



Mi Universidad

Síntesis

Méndez Trejo Jesús Santiago

Primer parcial

Psiquiatría

Dr. Erick José Villatoro Verdugo

Medicina humana

Segundo semestre, grupo "C"

Comitán de Domínguez, Chiapas a 10 de septiembre del 2025

Entrevista psiquiátrica y delirium

La entrevista psiquiátrica es el procedimiento central para la evaluación clínica, diagnóstico y planificación terapéutica en salud mental. Su objetivo es obtener información fiable sobre el estado mental y la vida del paciente, establecer una relación terapéutica y evaluar riesgos inmediatos. El proceso se organiza en tres fases: apertura, desarrollo y cierre.

En la apertura el entrevistador crea un entorno seguro: privacidad, ambiente tranquilo y tiempo suficiente. Se presenta, explica el propósito de la entrevista y los límites de la confidencialidad (p. ej., obligación de notificar riesgo de daño). Es importante obtener datos identificativos y el motivo de consulta en palabras del paciente; la actitud inicial del profesional debe ser empática y no juzgadora para facilitar la comunicación.

La fase de desarrollo incluye la recolección sistemática de información. Se exploran el padecimiento actual (inicio, curso, factores precipitantes, tratamientos previos y respuesta), antecedentes psiquiátricos (episodios previos, hospitalizaciones, intentos suicidas), antecedentes médicos (enfermedades crónicas, medicación, alergias) y uso de sustancias. El interrogatorio psicosocial abarca apoyo familiar, condiciones laborales, eventos estresantes, abuso y factores culturales. Cuando el sujeto es poco fiable o hay deterioro cognitivo, se complementa con información colateral (familiares, registros).

El Examen del Estado Mental (EEM) es un componente estructurado que evalúa apariencia y conducta, actitud hacia el entrevistador, nivel de conciencia, orientación (tiempo, lugar, persona), atención y concentración, memoria (inmediata y reciente), lenguaje, curso y contenido del pensamiento (delirios, ideas obsesivas), percepción (alucinaciones, ilusiones), afecto y estado de ánimo, juicio e insight, y funciones cognitivas superiores (abstracción, cálculo). Se recomienda usar escalas estandarizadas (MMSE, MoCA u otras) cuando la evaluación cognitiva precisa cuantificación.

Las técnicas comunicacionales son clave: preguntas abiertas para obtener narrativas, preguntas cerradas para precisar datos, reformulación y resumen para comprobar comprensión, y confrontación suave ante contradicciones. La detección de riesgo suicida o de violencia debe realizarse de forma directa: indagar pensamientos, plan, medios y factores protectores. También hay que evaluar transferencia y contratransferencia y fijar límites terapéuticos.

En el cierre se resume lo conversado, se explica el diagnóstico provisional y el plan (tratamiento, estudios, seguimiento), se obtiene consentimiento para intervenciones y se pactan medidas de emergencia y seguimiento. Toda la entrevista debe registrarse con fecha, hora, firmantes y recomendaciones concretas.

Delirium: presentación, evaluación y manejo

El delirium es un síndrome clínico de inicio agudo y curso fluctuante caracterizado por alteración de la atención y de la conciencia, con compromiso cognitivo variable (memoria, orientación, lenguaje), desorganización del pensamiento y alteraciones perceptivas. Se clasifica en subtipos: hiperactivo (agitación, respuestas motoras elevadas), hipoactivo (letargia, enlentecimiento) o mixto. Es una condición frecuente en contextos hospitalarios y en ancianos, y constituye una emergencia diagnóstica porque suele deberse a causas potencialmente reversibles.

La etiología es multifactorial: factores predisponentes (edad avanzada, demencia, comorbilidad médica, polifarmacia, déficit sensorial) interactúan con precipitantes agudos (infección, hipoxia, alteraciones metabólicas, fármacos anticolinérgicos, intoxicación, abstinencia, cirugía mayor). Por tanto, la evaluación debe ser exhaustiva y orientada a identificar causas tratables.

Para la detección se emplean herramientas de cribado como el Confusion Assessment Method (CAM). La valoración clínica incluye examen físico completo, revisión farmacológica (incluir OTC), pruebas básicas de laboratorio (electrolitos, glucosa, función renal/hepática, gases arteriales), cultivos si procede y neuroimágenes según indicación. Es esencial diferenciar delirium de demencia (delirium tiene inicio agudo y curso fluctuante, afectación notable de la atención) y de psicosis primaria (en la que la atención suele conservarse).

El manejo se basa en identificar y corregir la causa subyacente. Medidas generales incluyen soporte de la vía aérea y oxigenación, corrección de alteraciones hidroelectrolíticas y metabólicas, control del dolor y de la infección, retirada de fármacos precipitantes y optimización del entorno (orientación frecuente, presencia familiar, iluminación adecuada, uso de gafas y audífonos, evitar inmovilización innecesaria). La prevención (reducción de polifarmacia, movilización temprana, control del sueño) es muy efectiva en pacientes de riesgo.

La farmacoterapia se reserva para controlar síntomas graves (agitación peligrosa, psicosis que impide el tratamiento etiológico). Los antipsicóticos en dosis bajas (por ejemplo, haloperidol u otros atípicos en ajuste según comorbilidad cardíaca) son usados con precaución; las benzodiacepinas se evitan salvo en delirium por abstinencia alcohólica/benzodiazepínica. La elección del fármaco y la dosis debe ponderar edad, factores cardiovasculares y efectos adversos potenciales.

El pronóstico del delirium es variable: puede resolverse con tratamiento de la causa, pero conlleva mayor estancia hospitalaria, riesgo de declive funcional y aumento de mortalidad, especialmente en ancianos y cuando coexiste demencia. Por ello, la identificación precoz, el tratamiento etiológico y las medidas preventivas son esenciales para mejorar resultados.