónde obtiene apoyo?
- ¿Ha formado parte del ejército?
- Si es así, ¿en qué área?
- ¿Número de años?
- ¿Grado máximo alcanzado?
- ¿Experiencia en combate?
- ¿Problemas de disciplina en el ejército?
- ¿Qué tan importante es la religión para usted ahora?
- ¿Cuál es su afiliación religiosa actual?
- ¿Es distinta de la religión de su infancia?
- Si así es, ¿qué lo hizo cambiar?
- ¿Cuáles son sus actuales actividades recreativas?
- ¿Clubes, organizaciones?
- ¿Pasatiempos, intereses?
- ¿Cuándo fue lo primero que supo sobre el sexo?
- ¿En qué circunstancias?
- ¿A qué edad empezó a tener citas románticas?
- ¿A qué edad tuvo su primera experiencia sexual?
- ¿Cómo fue?
- ¿Cómo se sintió al respecto?
- ¿Podría hablarme de sus intereses sexuales actuales?
- ¿Alguna vez ha tenido prácticas o experiencias sexuales que le hayan causado problemas?
- ¿Sufrió abuso de niño?
- ¿Sexual?
- ¿Físico?
- De adulto, ¿alguna vez ha sido violado o abusado sexualmente? Si es así, ¿cuáles son los detalles?

PROBLEMAS SOCIALES Y DE PERSONALIDAD

Las siguientes preguntas evocarán información acerca de cómo los pacientes se ven a sí mismos e interactúan con los demás. En la mayoría de los casos, las respuestas no permitirán hacer un diagnóstico sólido; será necesario obtener más información de otras fuentes.

- ¿Qué clase de persona piensa que es?
- ¿Qué es lo que más le gusta de sí mismo?
- ¿Qué es lo que menos le gusta de sí mismo?
- ¿Tiene muchos amigos o es más solitario?
- ¿Cómo se lleva con su (esposo/esposa/pareja)?
- ¿Tiene algún problema para llevarse bien con miembros de su familia?

- ¿Evita a alguno de sus familiares debido a dificultades para llevarse bien?
- ¿Algún conflicto con amigos?
- ¿Ha tenido algún problema interpersonal en el trabajo?
- ¿Tiende a sospechar de los motivos de las personas, o es alguien más confiado?
- ¿Le gusta ser el centro de atención o se siente más cómodo estando en segundo plano?
- ¿Por lo general, se siente cómodo estando solo o necesita la presencia de otros?
- ¿Alguna vez ha hecho algo que resultó ser una mala decisión? Si es así, ¿qué fue?
- ¿Alguna vez ha tenido dificultades legales? Si es así, ¿cuáles son los detalles?
- ¿Alguna vez ha sido arrestado? ¿Pasó tiempo en prisión? Si es así, ¿cuáles son los detalles?
- ¿Alguna vez ha hecho algo que pudo haberlo metido en dificultades legales, pero nunca fue descubierto?
- Cuando realiza estas conductas, ¿tiende a sentirse apenado después?
- ¿Siente que a otras personas les gustaría traicionarlo, explotarlo o dañarlo?
- Si es así, dígame algunos ejemplos.
- ¿Siente que sus amigos o conocidos son desleales con usted? Si es así, dígame algunos ejemplos.
- ¿Tiende a tener resentimientos? Si es así, dígame algunos ejemplos.
- ¿Prefiere hacer las cosas usted solo? Si es así, dígame algunos ejemplos.
- ¿Los elogios o críticas lo afectan mucho? Si es así, dígame algunos ejemplos.
- ¿Es usted una persona supersticiosa? Si es así, dígame algunos ejemplos.
- ¿Cree usted en cosas sobrenaturales, como la telepatía, magia negra o la capacidad de leer la mente? Si es así, dígame algunos ejemplos.
- ¿Sus relaciones con otras personas suelen ser duraderas? Si es así, dígame algunos ejemplos.
- ¿Su estado de ánimo tiende a ser muy estable o es usted más una persona con altibajos? Si es así, dígame algunos ejemplos.
- ¿Tiende a describirse con una sensación de "vacío"? Si es así, dígame algunos ejemplos.
- ¿Se siente enojado gran parte del tiempo, con frecuencia pierde los estribos o se mete en peleas? Si es así, dígame algunos ejemplos.
- ¿Le gusta ser el centro de atención? Si es así, dígame algunos ejemplos.
- ¿Siente que las opiniones de los demás influyen con facilidad en usted? Si es así, dígame algunos ejemplos.
- ¿Con frecuencia tiene fantasías en las que usted alcanza grandes éxitos, el amor ideal, poder, genialidad? Si es así, dígame algunos ejemplos.
- ¿Con frecuencia siente que merece trato o consideración especial? Si es así, dígame algunos ejemplos.
- ¿Es difícil para usted identificarse con los sentimientos de los demás? Si es así, dígame algunos ejemplos.
- ¿Tiene miedo a la vergüenza o la desaprobación, al grado de evitar nuevas actividades o interacciones con otras personas? Si es así, dígame algunos ejemplos.
- En relaciones nuevas, ¿con frecuencia se siente inadecuado? Si es así, dígame algunos ejemplos.
- ¿Siente que necesita muchos consejos y apoyo cuando toma decisiones cotidianas? Si es así, dígame algunos ejemplos.
- ¿El miedo a perder el apoyo le hace difícil estar en desacuerdo con los demás? Si es así, dígame algunos ejemplos.
- ¿Se preocupa tanto por los detalles que a veces pierde de vista el propósito de lo que está haciendo? Si es así, dígame algunos ejemplos.
- ¿Se considera especialmente obstinado? Si es así, dígame algunos ejemplos.
- ¿Usted diría que es un perfeccionista? Si es así, dígame algunos ejemplos.

APÉNDICE E

Evaluación de tu entrevista

Todos los pacientes y, por lo tanto, todas las entrevistas son diferentes. Los profesores también difieren en el énfasis que hacen en diversos aspectos de la entrevista inicial. Sin embargo, hay muchos elementos que la mayoría de los clínicos concuerdan en considerar cruciales para una entrevista típica, e incluyen material objetivo, así como cuestiones que contribuyen al proceso para obtener información, los cuales se enumeran en este apéndice, en el que se les asigna un valor numérico aproximado a cada uno.

Es posible calificar tu propia entrevista revisando la grabación de audio o video, o conseguir un colega que lo haga mientras se lleva a cabo la entrevista. La calificación general y de las secciones de la entrevista debe ayudar a planear dónde hay que esforzarse más. El sistema de calificación que se usa está basado en artículos de Maguire y sus colegas (véase el apéndice F), y al mismo tiempo lo expande.

En cada sección de esta evaluación, se califica con 0 si la conducta o el dato no se observó o no se abordó en absoluto. Se asigna el número máximo de puntos si el elemento se cubrió por completo (tal y como se juzga a partir de las notas del caso del paciente en el expediente) o la conducta deseada estuvo presente de manera consistente. Se da un crédito proporcional en el caso de respuestas o conductas parciales.

La calificación máxima es 200 puntos. En el caso de un principiante, cualquier calificación arriba de 140 puede considerarse aceptable, aunque un entrevistador avanzado debe tener un promedio mucho mayor.

Los datos del estado mental no se incluyen en esta autoevaluación, que se diseñó para evaluar sólo las secciones históricas e interactivas de la entrevista inicial.

1. Inicio de la entrevista (10 puntos)

El entrevistador	No	Sí
a) Saluda al paciente	0	1
b) Le estrecha la mano	0	1
c) Menciona el nombre del paciente	0	1
d) Menciona su propio nombre	0	1
e) Explica su estatus (nivel de formación)	0	1
f) Le indica dónde sentarse	0	1
g) Explica el propósito de la entrevista	0	1
h) Indica el tiempo disponible	0	1
i) Menciona el hecho de tomar apuntes	0	1
j) Pregunta si el paciente está cómodo	0	1

2. Historia del padecimiento actual (58 puntos)

El entrevistador pregunta sobre	No								Sí
a) Motivo(s) de la consulta	0	1	2	3	4	5	6	7	8
b) El inicio de los problemas	0		1		2		3		4
c) Los factores estresantes	0		1		2		3		4
d) Los sucesos clave en el curso del padecimiento	0		1		2		3		4
e) Los fármacos actuales									
1. Nombres o descripciones	0				1				2
2. Dosis	0				1				2
3. Efectos deseados obtenidos	0				1				2
4. Efectos secundarios notados	0				1				2
5. Duración de los efectos	0				1				2
f) La historia de los episodios previos									
1. Tipo	0		1		2		3		4
2. Semejanzas con el episodio actual	0		1		2		3		4

Tomado de *The First Interview, Fourth Edition*, de James Morrison. Copyright 2014 por The Guilford Press. Se autoriza fotocopiar este material a los compradores de este libro sólo para uso personal (véanse más detalles en la página de los derechos de autor). Los compradores pueden descargar una versión más larga de este material de la página www.guilford.com/morrison-forms.

3. Tratamiento previo	0	1	2	3	4
4. Resultados del tratamiento	0	1	2	3	4
g) Efectos del padecimiento en el trabajo	0	1	2	3	4
h) Efectos del padecimiento en la familia	0	1	2	3	4
i) Sentimientos del pacientes en relación con los problemas	0	1	2	3	4

3. Historia médica (10 puntos)

El entrevistador pregunta sobre	No		Sí
a) Los datos pertinentes de la enfermedad física	0	1	2
b) Las alergias a los fármacos	0	1	2
c) Las cirugías	0	1	2
d) Las hospitalizaciones previas	0	1	2
e) La revisión pertinente de los sistemas	0	1	2

4. Historia personal y social (20 puntos)

El entrevistador pregunta sobre	No		Sí
a) Los detalles de la familia de origen	0	1	2
b) La educación	0	1	2
c) La historia marital	0	1	2
d) La historia militar	0	1	2
e) La historia laboral	0	1	2
f) La preferencia y adaptación sexual	0	1	2
g) Los problemas legales	0	1	2
h) La situación actual de vivienda	0	1	2
i) Las actividades recreativas	0	1	2
j) Las fuentes de apoyo	0	1	2

5. Historia familiar de los trastornos mentales (6 puntos)

El entrevistador pregunta sobre	No		Sí
a) Los síntomas para hacer el diagnóstico	0	1	2
b) Las respuestas al tratamiento	0	1	2
c) Todos los familiares de primer grado	0	1	2

6. Preguntas de exploración (26 puntos)

El entrevistador explora en busca de	No				Sí
a) Depresión	0		1		2
b) Ataques de pánico	0		1		2
c) Fobias	0		1		2
d) Obsesiones y compulsiones	0		1		2
e) Manías	0		1		2
f) Psicosis	0		1		2
g) Abuso infantil	0		1		2
h) Abuso de sustancias (incluyendo fármacos)	0	1	2	3	4
i) Ideas/intentos suicidas	0	1	2	3	4
j) Historia de violencia	0	1	2	3	4

7. Establecimiento del vínculo (18 puntos)

El entrevistador	No				Sí
a) Sonríe, asiente en momentos apropiados	0	1	2	3	4
b) Usa un lenguaje que el paciente entiende	0	1	2	3	4
c) Responde de forma afectiva, con empatía	0	1	2	3	4
d) Mantiene el contacto visual	0		1		2
e) Mantiene una distancia apropiada	0		1		2
f) Se muestra tranquilo y relajado	0		1		2

8. Uso de técnicas de la entrevista (44 puntos)

El entrevistador	Mal				Bien
a) Explora frases que llevan a nuevo material	0	1	2	3	4
b) Controla el curso de la entrevista, al mismo tiempo que permite libertad en las respuestas	0	1	2	3	4
c) Aclara datos imprecisos, para obtener información completa	0	1	2	3	4
d) Hace transiciones suaves; si son abruptas, lo señala	0	1	2	3	4
e) Evita el uso de tecnicismos	0	1	2	3	4

f) Hace preguntas breves, sencillas	0	1	2	3	4
g) No repite preguntas que ya hizo antes	0	1	2	3	4
h) Emplea preguntas abiertas, no directivas	0	1	2	3	4
i) Facilita que el paciente responda de forma verbal y no verbal	0	1	2	3	4
j) Promueve las respuestas precisas (fechas, números, cuando es adecuado)	0	1	2	3	4
k) Busca y maneja de manera sensible el material con carga emocional	0	1	2	3	4

9. Terminación de la entrevista (8 puntos)

El entrevistador	No		Sí
a) Avisa que la entrevista está por terminar	0	1	2
b) Presenta un resumen breve, preciso	0	1	2
c) Invita al paciente a hacerle preguntas	0	1	2
d) Hace una afirmación para concluir sobre su apreciación, interés	0	1	2

APÉNDICE F

Bibliografía y lecturas recomendadas

LIBROS

Aquí se incluyen las ediciones disponibles más recientes cuando este libro estaba en prensa; desde entonces, algunos pueden haber sido revisados.

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author. [La biblia del pensamiento diagnóstico actual.]
- American Psychiatric Association. (2006). *Practice guidelines for the treatment of psychiatric disorders*. Arlington, VA: Author. [Incluye *Psychiatric evaluation of adults* (2a ed.).]
- Bradburn, N. M., Sudman, S., & Wansink, B. (2004). *Asking questions: The definitive guide to questionnaire design* (rev. ed.). San Francisco: Jossey-Bass.
- Cannell, C. E., & Kahn, R. L. (1968). Interviewing. In G. Lindzey & E. Aronson (Eds.), *The handbook of social psychology* (2nd ed., pp. 526-595). Reading, MA: Addison-Wesley.
- Carlat, D. J. (2012). *The psychiatric interview: A practical guide* (3rd ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Cormier, L. S., Nurius, P. S. & Osborn, C. J. (2013). *Interviewing and change strategies for helpers* (7th ed.). Belmont, CA: Brooks/Cole. [Libro de texto enorme, detallado para todos los profesionales de la salud mental, pero dirigido en especial a los psicólogos y trabajadores sociales. Material sobre diferentes tipos de terapia, así como sobre estrategias de entrevista.]
- Ekman, P. (2009). *Telling lies: Clues to deceit in the marketplace, politics, and marriage* (4th ed.). New York: Norton. [Una gran cantidad de información sobre las mentiras y su detección.]
- Gill, M., Newman, R., & Redlich, F. C. (1954). *The initial interview in psychiatric practice*. New York: International Universities Press. [Descripción clásica de un estilo de entrevista que se enfoca en las necesidades y capacidades del paciente]
- Leon, R. L. (1989). *Psychiatric interviewing: A primer* (2nd ed.). New York: Elsevier. [Este volumen aborda prácticamente el mismo material que *La entrevista psicológica*. El autor defiende de manera explícita un método no directivo para reunir información.]
- MacKinnon, R. A., & Yudofsky, S. C. (1986). *The psychiatric evaluation in clinical practice*. Philadelphia: Lippincott. [Sólo el primer tercio de este libro concierne a la entrevista clínica. El resto es sobre las pruebas clínicas de laboratorio, pruebas de personalidad y escalas de clasificación. La sección sobre la formulación psicodinámica de los casos ofrece información que no se encuentra con facilidad en otros lugares.]
- Morrison, J. (2014). *DSM-5 made easy: The clinician's guide to diagnosis*. New York: Guilford Press. [Una guía para principiantes dentro del extenso y complejo *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*.]

- Morrison, J. (2014). *Diagnosis made easier* (2nd ed.). New York: Guilford Press. [Paso a paso, este libro ayuda al lector a darle sentido al material de la entrevista. Revisado nuevamente para reflejar los cambios del DSM-5.]
- Othmer, E., & Othmer, S. C. (2002). *The clinical interview using DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Press. [Con una cobertura enciclopédica, este libro se apega de modo estricto al formato oficial del DSM.]
- Oyebode, F. (2008). *Sims' symptoms in the mind*. Edinburgh/New York: Saunders Elsevier. [Este texto británico contiene más sobre la terminología y definiciones actuales en salud mental de lo que he visto en cualquier otro libro.]
- Shea, S. C. (1998). *Psychiatric interviewing: The art of understanding* (2nd ed.). Philadelphia: Saunders. [Aunque un poco extenso, presenta una gran cantidad de material pertinente.]
- Sullivan, H. S. (1954). *The psychiatric interview*. New York: Norton. [Una descripción temprana, clásica, de cómo hacer una entrevista inicial.]

ARTÍCULOS

Para propósitos de los comentarios, los siguientes artículos se enumeran de manera cronológica por grupos de autores, en vez de que el orden sea alfabético por autor.

- Sandifer, M. G., Hordern, A., & Green, L. (1970). The psychiatric interview: The impact of the first three minutes. *American Journal of Psychiatry*, *126*, 968-973. [La mitad de todas las observaciones de los entrevistadores que aparecen en este estudio se hicieron en los primeros tres minutos de una entrevista experimental. Estos datos iniciales a veces pueden tener un impacto decisivo en el diagnóstico.]
- Maguire, C. P., & Rutter, D. R. (1976). History-taking for medical students. 1: Deficiencies in performance. *Lancet*, *ii*, 556-560. [Estudiantes avanzados de medicina mostraron diferencias significativas al tomar las historias. Éstas incluyeron evitación de temas personales, uso de tecnicismos, falta de precisión, no seguir las pistas, repetición innecesaria, poca clarificación, falta de control, facilitación inadecuada y estilo inconveniente de preguntar (que llevó a preguntas complicadas).]
- Maguire, P., Roe, P., Goldberg, D., Jones, S., Hyde, C., & O'Dowd, T. (1978). The value of feedback in teaching interviewing skills to medical students. *Psychological Medicine*, *8*, 695-704. [En un ensayo aleatorizado, la retroalimentación (video, audio, o valoración de la práctica en entrevistas) llevó a una mayor capacidad para obtener hechos exactos, pertinentes. Sólo los grupos de video y audio, además, mostraron mejoras en la técnica.]
- Maguire, P., Fairbairn, S., & Fletcher, C. (1986). Consultation skills of young doctors. I: Benefits of feedback training in interviewing as students persist. *British Medical Journal*, *292*, 1573-1576. [Se hizo un seguimiento de cinco años a médicos jóvenes que habían recibido retroalimentación en su formación por medio de videograbaciones o que habían tenido clases convencionales sobre habilidades de entrevista. Ambos grupos habían mejorado desde su graduación, pero "los que recibieron retroalimentación en su formación habían mantenido su superioridad en habilidades asociadas con el diagnóstico exacto". Los autores concluyeron que la retroalimentación en la formación debería darse a todos los estudiantes.]
- Platt, F. W., & McMath, J. C. (1979). Clinical hypocompetence: The interview. *Annals of Internal Medicine*, *91*, 898-902. [Los residentes en medicina interna tuvieron problemas con las entrevistas iniciales. Estos incluyeron una vinculación pobre, información inadecuada, no formular hipótesis, control excesivo de la entrevista (los pacientes se quejaron de que no los escuchaban) y aceptación de los informes de los pacientes sobre datos de laboratorio o interpretaciones de lo que otro profesional de la salud dijo, en vez de partir de los datos primarios de los síntomas. Se presentan ejemplos.]

- Rutter, M., & Cox, A. (1981). Psychiatric interviewing techniques: I. Methods and measures. *British Journal of Psychiatry*, 138, 273-282. [Artículo introductorio de una serie de siete artículos publicados por estos autores, que es un hito en el estudio de la técnica de entrevista. Dichos estudios se basan en entrevistas con madres de niños pacientes psiquiátricos y comparan cuatro estilos de entrevista recomendados por expertos. Aunque la investigación que informan no ha sido replicada, los hallazgos son tan lógicos y la metodología es tan impecable que para los lectores se trató de la verdad. Tales artículos ofrecen gran parte de los fundamentos de este manual.]
- Cox, A., Hopkinson, K., & Rutter, M. (1981). Psychiatric interviewing techniques: II. Naturalistic study: Eliciting factual material. *British Journal of Psychiatry*, 138, 283-291. [Este artículo demuestra que "un estilo directivo con preguntas específicas y peticiones de descripciones detalladas" produjeron hechos de mejor cualidad que un método más libre. Los informantes participaron más cuando los entrevistadores hablaron menos y usaron más preguntas abiertas. Las preguntas dobles llevaron a la confusión, pero las preguntas de opción múltiple a veces fueron útiles.]
- Hopkinson, K., Cox, A., & Rutter, M. (1981). Psychiatric interviewing techniques: III. Naturalistic study: Eliciting feelings. *British Journal of Psychiatry*, 138, 406-415. [Se encontró que varias técnicas facilitan la expresión de emociones. Éstas incluyeron "un bajo nivel de habla por parte del entrevistador y pocas interrupciones, un índice alto de preguntas abiertas en vez de cerradas, preguntas directas por los sentimientos, interpretaciones y expresiones de empatía".]
- Rutter, M., Cox, A., Egert, S., Holbrook, D., & Everitt, B. (1981). Psychiatric interviewing techniques: IV. Experimental study: Four contrasting styles. *British Journal of Psychiatry*, 138, 456-465. [Los autores enseñaron a dos entrevistadores a emplear alguno de cuatro estilos de entrevista: 1) un estilo de "caja de resonancia" usó una actividad mínima; 2) la "psicoterapia activa" trató de explorar los sentimientos y provocar relaciones emocionales y significados; 3) el estilo "estructurado" usó un cuestionamiento cruzado activo; 4) un estilo "exploratorio sistemático", combinado con el uso de técnicas orientadas a los hechos y sentimientos.]
- Cox, A., Rutter, M., & Holbrook, D. (1981). Psychiatric interviewing techniques: V. Experimental study: Eliciting factual material. *British Journal of Psychiatry*, 139, 29-37. [Este documento informa los datos del estudio descrito arriba. Los autores concluyen que "es deseable empezar la entrevista de diagnóstico clínico con un periodo extenso de pocas preguntas detalladas, en el que los informantes puedan expresar sus preocupaciones a su modo." El cuestionamiento sistemático es esencial para obtener hechos de buena calidad. "Los datos se obtuvieron mejor cuando los entrevistadores fueron sensibles y estuvieron alerta a las pistas objetivas y eligieron sus preguntas con cuidado."]
- Cox, A., Holbrook, D., & Rutter, M. (1981). Psychiatric interviewing techniques: VI. Experimental study: Eliciting feelings. *British Journal of Psychiatry*, 139, 144-152. [Diversos estilos de entrevista pueden emplearse para provocar sentimientos en los pacientes. Reunir buena información objetiva es por completo compatible con la técnica de evocar sentimientos.]
- Cox, A., Rutter, M., & Holbrook, D. (1988). Psychiatric interviewing techniques: A second experimental study: Eliciting feelings. *British Journal of Psychiatry*, 152, 64-72. [La expresión de las emociones se maximizó cuando los entrevistadores emplearon técnicas "activas", como la interpretación, el reflejo de sentimientos y la expresión de empatía. Esto fue especialmente cierto si "la valoración espontánea de la expresión fue relativamente baja" por parte del informante.]

OTRAS FUENTES USADAS EN LA PREPARACIÓN DE ESTE LIBRO

- Black, A. E., & Church, M. (1998). Assessing medical student effectiveness from the psychiatric patient's perspective: The Medical Student Interviewing Performance Questionnaire. *Medical Education*, 32, 472-478.

- Booth, T., & Booth, W. (1994). The use of depth interviewing with vulnerable subjects. *Social Science and Medicine*, 39, 415-423.
- Bradburn, N., Sudman, S., & Wansink, B. (2004). *Asking questions: The definitive guide to questionnaire design for market research, political polls, and social and health questionnaires* (rev. ed.). San Francisco: Jossey-Bass.
- Britten, N. (2006). Psychiatry, stigma, and resistance. *British Medical Journal*, 317, 963-964.
- Budd, E. C., Winer, J. L., Schoenrock, C. J., & Martin, P. W. (1982). Evaluating alternative techniques of questioning mentally retarded persons. *American Journal of Mental Deficiency*, 86, 511-518.
- Eisenthal, S., Koopman, C., & Lazare, A. (1983). Process analysis of two dimensions of the negotiated approach in relation to satisfaction in the initial interview. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171, 49-53.
- Eisenthal, S., & Lazare, A. (1977). Evaluation of the initial interview in a walk-in clinic. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 164, 30-35.
- Flores, G. (2005). The impact of medical interpreter services on the quality of health care: A systematic review. *Medical Care Research and Review*, 62, 255-299.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & 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.
- Fowler, J. C., & Perry, J. C. (2005). Clinical tasks of the dynamic interview. *Psychiatry*, 68, 316-336.
- Gardner, H. (1983). *Frames of mind: The theory of multiple intelligences*. New York: Basic Books.
- Hamann, J., Leucht, S., & Kissling, W. (2003). Shared decision making in psychiatry. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107, 403-409.
- Harrington, R., Hill, J., Rutter, M., John, K., Fudge, H., Zoccolillo, M., et al. (1988). The assessment of lifetime psychopathology: A comparison of two interviewing styles. *Psychological Medicine*, 18, 487-493.
- Jellinek, M. (1978). Referrals from psychiatric emergency room: Relationship of compliance to demographic and interview variables. *American Journal of Psychiatry*, 135, 209-212.
- Jensen, P. S., Watanabe, H. K., & Richters, J. E. (1999). Who's up first?: Testing for order effects in structured interviews using a counterbalanced experimental design. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27, 439-445.
- Kendler, K. S., Silberg, J. L., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C., & Eaves, L. J. (1991). The family history method: Whose psychiatric history is measured? *American Journal of Psychiatry*, 148, 1501-1504.
- Koenigs, M., Young, L., Adolphs, R., Tranel, D., Cushman, F., & Hauser, M. (2007). Damage to the prefrontal cortex increases utilitarian moral judgments. *Nature*, 446, 908-911.
- Lovett, L. M., Cox, A., & Abou-Saleh, M. (1990). Teaching psychiatric interview skills to medical students. *Medical Education*, 24, 243-250.
- Meyers, J., & Stein, S. (2000). The psychiatric interview in the emergency department. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 18, 173-183.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd ed.). New York: Guilford Press.
- Pollock, D. C., Shanley, D. E., & Byrne, P. N. (1985). Psychiatric interviewing and clinical skills. *Canadian Journal of Psychiatry*, 30, 64-68.
- Rogers, R. (2003). Standardizing DSM-IV diagnoses: The clinical applications of structured interviews. *Journal of Personality Assessment*, 81, 220-225.
- Rosenthal, M. J. (1989). Towards selective and improved performance of the mental status examination. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80, 207-215.
- Stewart, M. A. (1984). What is a successful doctor-patient interview?: A study of interactions and outcomes. *Social Science and Medicine*, 19, 167-175.

- Torrey, E. F. (2006). Violence and schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 88, 3-4.
- Wilson, I. C. (1967). Rapid Approximate Intelligence Test. *American Journal of Psychiatry*, 123, 1289-1290.
- Wissow, S. L., Roter, D. L., & Wilson, M. E. H. (1994). Pediatrician interview style and mother's disclosure of psychosocial issues. *Pediatrics*, 93, 289-295.

Índice

NOTA: Los números de página en negritas indican cuadro.

A

Aborto, 25

Abuso de sustancias, 83, 280

Abuso, preguntar acerca del, 61

Abuso sexual, 90

 conyugal, 91

 infantil, 90

Acatisia, 69

Acrofobia, 118

Acting out, 55

Actitud hacia el entrevistador, 103

Actividad motriz, 101

Acto sexual, dolor en el, 88

Adherencia terapéutica, 67

Afasia de denominación, 123

Afecto, 103

Agorafobia, 118, 245

Albergues, 203

Alcohol, 83

Alentar

 con el lenguaje corporal, 29

 verbalmente, 30

Alerta, estado de, 100

 total o normal, 100

Aliteración, 107

Altruismo, 55

Alucinaciones, 116

 auditivas, 116

 visuales, 117

Ambivalencia, 51

Amnesia, 125

 en bloque, 125

 fragmentaria, 125

Analogía, 53

Anhedonia, 134

Ánimo, estado de, 103

 apropiado o inapropiado, 105

perturbación del, 134, 137
 trastornos del, 237, 275
 variación diurna del, 35
 Ánimo, tipo de, 103
 Anorexia nerviosa, 246
 Ansiedad, conducta de evitación y
 activación, 147
 agorafobia, 148
 ansiedad anticipatoria, 148
 circunstancias de las crisis de
 pánico, 148
 compulsiones, 148
 consumo de alcohol o drogas, 148
 contenido mental de las crisis de
 pánico, 148
 duración de las crisis de pánico,
 148
 edad de inicio, 148
 estilo de vida asfixiante, 148
 examen del estado mental, 149
 factores estresantes, 149
 fobias específicas, 149
 frecuencia de las crisis de pánico,
 148
 indicios, 147
 información de la historia, 148
 ingesta de cafeína, 148
 obsesiones, 148
 preocupación, 149
 principales diagnósticos, 147
 síntomas depresivos, 148
 síntomas físicos de ansiedad, 148
 trastornos de ansiedad social, 148
 uso de medicamentos prescritos,
 148
 Ansiedad, síntomas de, 117
 Ansiedad, trastorno de, 244
 generalizada, 244
 social, 118

Antecedentes diferentes de los
 tuyos, 185
 Anticipación, 55
 Apariencia y conducta general, 100
 características físicas, 100
 Aperturas
 e introducciones, 5
 ejemplos de, 10
 Apetito y peso, 35
 Aplanamiento, 105
 Apraxia, 124
 ideomotriz, 124
 Apropiado o no, 105
 Área interpersonal, 36
 Área legal, 36
 Área marital/de pareja, 36
 Áreas de interés clínico, 17
 problemas que señalan, **19**
 señalar, 18
 signos y síntomas de, 131
 Asociación(es), 106
 de ideas en el discurso, 240
 escandalosas, 107
 vagas, 106
 Ataque de pánico, 118, 245
 Atención y concentración, 122
 Autodirigirse, 75
 Autoevaluación del paciente, 72
 Autoritativo, 28

B

Bien, mal, nervioso e incómodo, 49
 Bisexualidad, 89

C

Cambios de tema, 164
 Canalizaciones, 202

- albergues, 203
- ayuda legal, 203
- formación, experiencia y
disponibilidad de tiempo del
clínico, 202
- gravedad del problema, 202
- grupos de apoyo, 203
- hospital mental, 203
- motivación y cooperación del
paciente, 202
- otros recursos, 204
- otros terapeutas, 202
- servicios vocacionales, 204
- tipo de problema, 202
- tratamiento para el uso agudo de
sustancias, 204
- valoración médica, 204
- Catalepsia, 102
- Ceguera/discapacidad visual grave,
184
- Cierre, 153
 - el arte del, 153
 - terminar antes de tiempo, 154
- Claustrofobia, 118
- Codicia, 82
- Cognición, 121
- Coma, 101
- Cómo responder cuando los
pacientes preguntan, 192
- Comprensión, 123
- Comunicar los resultados, 213
 - formulación, 219
 - informe escrito, 213
 - presentación oral, 221
 - registrar el diagnóstico, 218
- Comunicar los resultados al
paciente, 205
 - consultar con el paciente, 205
 - discusión con la familia, 210
 - ¿qué pasa si el plan es rechazado?,
211
- Conciencia, 121
 - nublada, 101
 - pérdida de la, 84
- Conducta(s)
 - de evitación y activación, 147
 - desorganizada, 240
 - involuntarias, 163
 - observadas, 74
 - otros temas y, 184
 - seductora y otras conductas
inapropiadas, 190
 - suicida, 77
 - voluntarias, 163
 - y temas especiales o difíciles, 173
- Confrontación, 46
- Confusión, 108, 180
- Conocimientos, muestra tus, 27
- Consultar con el paciente, 205
 - asegurarse de que el paciente
comprende las opciones, 207
 - dar un diagnóstico, 205
 - discutir el tratamiento, 206
 - discutir las opciones, 207
 - estar en favor de una opción, 207
 - evitar hacer promesas más allá del
compromiso de hacer todo lo
posible por ayudar, 207
 - hacer hincapié en lo positivo, 206
 - hacerlo sencillo, 205
 - mencionar los inconvenientes, 207
 - mostrar compasión, 206
 - motivar al paciente, 207
 - no usar tecnicismos, 206
 - pedir retroalimentación, 206
 - resumir los problemas, 205
- Contradicciones, 164
- Cónyuge, 66
- Crecimiento, 60

D

Daño cerebral, 25
 De la infancia a la vida adulta, 285
 Debilitamiento, 105
 Defectuoso, 25
Déjà vu, 32
 Delirios, 112, 219, 243
 nihilistas, 115
 tipos de, 114
 Demandas del paciente, 184
 Demencia, 243
 Denominación, 123
 Depresión, 82, 134, 219
 abandono de los pasatiempos y actividades, 136
 aislamiento, 136
 alcohol y drogas, 135
 anhedonia, 135
 atípica, 238
 cambios del yo, 135
 características atípicas, 135
 endógena, 238
 estrés ambiental, 135
 examen del estado mental, 136
 falta de decisión, 136
 historia familiar del trastorno del estado de ánimo, 136
 ideas, intentos de suicidio, 136
 indicios, 134
 información de la historia, 135
 interés en el sexo disminuido, 136
 manía, 136
 padecimiento episódico, 136
 patrón estacional, 136
 patrón premenstrual, 136
 pérdidas recientes (duelo), 136
 primaria, 135
 principales diagnósticos, 135

 secundaria, 135
 síntomas vegetativos, 136
 Descarrilamiento, 106
 Despersonalización, 121
 Desplazamiento, 55
 Desrealización, 121
 Devaluación, 55
 Diagnóstico y diagnóstico
 diferencial, 194
 Diagnóstico y recomendaciones, 194
 Dicitógicos, 60
 Discapacidad intelectual, 191
 Discinesia tardía, 69
 Discurso
 afectado, 108
 cambio en el, 18
 ¿cuánto tiempo?, 18
 libre, 13, 16
 ¿libre qué es?, 16
 pobreza del, 107
 tangencial, 107
 Discusión con la familia, 210
 Disfasia expresiva, 124
 Dismorfofobia, 119
 Disociación, 55
 Dispareunia, 88
 Distimia, 239
 Distonia aguda, 69
 Diversiones e intereses, 67
 Dolor en el acto sexual, 88
 Drogas callejeras, 85
 Duelo (pérdidas recientes), 136

E

Ecolalia, 107
 Educación, 62
 Efectos secundarios, 68
 extrapiramidales, 69

- Elegir el tratamiento, 197
- Emoción
 - buscar señales de, 52
 - desplazada, 177
 - expresada, 158
- Empatía, 23, 52, 75
- Enfermedades de transmisión
 - sexual, 90
- Entrevista(s)
 - clínica, 1
 - cómo determinar qué está mal, 224
 - con el paciente, 253
 - con observadores, 225
 - contratransferencia negativa, 227
 - control inadecuado de la, 226
 - demasiado limitada, alcance de una, 225
 - desconocimiento de los criterios diagnósticos, 228
 - descuidar el diagnóstico diferenciado, 228
 - descuidar fuentes colaterales, 228
 - ejemplos de, 253
 - el tiempo se agota, 227
 - evaluación de tu, 289
 - exploración inapropiada, 226
 - favorecer ciertos diagnósticos, 227
 - grupales, 161
 - hablar en exceso, 227
 - hacer una grabación, 224
 - ignorar al paciente, 226
 - ignorar las señales de alarma, 228
 - importancia de la práctica, 3
 - inicio de la, 29
 - menospreciar la historia personal y social, 228
 - motivacional (EM), 208
 - necesidad de información completa, 2
 - no tener un plan real para la, 227
 - olvidar los sentimientos, 228
 - otros escenarios de, 161
 - posterior, control de la, 93
 - problemas y soluciones en la, 223
 - psicológica, 2, 3, 4
 - psiquiátrica, 3
 - qué aprenderás (y qué hacer al respecto), 225
 - rapport* deficiente, 226
 - reconocer la, llena de problemas, 223
 - sacar conclusiones apresuradas, 227
 - sé claro en relación con las metas de la, 41
 - seguimiento insuficiente de las pistas, 226
 - semiestructurada, 273
 - sentimientos de la, 49
 - tolerar la imprecisión, 228
 - una cuestión de malentendido, 227
 - uso inadecuado de preguntas abiertas, 226
- Entrevista(s) a informantes, 157
 - elegir a un informante, 159
 - entrevistas grupales, 161
 - obtener permiso primero, 158
 - otros escenarios de entrevista, 161
 - ¿qué preguntar?, 159
- Entrevista(s) inicial
 - esquema de la, **6**
 - resumen de la, 229
- Entrevistador, evidente falta de empatía del, 177
- Entrevistar ¿qué significa?, 1
- Envidia, 82
- Episodio actual, 33

Episodio depresivo mayor con características melancólicas, 238
 Escenarios, 7
 Escisión, 55
 Escritura, 124
 Escucha reflexiva, 30
 Esquizofrenia, 219, 239
 Esquizoide, 75
 Esquizotípico, 76
 Estatus marital, 66
 Estrés postraumático, trastorno de, 246
 Estupor, 101
 Evocación, 208
 Exageraciones, 164
 Examen del estado mental (EEM), 5
 Examen del estado mental I (EEM)
 apariencia y conducta general, 100
 aspectos cognitivos, 99
 aspectos conductuales, 99
 Examen del estado mental II, 111
 aspectos cognitivos, 111
 Exhibicionismo, trastorno de, 89
 Expresión facial, 102
 Eyaculación
 precoz, 88
 retardada, 89

F

Fabulación, 125
 Factores de tiempo, 5
 Factores precipitantes, 38
 Familia de origen, 59
 Fantasía, 25, 55
 Fatiga de combate, 246
 Fetichismo, trastorno de, 89
 Flexibilidad cerosa, 102

Fluidez, 123
 Fobia, 118
 específica, 118
 social, 118
 Forma reactiva, 55
 Formulación, 219, 270
 breve recapitulación, 219
 diagnóstico diferencial, 219
 ejemplos de, 253
 factores intervinientes, 220
 más información necesaria, 220
 mejor diagnóstico, 220
 plan de tratamiento, 220
 pronóstico, 221
 Frigidez, 25
 Frotteurismo, trastorno de, 89
 Frustración, 82
 Fuga de ideas, 106

H

Hábito, 177
 Habla
 circunstancial, 109
 distraída, 109
 o divagación excesivas, 187
 velocidad y ritmo del, 108
 Hablar, considera tu manera de, 23
 Hazte cargo, 93
 Hipersomnía, 34
 Hipocondriacos, 149
 Histeria, 247
 Histórico, 25
 Historia, 5
 del padecimiento actual, 33
 familiar, 70, 284
 laboral, 63
 legal, 64

médica, 67
 militar, 63
 personal y social, 59
 Homosexualidad, 89
 Hostilidad, 177
 manejo de la, 177
 Humor, 55, 187

I

Ideas sobrevaloradas, 121
 Identidad, 75
 Ilusiones, 121
 Imperturbabilidad, 105
 Impotencia, 25, 88
 Impresión, 270
 Impulsos, trastornos del control de,
 284
 Incoherencia, 107
 Infancia, 285
 salud en la, 62
 y adolescencia, 59
 Información cultural, 126
 Información válida, 41
 Informe escrito, 213, 268
 datos de identificación, 213
 ejemplos de, 253
 examen del estado mental, 217
 historia del padecimiento actual,
 214
 historia personal y social, 216
 de la infancia a la vida adulta,
 216
 historia familiar, 216
 historia médica, 216
 revisión de los sistemas, 217
 informantes, 214
 motivo de consulta, 213
 Inicio de la relación, 9

Insomnio, 34
 inicial, 34
 intermedio, 34
 terminal, 34
 Inspirar seguridad, 31
 Intelectualización, 55
 Inteligencia
 lingüística, 127
 lógico-matemática, 127
 nota especial concerniente a la,
 127
 Intensidad, 105
 Interés y desempeño sexual, 35
 Intereses, 37
 Interpretación, 53
 Intérprete, uso de un, 186
 Intimidación, 75
 Introspección y juicio, 128
 Investigar los detalles, 54
 Ira, 82

J

Juicio, introspección y, 128

L

Labilidad, 104
 aumentada, 104
 Laboral/educativo, 36
 Latencia aumentada de la respuesta,
 108
 Lectura, 124
 Lenguaje, 123
 corporal, 31
 corporal, alentar con el, 29
 del paciente, retoma el, 25
 Ligeros titubeos, 164

Llamadas telefónicas, 161
 Llanto, 187
 Loco, 25

M

- Malo, 25
 Manía, 137
 - abuso de alcohol, 137
 - aumento de la libido, 138
 - aumento de la sociabilidad, 138
 - cambios de personalidad, 138
 - concentración disminuida, 137
 - enfermedades físicas, 138
 - examen del estado mental, 138
 - indicios, 137
 - información de la historia, 137
 - insomnio, 138
 - juicio pobre, 138
 - padecimiento episódico, 138
 - principales diagnósticos, 137
 - problemas relacionados con el trabajo, 138
 - relaciones interrumpidas, 138
 Manipulador, 80
 Mantén los límites, 26
 Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición (DSM-5), 35
 Masoquismo sexual, trastorno de, 89
 Mecanismos de defensa, 54
 - eficaces, 55
 - potencialmente dañinos, 54
 Medicamentos prescritos y sin receta, 86
 Melancolía, 238
 Memoria, 124
 - a corto plazo (reciente), 125
 - a largo plazo (remota), 125
 - inmediata, 124
 Mentir, 175
 Mentiras, manejo de las, 176
 Miedo
 - a la dependencia, 177
 - a la intimada, 177
 - al padecimiento, 177
 Molestias físicas, 149, 282
 - abuso físico o sexual en la infancia, 150
 - búsqueda de doctores, 150
 - consumo de sustancias, 151
 - defectos físicos (imaginados o exagerados), 150
 - dolor crónico, 150
 - edad de inicio, 150
 - enfermedad médica en la infancia, 150
 - estrés ambiental, 150
 - examen del estado mental, 151
 - ganancia secundaria, 150
 - ideas, conducta suicida, 151
 - indicios, 149
 - información de la historia, 150
 - miedo a enfermedades médicas que el paciente no tiene, 150
 - operaciones, 150
 - principales diagnósticos, 150
 Monocigóticos, 60
 Motivo de consulta, 14
 - difuso, 173
 - importancia, 15
 - respuestas, 15
 - trata de conocer la verdadera razón de su asistencia, 16
 - y discurso libre, 13
 Mudez, 189
 - conversión, 189

depresión, 189
 ganancias, 189
 neurológicas, 189
 psicosis, 189
 Muerte inminente, 192
 Muletillas, 109

N

National Institute of Mental Health, 8
 Negación, 55
 Negativismo, 102
 Neologismos, 108
 Neurosis de guerra, 246
 Neurótico, 25
 Nivel de energía, 35
 Nombrar los sentimientos, 53

O

Obsceno, 25
 Obsesiones y compulsiones, 119
 Obsesivo-compulsivo, 75
 Odio, 82
 Olvidos, 163
 Omisiones, 164
 Orientación, 123

P

Pacientes excesivamente
 emocionales, manejo de, 55
 Pacientes jóvenes, 183
 Pacientes mayores, 181
 Padecimiento actual
 confrontaciones, 46
 consecuencias del, 35
 descripción de los síntomas, 34

elige las preguntas correctas, 44
 episodio actual, 33
 episodios previos, 39
 factores estresantes, 38
 habla el lenguaje del paciente, 43
 hechos acerca del, 41
 historia del, 33
 identifica tus distracciones, 42
 inicio y secuencia de los síntomas,
 37
 síntomas vegetativos, 34
 tratamiento previo, 40
 usa preguntas abiertas, 43
 Padecimiento, consecuencias del, 35
 Pagos por discapacidad, 37
 Pánico
 ataque de, 118, 245
 trastorno de, 245
 Parafilias, 89
 Paranoide, 43, 75
 Pareja, 66
 Paternalista, 26
 Pedofilia, trastorno de, 89
 Pensamiento
 abstracto, 126
 audible, 117
 bloqueado, 107
 contenido del, 112
 curso del, 105
 violento, 120
 Pensamiento, dificultades de, 144,
 281
 cambio de personalidad, 146
 cambios en el ciclo sueño-vigilia,
 146
 curso, 145
 dificultades para cuidar de sí
 mismo, 145
 edad de inicio, 145
 examen del estado mental, 146

- impulsividad, 146
- indicios, 144
- información de la historia, 145
- inicio, 146
- intentos de suicidio, 146
- pérdida de memoria, 146
- principales diagnósticos, 145
- pruebas de laboratorio, 146
- síntomas fluctuantes y estado mental, 145
- síntomas psicóticos, 146
- trastorno depresivo, 145
- trauma en la cabeza, 145
- Pensar y concentrarse, problemas para, 136
- Percepción, 116
- Perseveración, 108
- Personalidad
 - antisocial, 75
 - dependiente, 75
 - histriónica, 75
 - limítrofe, 75
 - limítrofe, trastorno de la, 249
 - narcisista, 75
 - narcisista, trastorno de la, 250
 - obsesivo-compulsiva, trastorno de la, 250
 - por evitación, 75
 - por evitación, trastorno de la, 250
 - premórbida, 72
 - problemas de, 141
 - rasgos y trastornos de, 71
 - trastorno antisocial de la, 249
- Personalidad, trastornos de la, 248
 - diagnóstico de, 74
 - esquizotípica, 248
- Perversión, 25
- Prácticas sexuales, 87
- Preferencia sexual, 87
- Preguntas cerradas, 94
- Preguntas directivas frente a no directivas, 13
- Preguntas tendenciosas, 95
- Preocupación, 52
- Preocupaciones somáticas, 188
- Primera pregunta, 13
- Problemas
 - cognitivos, 144, 281
 - médicos, 84
 - psicosociales y ambientales, **38**
- Problemas sociales y de personalidad, 141, 286
 - adicción al trabajo, 143
 - agresión física, 143
 - autolesiones no suicidas, 143
 - carga resentimientos, 143
 - confía en los demás
 - excesivamente, 143
 - conserva objetos sin valor, 143
 - crueldad, 143
 - delincuencia infantil, 143
 - desconfianza, 143
 - deshonestidad, 143
 - examen del estado mental, 144
 - ideas o conductas suicidas, 143
 - impulsividad, 143
 - impulso sexual bajo, 143
 - indecisión, 143
 - indicios, 141
 - indiferente a los elogios, 143
 - inestabilidad del estado de ánimo, 143
 - inflexibilidad, 143
 - información de la historia, 142
 - inseguridad, 143
 - irresponsabilidad, 143
 - no se preocupa por los demás, 143
 - poca sociabilidad, 143
 - principales diagnósticos, 142

rechaza las críticas, 143
 relaciones interpersonales
 inestables, 143
 sumisión excesiva, 143
 tacañería, 143
 Pronóstico, 199
 adherencia al tratamiento, 200
 apoyo social disponible, 201
 áreas definidas por el término,
 199
 diagnóstico principal, 200
 disponibilidad del tratamiento
 para el trastorno primario, 200
 duración y curso del
 padecimiento, 200
 evaluar el, 199
 factores que afectan el, 200
 otros factores, 201
 personalidad premórbida, 201
 reciente nivel de funcionamiento,
 201
 respuestas previas al tratamiento,
 200
 Prosodia, 103
 Proyección, 55
 Pruebas de capacidad cognitiva, 127
 Psicosis, 25, 132, 188
 alcohol y drogas, 133
 depresión, 133
 desempleo o actividad laboral
 reducida, 133
 duración de la enfermedad, 133
 edad de inicio, 133
 enfermedad física, 133
 episodios previos con
 recuperación, 133
 estrés ambiental, 133
 examen del estado mental, 134
 falta de motivación, voluntad,
 interés, 133

 historia familiar, 133
 indicios, 132
 información de la historia, 133
 inicio, 133
 observa los síntomas de primer
 grado, 133
 personalidad esquizoide o
 esquizotípica premórbida, 133
 principales diagnósticos, 132
 Psicósomáticos, 149

R

Rapport, 10, 13
 bases del, 21
 establecimiento del, 21
 Recomendar más investigación
 complejidad de la pregunta que
 se debe responder, 202
 costo de la prueba, 201
 frecuencia del trastorno, 202
 riesgos de la prueba, 201
 valor de la prueba, 202
 Relaciones con otros, 73
 Relaciones sociales, 65
 Religión, 64
 Repetición, 123
 Represión, 55
 Resistencias, 163
 ¿por qué se resisten los
 pacientes?, 164
 prevención, 170
 ¿qué hacer?, 165
 reconocer las, 163
 tu actitud, 171
 Respuestas aproximadas, 173
 Revisión de los sistemas, 69
 Ropa e higiene, 101
 Rutina y normal, 111

S

Sadismo sexual, trastorno de, 89
 Salud en la infancia, 62
 Sensibilidad, formación con, 96
 Sentimientos, 51
 de la entrevista, 49
 evalúa tus propios, 22
 negativos y positivos, 49, **50**
 ocultos, 177
 otras técnicas, 51
 preguntas directas acerca de los, 50
 reflejar los, 52
 Seriedad física y psicológica, 79
 Seudoparkinsonismo, 69
 Sexualidad, temas comunes de la, 88
 Silencio, 164
 manejar el, 165
 Síndrome
 de Briquet, 247
 de Down, 60
 Síntomas, 37
 conversivos, 70
 Situación de vivienda actual, 65
 Sobregeneralización, 173
 Somatización, 55
 trastorno de, 70, 247
 Somnolencia, 101
 Sordera/discapacidad auditiva
 grave, 185
 Sublimación, 55
 Sueño, 34
 Suicidio, 78
 Supresión, 55
 Suscitar sentimientos, 50
 Sustancias, abuso de, 83, 280
 Sustancias, trastornos de uso de, 138
 abuso, 139
 actividades para surtirse, 140
 cambio de personalidad, 141

 compartir agujas, 140
 cronología, 140
 dependencia, 140
 edad de inicio, 140
 examen del estado mental, 141
 frecuencia de su uso, 140
 indicios, 139
 información de la historia, 139
 patrón de uso, 141
 principales diagnósticos, 139
 problemas de relación, 141
 problemas de salud, 140
 problemas legales, 140
 trastornos emocionales/
 conductuales, 140
 vía de administración, 141
 Sustancias, uso de, 219

T

Tácticas de desviación, 164
 Tangencialidad, 107
Tarasoff, 10
 Tardanza, 163, 168
 Tartamudeo, 108
 Técnicas especiales, 169
 Temas delicados, 77
 Tomar notas, 9
 Transferencia, 165
 Transiciones, 96
 Transmisión sexual, enfermedades
 de, 90
 Trastorno(s)
 antisocial de la personalidad, 249
 bipolares, 239
 celos como, 242
 de ansiedad, 244
 generalizada, 244
 social, 118
 y relacionados, 277

de estrés postraumático, 246
 de exhibicionismo, 89
 de fetichismo, 89
 de frotteurismo, 89
 de la personalidad, 248
 diagnóstico de, 74
 esquizotípica, 248
 límitrofe, 249
 narcisista, 250
 obsesivo-compulsiva, 250
 por evitación, 250
 rasgos y, 71
 de masoquismo sexual, 89
 de pánico, 245
 de pedofilia, 89
 de sadismo sexual, 89
 de somatización, 70, 247
 de travestismo, 89
 de uso de sustancias, 138
 de voyeurismo, 90
 del control de impulsos, 284
 del estado de ánimo, 237, 275
 delirante, 241
 depresivo mayor, 237
 depresivo persistente, 239
 descripción de algunos, 237
 dismórfico corporal, 119
 erotomaniaco, 242
 esquizoafectivo, 240
 esquizofreniforme, 241
 grandeza como, 242
 mixto, 242
 neurocognitivo, 243
 con psicosis, 219

no especificado, 242
 obsesivo-compulsivo, 246
 parafílicos, 90
 persecutorio, 242
 psicóticos, 239, 279
 debido al uso de sustancias/
 fármacos o a otra enfermedad
 médica, 242
 relacionados con sustancias, 242
 somático, 242
 Tratamientos médicos, 68
 Travestismo, trastorno de, 89

V

Vaguedad, 173
 incapacidad para generalizar, 175
 manejo de la, 174
 Velocidad y ritmo del habla, 108
 Venganza, 82
 Verbigeración, 107
 Víctima, 25
 Vida adulta, 63, 285
 Vida sexual, 86
 Violación, 91
 Violencia
 potencial, 179
 y su prevención, 81
 Visitas domiciliarias, 162
 Voyeurismo, trastorno de, 90
 Voz, 103