

CAPÍTULO 2

Entrevista y evaluación

Festina lente
(Apresúrate lentamente)

Proverbio latino

EL PRIMER ENCUENTRO con el paciente empieza por la anamnesis, igual que en otras especialidades. Los médicos principiantes pueden experimentar cierta ansiedad a la hora de acercarse y conversar con personas con enfermedades mentales, en gran parte a causa de la representación tan inquietante que se ha hecho de ellos en los medios de comunicación. Sólo hay que pensar en Randall Patrick McMurphy en *Alguien voló sobre el nido del cuco* (o *Atrapado sin salida*), o en John Nash en *Una mente maravillosa* (*Una mente brillante* en América Latina). Además, la anamnesis en psiquiatría requiere que el entrevistador formule preguntas incómodas como “¿Oye voces cuando no hay nadie a su alrededor?” o preguntar sobre determinadas áreas privadas e íntimas de su vida, como pueden ser las preferencias y prácticas sexuales. Sin embargo, esto es un poco como aprender a esquiar o a nadar. Una vez que uno se lance montaña abajo (o se meta en el agua), verá que la anamnesis es sorprendentemente fácil, interesante, e incluso divertida. Las necesidades del entrevistador varían, por supuesto, según el tipo y gravedad de la enfermedad que tenga el paciente. Los pacientes con síntomas más leves, como los trastornos de ansiedad o los trastornos de personalidad, suelen ser más capaces de describir con claridad y fluidez sus síntomas y su historia. El paciente gravemente depresivo, maniaco o psicótico representa un gran reto en el que el médico tiene que depender de otros informadores, como los miembros de la familia o los amigos, además del propio paciente.

■ Entrevista o consulta psiquiátrica

La evaluación psiquiátrica inicial tiene distintos propósitos. Uno de ellos es hacerse una idea acerca del diagnóstico o los diagnósticos diferenciales del paciente, y comenzar a planificar el tratamiento. La segunda función es generar un documento con la historia clínica del paciente, cuya información sea legible, fácil de interpretar y organizada según un formato específico. Además, esta consulta inicial suele ser también terapéutica, ya que permite al médico establecer una relación con el paciente y asegurarle que va a recibir ayuda.

El Cuadro 2-1 es un resumen del contenido de dicho documento escrito. Como se observa en el cuadro, la evaluación psiquiátrica estandarizada se parece bastante a las evaluaciones utilizadas en el resto de áreas médicas, aunque con algunas modificaciones mínimas. El contenido relacionado con la enfermedad actual y con los antecedentes personales se centra principalmente en los síntomas psiquiátricos, y los antecedentes familiares aportan información adicional sobre los antecedentes psiquiátricos de la familia del paciente. En los antecedentes familiares y sociales también se añaden otros datos personales y sociales, aparte de los que ya aparecen en el historial médico estandarizado. La evaluación del estado mental es una parte fundamental de la entrevista que se suele incluir únicamente en las evaluaciones psiquiátricas y neurológicas.

Identificación del paciente y fuentes de información

Para la identificación del paciente, incluya los datos sobre la edad, la raza o etnia, el sexo, el estado civil y la profesión. También indique si el paciente es la única fuente de información o si obtuvo datos de los familiares o los antecedentes psiquiátricos. También indique si el paciente vino por su propia voluntad, si fue a petición de los familiares o fue derivado por otro médico. En los dos últimos casos, especifique el nombre de los familiares o del médico. Además, también es importante indicar su impresión respecto a la fiabilidad que le trasmite la fuente.

Motivo de consulta

Comience por mencionar el motivo de consulta del paciente reproduciendo literalmente sus palabras, mediante el uso de comillas (p. ej., “estoy pensando en suicidarme”, o “cuando me enfado, me entran ganas de hacer daño a la gente”). Se suelen añadir una o dos oraciones para ampliar la información, especialmente si el motivo de consulta del paciente resulta relativamente ambiguo.

Antecedentes de la enfermedad actual

Redacte de forma concisa los antecedentes de la enfermedad o los problemas que llevaron al paciente a la consulta para recibir tratamiento. En primer lugar, describa el inicio de los síntomas. En los primeros párrafos de la enfermedad actual se debe señalar si es el primer episodio del paciente, la primera evaluación psiquiátrica o la primera internación. Pregunte cuándo empezaron los primeros síntomas y la naturaleza de su inicio (agudo, insidioso, etc.), así como si el comienzo de los síntomas fue provocado por algún hecho concreto de su vida o un problema, en cuyo caso debe ser detallado. Asimismo deben descri-

CUADRO 2-1. Evaluación psiquiátrica

Identificación del paciente y fuentes de información
Motivo de consulta
Antecedentes de la enfermedad actual
Antecedentes psiquiátricos
Antecedentes familiares
Antecedentes sociales
Antecedentes médicos
Evaluación del estado mental
Exploración física general
Exploración neurológica
Diagnóstico presuntivo
Tratamiento y planificación del tratamiento

birse las condiciones médicas que hayan podido provocar dichos síntomas, y también debe registrarse si el consumo excesivo de alcohol o drogas pudo ser un factor desencadenante.

Describa la evolución de los síntomas del paciente, y redacte un resumen sistemático de todos los síntomas que presenta de manera que le resulte útil para realizar el proceso de diagnóstico diferencial de la enfermedad. El listado de los síntomas debe seguir los criterios establecidos en el DSM-IV-TR, y especificar tanto los síntomas presentes como los que no lo están. No obstante, dicha descripción no debe limitarse únicamente a los criterios diagnósticos mencionados en el DSM-IV-TR, ya que no incluye una descripción completa de la variedad de síntomas que puede manifestar un paciente, es decir, se describen de forma mínima, y no exhaustiva. En la descripción de la enfermedad también es necesario indicar el grado de incapacidad del paciente como consecuencia de los síntomas, así como la manera en la que influyen en su vida personal y familiar. Del mismo modo se deben registrar otros tratamientos recibidos para dicha enfermedad, especificando la duración, y detallando la dosis y la efectividad de las medicaciones, ya que a menudo dictan el siguiente paso.

Antecedentes psiquiátricos

En los antecedentes psiquiátricos se resumen las enfermedades anteriores, problemas y tratamientos recibidos. En pacientes con historias clínicas complejas y enfermedades psiquiátricas crónicas, este apartado será bastante extenso. Se debe comenzar indicando la edad de la primera evaluación psiquiátrica del paciente y el número de internaciones o episodios previos. A continuación se describen por orden cronológico los episodios precedentes, incluso su duración, el tipo y la gravedad de los síntomas manifestados, los tratamientos recibidos y la respuesta a estos. Es necesario asentar si el paciente presenta patrones característicos (p. ej., los episodios maníacos siempre van seguidos de episodios depresivos o los trastornos depresivos previos a menudo responden a una medicación específica), ya que proporciona información útil para planificar el tratamiento. Se debe indicar si el paciente no recuerda muy bien los síntomas presentados, o si gran parte de los antecedentes personales se obtienen más bien de historias clínicas previas que del propio

paciente. Del mismo modo, se deben incluir todos los tipos y patrones de síntomas y el número de episodios que hayan sido confirmados por los familiares.

Antecedentes familiares

No sólo se debe registrar la edad y profesión de los padres y de todos los hermanos del paciente, sino también la edad, la educación o la profesión de todos sus hijos, cuando corresponda. Si algunos de estos parientes de primer grado (padres, hermanos, hijos) tiene antecedentes de trastornos mentales, se debe especificar dicha enfermedad, junto con información acerca del tratamiento, las internaciones, la evolución y el pronóstico a largo plazo. Puede que tenga que describir trastornos concretos, ya que muchos pacientes no reconocen conductas alcohólicas o delictivas (p. ej., “¿alguno de sus familiares tiene antecedentes relacionados con el alcoholismo, actividades delictivas, consumo abusivo de drogas, episodios depresivos graves, intentos de suicidio o suicidios?, ¿alguna vez han sido admitidos o internados en un centro psiquiátrico?, ¿conoce el motivo?, ¿alguno de ellos ha tomado calmantes o visitado un psiquiatra, psicólogo o consejero?”). La entrevista también sirve para obtener la máxima información posible sobre los trastornos mentales de otros familiares cercanos. Todo dato relevante acerca de los aspectos sociales, educativos y culturales también debe incluirse en este apartado de la consulta. A menudo, resulta útil elaborar un árbol genealógico en los casos complicados.

Antecedentes sociales

Los antecedentes sociales proporcionan una descripción concisa sobre la vida del paciente, aportando información respecto a su lugar de nacimiento, lugar donde creció y naturaleza de los procesos de adaptación durante las primeras etapas de su vida. Deben registrarse también los problemas que haya podido tener el paciente en su infancia, como rabietas, fobias escolares o conductas delictivas. Del mismo modo, debe describirse la relación del paciente con sus padres y hermanos, así como su desarrollo psicosexual (p. ej., la edad de la primera experiencia sexual). También debe registrarse cualquier información relevante que haya influido en el paciente relacionada con los aspectos religiosos o culturales de la familia. Se deben resumir los datos referentes a la educación, incluidos la cantidad de cursos aprobados, su rendimiento y la naturaleza de su interés académico. Es importante investigar sus intereses y participación en actividades extracurriculares, las relaciones interpersonales establecidas durante la adolescencia y la primera etapa de adultez, y los antecedentes laborales y militares del paciente. En algunos de estos asuntos puede que sea necesario añadir información más detallada, según el motivo de consulta y el diagnóstico.

Este apartado también contiene un resumen sobre la situación social del paciente en ese momento, incluidos el estado civil, la profesión y los ingresos. En el caso de pacientes en situación de desempleo o discapacidad, puede ser útil preguntar “¿en qué trabaja (ha trabajado)?”. Debe describirse el lugar de residencia del paciente y los miembros de la familia con los que convive. Este apartado debe incluir información acerca del apoyo social disponible para el paciente en ese momento, así como determinados hábitos de consumo como el tabaco o el alcohol.

Antecedentes médicos

Es importante revisar los antecedentes médicos y el estado de salud actual del paciente. También debe registrarse si actualmente está recibiendo tratamiento por alguna enferme-

dad, el tipo de tratamiento, las medicaciones y la dosis, así como cualquier tipo de vitaminas, complementos, productos herbales u otros métodos de tratamiento no tradicionales (p. ej., acupuntura, quiropráctica o complementos dietéticos). Se debe registrar cualquier alergia, intervención quirúrgica, traumatismo o enfermedades graves; tienen especial relevancia los dolores y lesiones en la cabeza, los ataques y otros problemas que afecten al sistema nervioso central.

Evaluación del estado mental

La evaluación del estado mental en psiquiatría equivale a la exploración física en medicina. Incluye una evaluación detallada sobre el aspecto físico del paciente, los patrones del discurso y del pensamiento, la memoria y la capacidad de juicio.

Los componentes del examen del estado mental se resumen en el Cuadro 2-2. Algunos aspectos están determinados simplemente a través de las observaciones realizadas en el paciente (aspecto físico, afecto), mientras que otros se determinan con preguntas relativamente concretas al paciente (estado de ánimo o alteraciones perceptivas). Por último, algunas funciones se evalúan formulando varias preguntas concretas al paciente (memoria o conocimientos generales). El entrevistador debe diseñar sus propias técnicas para evaluar determinadas funciones como la memoria, los conocimientos generales o el cálculo. Además, debe usar las mismas técnicas con todos sus pacientes para así poder tener un buen criterio sobre la variedad de respuestas normales o anormales en personas de diferentes edades, nivel educativo o diagnóstico.

Aspecto físico y actitud

Describa el aspecto físico general del paciente, incluidos el aseo e higiene personal y la expresión facial. Registre si el paciente aparenta su edad, o si aparenta ser más joven o más viejo. También debe tener en cuenta la adecuación del vestuario y describir si el paciente se muestra colaborador, está a la defensiva, enfadado o desconfiado.

Actividad motora

Registre sus observaciones referentes al nivel de actividad motora del paciente. ¿Permanece sentado y tranquilo, o está agitado? Deben registrarse cualquier tipo de movimientos anormales, tics, o gestos extraños. Si lo considera relevante, evalúe y registre signos de catatonía como la flexibilidad cérea, descrita en el capítulo “Comportamiento catatónico”. Determine si existe algún signo de movimiento anormal, como movimientos de la boca y articulación imperfecta del habla observados en personas con discinesia tardía.

Pensamiento y discurso

A menudo los psiquiatras hablan de “trastornos del pensamiento” o “trastornos formales del pensamiento” para referirse a los patrones de discurso del paciente a través de los cuales se infieren los trastornos del pensamiento, ya que éste no puede evaluarse directamente. Registre la fluidez verbal del paciente (normal, lenta, acelerada), y si el discurso del paciente indica un patrón de pensamiento lógico y con unos objetivos, o por el contrario presenta anomalías en la procesos de pensamiento (descarrilamiento, incoherencia, pobreza del contenido de ideas). Resuma el contenido del pensamiento, indicando detalladamente cualquier delirio presente. Si ya se ha descrito en los antecedentes de la enfermedad

CUADRO 2-2. Examen del estado mental

Aspecto físico y actitud	Conocimientos generales
Actividad motora	Cálculo
Pensamiento y discurso	Capacidad lectora y escrita
Estado de ánimo y afecto	Habilidad visual y espacial
Percepción	Atención
Orientación	Pensamiento abstracto
Memoria	Juicio e introspección

actual, se puede incluir una simple referencia como “el paciente presenta delirios que ya han sido descritos”.

Estado de ánimo y afecto

El concepto *estado de ánimo* hace referencia a una conducta emocional relativamente constante. Se suele observar a través de la autoevaluación del propio paciente, aunque pueden deducirse algunas ideas de la expresión facial del paciente. Es importante registrar si se encuentra en un estado de ánimo neutro, eufórico, depresivo, preocupado o irritable.

El *afecto* se observa a partir de las reacciones emocionales provocadas por determinados estímulos. El concepto “afecto” refiere a la forma en que el paciente expresa su estado emocional, según es percibido por otras personas. El entrevistador observa en la cara del paciente su respuesta a una broma o una sonrisa, y determina si las reacciones emocionales manifestadas son adecuadas o no, además de registrar el grado de reactividad emocional. La *inexpresividad* o el *embotamiento afectivo* se infieren cuando los pacientes muestran una respuesta emocional limitada, mientras que la *afectividad inadecuada* se refiere a las respuestas emocionales que no se adecuan al contenido de la conversación, como risa tonta sin motivo aparente.

Percepción

Registre todo tipo de alteración perceptiva que presente el paciente. Las alteraciones perceptivas más habituales son las alucinaciones, definidas como percepciones sensoriales alteradas sin que haya presente ningún estímulo real. Pueden ser auditivas, visuales, olfativas o táctiles. A veces hay alucinaciones durante el estado hipnagógico (cuando se concilia el sueño) o hipnopómpico (cuando se produce el despertar), pero éstas no se consideran realmente alucinaciones. Una *ilusión* es una interpretación errónea de un estímulo real, por ejemplo ver una sombra y creer que es una persona.

Orientación

Esta función describe la capacidad de orientación del paciente, y suele incluir la orientación temporal, espacial y personal. Se evalúa a través de preguntas en las que el paciente describe día, fecha, año, hora y lugar en el que vive, así como su nombre o identidad y por qué está en el hospital (o clínica).

Memoria

La memoria se divide en memoria sensorial, memoria a corto plazo y memoria a largo plazo; y todas ellas deben describirse. La memoria sensorial (muy corto plazo) permite almacenar información de forma inmediata. Para examinarla, se pide al paciente que repita justo después del entrevistador series de números o tres datos (p. ej., un color, un nombre propio de persona o una calle). De esta manera, puede evaluarse la capacidad del paciente para recordar dicha información justo después de mencionarla. Si el paciente tiene alguna dificultad, se repiten los datos hasta que sea capaz de retenerlos. Sin embargo, si no fuera capaz de recordar la información tras 3 o 4 intentos, el entrevistador lo registrará en la historia clínica. Se le informará al paciente que en 3 a 5 minutos se le volverá a preguntar acerca de los datos. La capacidad de recuperar dicha información tras ese período de tiempo es un indicador de la memoria a corto plazo. Por otra parte, la memoria a largo plazo se examina pidiendo al paciente que recuerde acontecimientos ocurridos en los últimos días, así como hechos del pasado de hace unos meses o años.

Conocimientos generales

Este aspecto se evalúa formulando al paciente una serie de preguntas sobre distintos temas como los nombres de los cinco últimos presidentes, acontecimientos actuales, o información sobre historia y geografía (p. ej., “¿me podría decir qué ocurrió el 11 de septiembre de 2001?, o ¿sabe quién es el presidente actual?”). El bagaje de conocimientos generales debe registrarse teniendo en cuenta su nivel de formación académica. Este factor es especialmente importante para diagnosticar una posible demencia.

Cálculo

La prueba estándar que se utiliza para evaluar el cálculo está basada en series de 7, en el que el paciente debe restar 7 al número 100, luego multiplicar el resultado por 7 y continuar con esta serie hasta realizar al menos 5 restas. Algunos pacientes crónicos están relativamente tan habituados a este tipo de ejercicios, que es bueno tener otras herramientas. Una de ellas, que resulta muy útil, consiste en pedir al paciente que haga cálculos necesarios en la vida cotidiana. Por ejemplo, “si fui a la tienda y compré 6 naranjas a \$ 1 las 3 naranjas y pagué con un billete de \$ 10, ¿cuánto me devolverán?”. Estas operaciones se pueden adaptar al nivel educativo del paciente, de modo que aquellos pacientes con un nivel bajo realicen cálculos con series de 3. Asimismo, las operaciones que realizamos en la vida real también pueden hacerse más sencillas o complejas.

Capacidad para leer y escribir

Se le facilita al paciente un texto sencillo y se le pide que lo lea en voz alta, además de escribir una oración concreta, elegida por el entrevistador o por el paciente. La habilidad para leer y escribir del paciente debe evaluarse de acuerdo con su nivel educativo.

Habilidad visual y espacial

El paciente debe copiar una figura, que podrá ser bastante simple (p. ej., un cuadrado dentro de un círculo). Otra tarea alternativa es pedir al paciente que dibuje un reloj y coloque las manillas en una hora concreta, como las 11.10 hs.

Atención

En parte, esta función se evalúa a través de las tareas que se acaban de describir, como el cálculo o expresar la hora. Se pueden emplear pruebas de atención complementarias, como pedir al paciente que deletree una palabra al revés (p. ej., “mundo”). También se le puede pedir que nombre cinco objetos que empiecen con una letra en particular, como la d. Por último, también cabe la posibilidad de realizar una prueba muy útil sobre la capacidad cognitiva y la fluidez verbal.

Pensamiento abstracto

La capacidad del paciente para pensar de forma abstracta se puede evaluar de varias maneras. Uno de los métodos preferidos es pedir al paciente que interprete refranes, como “piedra que rueda no cría musgo” o “a lo hecho pecho”. También se le puede decir que identifique rasgos comunes entre dos objetos (p. ej., “¿en qué se parecen una manzana y una naranja?, ¿en qué se parecen una mosca y un árbol?”).

Juicio e introspección

La evaluación de estas funciones consiste en evaluar el grado de realismo del paciente para valorar su enfermedad y otros problemas de su vida. La introspección puede determinarse de forma relativamente directa, por ejemplo preguntando “¿considera que tiene un trastorno mental?, o ¿cree que necesita tratamiento?”. Aunque la capacidad de juicio no se puede evaluar tan fácilmente, las elecciones y decisiones recientes tomadas por el paciente pueden ayudar a examinar esta función, incluso las preguntas sencillas a veces pueden ser muy útiles. Algunas de las más utilizadas son las siguientes: “¿Qué haría si encontrara un sobre sellado con la dirección?, ¿qué haría si estuviera dentro de un cine y oliera a humo?”.

Exploración física general

La exploración física general debe seguir las mismas pautas que las establecidas en el resto de campos médicos, teniendo en cuenta todos los órganos del cuerpo. Para examinar pacientes del sexo opuesto, por ejemplo en casos en los que el médico sea un hombre y tenga que examinar a una paciente mujer, se debe procurar que esté presente otra persona como acompañante.

Exploración neurológica

Esta función también se determina mediante un método estandarizado. Es muy importante realizar una exploración neurológica exhaustiva en pacientes de psiquiatría para descartar signos neurológicos focales que puedan ayudar a explicar los síntomas del paciente.

Impresión diagnóstica

El médico debe registrar su diagnóstico presuntivo (de presunción o de sospecha) atendiendo en la medida de lo posible los 5 ejes del DSM-IV-TR. En caso de que sea adecuado, puede establecerse más de un diagnóstico. Cuando el diagnóstico no es muy seguro, se

debe añadir la palabra *provisional*. Suele ser difícil establecer un diagnóstico definitivo durante la evaluación inicial. Cuando se da esta situación, se deben enumerar los posibles diagnósticos diferenciales.

Tratamiento y planificación

El tratamiento y su planificación variarán dependiendo del grado de certeza del diagnóstico. Si no es muy seguro, el primer paso del tratamiento y su planificación supondrá llevar a cabo más evaluaciones para determinar un diagnóstico más fiable. Así pues, el tratamiento y la planificación pueden incluir un listado de pruebas de laboratorio adecuadas para descartar los diagnósticos diferenciales enumerados antes. Por otra parte, si el diagnóstico es seguro se puede comenzar a planificar el tratamiento específico, incluidos una propuesta de régimen de medicación, planes de rehabilitación laboral, un programa de entrenamiento de habilidades sociales, terapia ocupacional, terapia de pareja y otros tratamientos complementarios adecuados para los problemas concretos del paciente.

■ Técnicas de la entrevista

Aunque los objetivos de la consulta pueden variar dependiendo del paciente y de su enfermedad, algunas técnicas son comunes para la mayoría de las entrevistas.

Establezca una relación psiquiatra-paciente lo antes posible. Una buena manera de comenzar es preguntarle al paciente cosas sobre sí mismo (p. ej., “¿a qué se dedica?, ¿qué le gusta hacer para divertirse?, ¿cuántos años tiene?”). Estas preguntas no deben formularse a modo de interrogatorio, sino más bien que parezca que realmente el entrevistador está interesado en conocer al paciente. Se puede mostrar interés haciendo preguntas de seguimiento. Al comienzo de la consulta se debe emplear un tono afable y amistoso. Una vez que ya se ha establecido dicha relación, el entrevistador deberá preguntar al paciente acerca del tipo de problemas que tiene y el motivo que le ha llevado a acudir al hospital o clínica.

Determine el motivo de consulta del paciente. En ocasiones, este motivo es útil y explícito, por ejemplo “me siento muy deprimido”, “me duele mucho la cabeza y los médicos que he visto no encuentran ninguna explicación”. Otras veces, el motivo de consulta es relativamente ambiguo y es necesario formular unas cuantas preguntas de seguimiento, como “no sé por qué estoy aquí, mi familia me ha traído”, o “he estado teniendo problemas en el trabajo”. Cuando las respuestas no son tan explícitas, el entrevistador debe formular estas preguntas a otras personas para que le ayuden a determinar la naturaleza del problema del paciente (p. ej., “¿qué cosas preocupan a su familia?, ¿qué tipo de problemas tiene en el trabajo?”). La primera parte de la entrevista está destinada a averiguar el motivo de consulta, y durará tanto como sea necesario para determinar el problema primario del paciente. Cuando el paciente es una fuente de información clara y lógica, se le deja que explique su caso con la mayor libertad posible y sin interrupciones. Por el contrario, si tiene dificultades, el entrevistador debe estar más activo y dirigir la entrevista.

Utilice el motivo de consulta para elaborar un diagnóstico provisional. Como en el resto de áreas de medicina, una vez que se ha identificado el problema primario del pacien-

te, el entrevistador comienza a dar distintas explicaciones en su mente sobre un diagnóstico concreto que le conducirá hasta el problema en sí. Por ejemplo, si el paciente afirma que oye voces, los diagnósticos diferenciales incluyen varios trastornos que producen este tipo de síntoma psicótico, como la esquizofrenia, el trastorno esquizofreniforme, la manía psicótica, el consumo de sustancias alucinógenas, o las alucinaciones inducidas por el alcohol. Puede resultar reconfortante ver que el proceso de entrevista y diagnóstico es el mismo en psiquiatría que en medicina interna o neurología.

Incluya o descarte los distintos diagnósticos posibles utilizando preguntas más concretas y detalladas. El DSM-IV-TR puede ser muy útil en esta tarea. Si del motivo de consulta del paciente se pueden inferir 3 o 4 posibles diagnósticos distintos, el entrevistador puede determinar cuál es el más apropiado remitiéndose a los criterios para diagnosticar dichos trastornos. Así, el entrevistador puede identificar otros síntomas aparte de los ya descritos durante la conversación acerca del motivo de consulta. El entrevistador puede obtener información sobre la evolución y el comienzo de los síntomas, y también de la presencia de desencadenantes físicos o psicológicos como drogas, alcohol o pérdidas personales.

Esté siempre atento a las contestaciones vagas y ambiguas para determinar con mayor certeza la respuesta a las preguntas. Algunos pacientes, en especial los que presentan problemas psicóticos, tienen muchas dificultades para responder preguntas de forma clara y concisa. Normalmente responden con un “sí” o un “no” a todas las preguntas. Cuando se observa este tipo de patrón, se le pide repetidamente al paciente que describa sus propias experiencias lo más explícitamente posible. Por ejemplo, si el paciente afirma que oye voces, se le pide que las describa de forma detallada, si son voces masculinas o femeninas, qué dicen, o con qué frecuencia ocurre. Cuanto más detallado sea, más seguro puede estar el médico de que los síntomas están verdaderamente presentes. Establecer un diagnóstico de esquizofrenia u otro trastorno psiquiátrico mayor tiene consecuencias importantes para el pronóstico, por lo que el médico no debe apresurarse y aceptar una respuesta que vagamente sugiera que el paciente pueda tener un síntoma o un trastorno específicos.

Deje que el paciente se exprese con la suficiente libertad para observar cuán fuertes son las conexiones de sus pensamientos. Debe permitirse hablar a la mayoría de pacientes al menos 3 o 4 minutos sin interrupción durante la consulta psiquiátrica. Por supuesto, aquellos muy lacónicos no serán capaces de hacerlo, pero la mayoría sí. La coherencia del patrón en que los pensamientos del paciente se presentan puede dar pistas importantes del tipo de problema que sufre el paciente. Por ejemplo, pacientes con episodios maníacos, esquizofrenia o depresión presentan uno de los tipos de “trastorno formal del pensamiento” (véase el apartado “Definiciones de signos y síntomas comunes, y métodos para descubrirlos” que aparece más adelante en este capítulo). La coherencia del pensamiento también puede resultar útil para establecer la diferencia entre demencia y depresión.

Alterne preguntas de respuesta abierta y cerrada. Los entrevistadores pueden aprender mucho de los pacientes alternando diferentes tipos de preguntas, del mismo modo que un tenista varía sus golpes. Las preguntas con respuesta abierta permiten al paciente divagar y hacer un discurso desorganizado, mientras que las preguntas con respuesta cerrada determinan si el paciente es capaz de responder cosas concretas bajo presión. Estos signos representan indicadores importantes para saber si el paciente es conceptualmente desorganizado o se encuentra confuso, si está siendo evasivo, o si sus respuestas son falsas o al azar.

El contenido de las preguntas también debe variar; por ejemplo, en algún momento de la conversación, el entrevistador debe cambiar las preguntas más objetivas para centrarse en aspectos más personales (p. ej., relaciones sexuales o interpersonales, “¿me podría contar cómo es la relación con su madre?, ¿dígame algo sobre su matrimonio?”). Este tipo de preguntas pueden servirle al entrevistador para obtener información clave sobre la capacidad del paciente para expresar emociones. En la evaluación psiquiátrica es fundamental examinar el estado de ánimo y el afecto del paciente, de igual manera que evaluar la coherencia del pensamiento y la capacidad comunicativa.

No tenga miedo a preguntar sobre temas que puedan resultar difíciles o embarazosos para usted o el paciente. Para los entrevistadores principiantes, a veces resulta un poco difícil preguntar sobre asuntos referidos a relaciones o experiencias sexuales, o incluso el consumo de alcohol o drogas. Sin embargo, toda esta información forma parte de la entrevista psiquiátrica y debe estar incluida. La mayoría de los pacientes esperan este tipo de preguntas y por eso no se sienten ofendidos. A veces, los entrevistadores noveles también se sienten incómodos al preguntar por síntomas psicóticos, como oír voces. Para el entrevistador estos síntomas parecen algo de “locos” y el paciente puede sentirse insultado cuando alguien le hace preguntas sobre dichos síntomas. Sin embargo, esta información es esencial y las preguntas no pueden eludirse. Aunque el paciente no muestre signos claros de psicosis, igualmente se le deben hacer preguntas al respecto sin disculparse. Si al paciente le hacen gracia las preguntas o parece enfadado, el entrevistador puede explicarle que es necesario realizar todo tipo de preguntas para conseguir una evaluación completa de cada paciente.

No olvide preguntar sobre pensamientos suicidas. Este suele ser otro de los temas que pueden resultar “embarazosos”. No obstante, el suicidio es el desenlace frecuente de muchas enfermedades psiquiátricas, y el entrevistador está obligado a preguntarlo. Este tema puede ser abordado con tacto mediante preguntas como “¿alguna vez ha sentido que no vale la pena vivir?”. A continuación, ya se pueden utilizar preguntas como “¿alguna vez ha pensado en acabar con su vida?”; en el capítulo 15 se aportan otros consejos para entrevistar a un paciente suicida.

Ofrezca al paciente la oportunidad de realizar preguntas al final de la entrevista. Desde la perspectiva del paciente, no hay nada más frustrante que ser entrevistado durante una hora para que luego le acompañen hasta la puerta, para salir del despacho o sala de evaluación sin responder a sus preguntas. Las cuestiones que formulan los pacientes a menudo ofrecen mucha información acerca de lo que ellos piensan. Se puede inducir al paciente a hacer preguntas con cuestiones como “¿considera que ha quedado algún asunto sin tratar?”. Aunque estas preguntas no resulten útiles para el proceso diagnóstico, pueden ser fundamentales para el paciente y, como consecuencia, intrínsecamente importantes.

Concluya la primera consulta transmitiendo una sensación de confianza y, si es posible, de esperanza. Agradezca al paciente que le haya proporcionado tanta información y felicítelo sinceramente por haber contado bien su historia. Señale que ahora entiende mucho mejor sus problemas y concluya diciendo que hará todo lo posible por ayudarlo. Si ya cree que tiene una idea relativamente buena de su problema y cree que es susceptible de ser tratado, explíquese al paciente. Al final de la consulta inicial, si no está seguro del tratamiento o del diagnóstico, dígame que ha aprendido mucho, pero que necesita pensar más sobre el problema y quizás reunir más información antes de poder llegar a una recomendación.

■ Definiciones de signos y síntomas comunes y métodos para descubrirlos

Hay un extenso surtido de signos y síntomas que caracterizan los principales trastornos mentales; los que siguen son algunos de los más comunes que se observan en pacientes psiquiátricos. Cuando procede, se proporcionan sugerencias de preguntas que podrían emplearse para ahondar en los síntomas, y entre paréntesis se añaden preguntas complementarias.

Síntomas frecuentes en los trastornos psicóticos

El término *psicosis* tiene muchos significados diferentes, que pueden ser especialmente confusos para estudiantes principiantes. En el sentido más amplio, el término se refiere al grupo de síntomas que caracterizan los trastornos mentales más graves, como la esquizofrenia o la manía, y que implican un impedimento en la capacidad de establecer la frontera entre lo real y lo irreal (lo que se conoce a veces como “alteración en la prueba de realidad”). En un sentido más operativo, *psicosis* se refiere a un grupo específico de síntomas que son comunes en estos trastornos graves. En el sentido más estricto, psicosis es sinónimo de sufrir delirios y alucinaciones. Una definición operativa más amplia incluye también comportamiento extravagante, discurso desorganizado (“trastorno formal positivo del pensamiento”) y afecto inapropiado. Este grupo de síntomas también se conoce como *síntomas positivos*, que pueden ocurrir en cualquier trastorno psicótico, pero son más comunes en la esquizofrenia. Un segundo grupo de síntomas, conocidos como *síntomas negativos*, aparecen principalmente en la esquizofrenia; entre éstos se incluyen la alogia, el aplanamiento afectivo, la abulia o apatía, la anhedonia o retraimiento social y alteraciones de la atención.

Delirios

Los delirios representan una anormalidad en el contenido del pensamiento; son falsas creencias que no pueden ser explicadas por el contexto cultural del paciente. Aunque los delirios se definen a veces como *creencias fijas y falsas*, en su forma más leve pueden persistir sólo durante semanas o meses y es posible que el paciente se cuestione o dude de sus creencias. El comportamiento del paciente puede o no estar influido por los delirios específicos. Para la valoración de la gravedad de los delirios y del pensamiento delirante global, se debería tener en cuenta su persistencia y complejidad, hasta qué punto el paciente actúa basándose en ellos, hasta qué punto duda de ellos y hasta qué punto sus creencias se desvían de las que podrían tener las personas no psicóticas. Las creencias que se mantienen con menor intensidad que las delirantes se conocen generalmente como *ideas sobrevaloradas*.

Delirios persecutorios. El paciente con delirios persecutorios cree que alguien está conspirando en su contra o que le están persiguiendo de alguna forma. Algunas manifestaciones comunes incluyen la creencia de que le están siguiendo, que le abren la correspondencia, que hay micrófonos ocultos en su habitación u oficina, que le han pinchado el teléfono o que le acosa la policía, el gobierno, los vecinos o compañeros de trabajo. Los delirios persecutorios suelen ser relativamente aislados y fragmentados, pero en algunos casos el

paciente tiene un complejo sistema de delirios que incluyen tanto una amplia variedad de formas de persecución como la creencia de que hay una conspiración bien planificada tras ellos. Por ejemplo, el paciente cree que hay micrófonos en su casa y que le están siguiendo porque el gobierno tiene la idea equivocada de que es un agente secreto de un gobierno extranjero. Este delirio puede ser tan complejo y elaborado que, al menos para el paciente, explica casi todo lo que le ocurre.

- ¿Ha tenido problemas para llevarse bien con la gente?
- ¿Ha sentido que la gente está en su contra?
- ¿Ha intentado alguien hacerle daño de algún modo?
- ¿Cree que alguien ha estado conspirando o tramando algo en su contra? ¿Quién?.

Celos delirantes o celotipia. El paciente cree que su pareja tiene una aventura con otra persona. Se interpreta información aleatoria como “pruebas” y no se escatima esfuerzos para demostrar la existencia de la aventura, por lo que el paciente busca pelos en la ropa de cama, olor a loción de afeitarse o a tabaco en la ropa, o recibos y facturas que indiquen que se ha comprado un regalo para el amante. A menudo se elaboran planes detallados para encontrarlos juntos.

- ¿Ha estado preocupado por si su (marido, mujer, novio, novia) le estaría siendo infiel?
- (¿Qué pruebas tiene?)

Delirios de culpa o pecado. El paciente cree que ha cometido algún pecado terrible o que ha hecho algo imperdonable. A veces se preocupa en exceso o de forma inapropiada por cosas que hizo en la infancia y que se consideraban incorrectas, como masturbarse o sentirse responsable de causar algún desastre (como un incendio o un accidente) con el que ni siquiera tiene relación. A veces estos delirios tienen un matiz religioso, añadiendo la creencia de que el pecado es imperdonable y que por ello sufrirá el castigo eterno de Dios, por lo que el paciente puede pasar mucho tiempo confesando estos pecados a quien se pare a escucharle.

- ¿Siente que ha hecho alguna cosa terrible?
- ¿Hay algo que esté perturbando su conciencia?
- (¿Qué es?)
- (¿Siente que merece ser castigado por ello?)

Delirios de grandeza. El paciente cree que tiene poderes o habilidades especiales, que es una persona famosa (como una estrella del rock, Napoleón o Cristo) o que está escribiendo el libro definitivo, componiendo una gran obra musical o desarrollando un estupendo invento novedoso. También sospecha a menudo que alguien está tratando de robar sus ideas y puede irritarse si se duda de sus habilidades.

- ¿Tiene algún poder, talento o habilidad especial? ¿O grandes riquezas?
- ¿Siente que va a conseguir grandes cosas?

Delirios religiosos. El paciente está absorto en falsas creencias de índole religiosa. A veces éstas existen en el contexto de un sistema religioso convencional, como creencias sobre el Segundo Advenimiento, el Anticristo, o posesiones demoníacas. En otros casos, pueden implicar un sistema religioso completamente nuevo, o un pastiche de creencias de varias religiones, en especial de religiones orientales, como ideas sobre la reencarnación o el

Nirvana. Los delirios religiosos pueden presentarse combinados con delirios de grandeza (si el paciente se considera a sí mismo un líder religioso), de culpa o de control. Estos delirios deben diferir de las creencias consideradas normales para el contexto cultural y religioso del paciente.

- ¿Es usted una persona religiosa?
- ¿Ha tenido alguna experiencia religiosa poco común?
- ¿Se ha acercado a Dios?

Delirios somáticos. El paciente cree que, de alguna forma, su cuerpo está enfermo, es anormal o ha cambiado. Por ejemplo, el paciente puede pensar que su estómago o su cerebro están pudriéndose, que sus manos se han agrandado o que sus rasgos faciales son feos o deformes (esta creencia se conoce como dismorfofobia). A veces los delirios somáticos se acompañan de alucinaciones táctiles o de otro tipo y, cuando esto ocurre, se debe considerar que ambas están presentes. Por ejemplo, un paciente puede pensar que tiene rodamientos dando vueltas en la cabeza, bolas que le puso un dentista al rellenar sus dientes, y realmente las oye chocar unas contra otras.

- ¿Hay algo que esté funcionando mal en su cuerpo?
- ¿Ha notado algún cambio en su aspecto?

Ideas o delirio egocéntrico. El paciente le da un significado especial a comentarios, declaraciones o acontecimientos sin importancia. Por ejemplo, el paciente sospecha que están hablando de él cuando entra en una habitación y ve gente riendo. A veces considera que algunas noticias del periódico, la radio o la televisión son mensajes especiales para él. En el caso de las *ideas de autorreferencia*, el paciente tiene estas sospechas pero reconoce que sus ideas pueden ser erróneas. Sólo se consideran delirios egocéntricos cuando el paciente realmente piensa que las declaraciones o acontecimientos se refieren a él.

- ¿Ha entrado en una habitación y ha pensado que la gente estaba hablando o riéndose de usted?
- ¿Ha visto cosas en revistas o en la televisión que parezcan referirse a usted o que contengan un mensaje especial para usted?
- ¿Ha recibido alguna vez mensajes especiales de alguna otra manera?

Delirios de pasividad o de control. El paciente tiene la experiencia subjetiva de que sus sentimientos o acciones son controlados por una fuerza exterior. El requisito fundamental para este tipo de delirio es tener una experiencia real, fuerte y subjetiva de ser controlado, por lo que no se incluirían aquí creencias o ideas simples, como que el paciente piense que actúa como un enviado de Dios o que sus padres y amigos tratan de coaccionarle para que haga algo. Más bien, el paciente debe describir, por ejemplo, que su cuerpo ha sido ocupado por una fuerza ajena que le obliga a moverse de forma extraña, o que recibe mensajes en el cerebro mediante ondas de radio que le hacen experimentar sentimientos especiales que el paciente reconoce que no son suyos.

- ¿Ha sentido alguna vez que estaba siendo controlado por una persona o fuerza externa?
- (¿Se siente como una marioneta?).

Delirios de lectura del pensamiento. El paciente cree que la gente puede leer su mente o conocer sus pensamientos; esto es, el paciente experimenta y reconoce subjetivamente que otros conocen sus pensamientos, pero no piensa que puedan oírse en voz alta.

- ¿Ha tenido la sensación de que la gente podía leerle la mente o saber lo que pensaba?

Difusión del pensamiento/pensamientos audibles. El paciente cree que sus pensamientos se difunden de modo que él mismo u otros pueden escucharlos. A veces experimenta sus pensamientos como una voz fuera de su cabeza (sería una alucinación auditiva además de un delirio), mientras que en otras ocasiones siente que sus pensamientos se difunden aunque él mismo no puede oírlos. Otras veces el paciente cree que sus pensamientos son recogidos por un micrófono y emitidos por la radio, la televisión o Internet.

- ¿Ha oído sus propios pensamientos en voz alta, como si fuera una voz fuera de su cabeza?
- ¿Ha sentido que sus pensamientos se difundían de modo que otros podían escucharlos?

Inserción de pensamientos. El paciente cree que se le introducen en su mente pensamientos que no son suyos. Por ejemplo, es posible que el paciente crea que un vecino está practicando vudú y colocando en su mente pensamientos sexuales ajenos. No se debe confundir este síntoma con la experiencia de pensamientos desagradables que el paciente reconozca como suyos, como delirios persecutorios o de culpa.

- ¿Ha sentido que otra persona o fuerza le metía pensamientos en su mente?

Robo de pensamientos. El paciente cree que le han quitado los pensamientos de la mente y puede describir la experiencia subjetiva de comenzar un pensamiento y luego ser despojado de él por una fuerza ajena. Este síntoma no incluye el simple reconocimiento subjetivo de una alogia.

- ¿Ha sentido que alguna persona o fuerza ajena le quitaba sus pensamientos?

Alucinaciones

Las alucinaciones representan una anomalía de la percepción: son falsas percepciones que ocurren en ausencia de un estímulo externo identificable que pueden experimentarse en cualquiera de los sentidos (vista, oído, olfato, gusto o tacto). Se deben distinguir las verdaderas alucinaciones de las ilusiones (percepciones erróneas de estímulos externos), de las experiencias hipnagógicas e hipnopómpicas (tienen lugar cuando el paciente está quedándose dormido y despertándose, respectivamente) y de procesos normales del pensamiento que sean especialmente vívidos. Si las alucinaciones tienen un carácter religioso, deben juzgarse en relación con lo que es normal para el contexto cultural y social del paciente.

Alucinaciones auditivas. El paciente dice oír voces, ruidos o sonidos. Las alucinaciones auditivas más comunes consisten en voces que hablan al paciente o le llaman por su nombre, voces que pueden ser masculinas o femeninas, familiares o desconocidas, críticas o halagadoras. Lo normal es que, para los pacientes con esquizofrenia, sean voces desagradables y negativas, pero con menos frecuencia, los pacientes cuentan que las voces son reconfortantes o que les proporcionan apoyo. Las alucinaciones que implican sonidos que no son voces, como ruidos o música, se deben considerar menos características y menos graves.

- ¿Ha oído alguna vez voces u otros sonidos cuando no había nadie cerca o que no podía explicar?
- (¿Qué decían?)

Voces que hacen comentarios. El paciente escucha una voz que hace un comentario continuo sobre su forma de actuar o sus pensamientos a medida que ocurren (p. ej., “Carl se está lavando los dientes. Carl va a desayunar”).

- ¿Ha oído voces que comentan lo que hace o piensa?
- (¿Qué dicen?)

Voces que discuten. El paciente escucha dos o más voces que hablan entre ellas, normalmente discutiendo algo sobre él mismo.

- ¿Ha escuchado alguna vez dos o más voces hablar entre ellas?
- (¿Qué decían?)

Alucinaciones somáticas o táctiles. El paciente experimenta sensaciones físicas extrañas en el cuerpo entre las que se incluyen sensaciones de ardor, picor, hormigueo, o la percepción de que el cuerpo ha cambiado de forma o tamaño.

- ¿Ha tenido ardor u otra sensación extraña en el cuerpo?
- (¿Qué sensaciones eran?)

Alucinaciones olfativas. El paciente siente olores poco comunes que son, por lo general, bastante desagradables y puede pensar, a veces, que él mismo huele mal. Esta creencia se considerará una alucinación si el paciente puede realmente sentir el olor y se considerará delirio si cree que sólo los demás pueden olerlo.

- ¿Ha experimentado algún olor extraño que otros no advierten?
- (¿Qué olores eran?)

Alucinaciones visuales. El paciente ve formas o gente que no están presentes en realidad. Pueden ser formas o colores, pero por lo general estas alucinaciones consisten en figuras de personas u objetos con forma humana. También pueden ser personajes de naturaleza religiosa, como el demonio o Jesucristo. Como siempre, las alucinaciones que incluyan un componente religioso deben juzgarse en relación con el contexto cultural del paciente.

- ¿Ha tenido visiones o visto cosas que otra gente no podía ver?
- (¿Qué vio?)

Comportamiento extravagante o desorganizado

El comportamiento del paciente es poco común, extravagante o fantasioso. La información para este síntoma se puede obtener del propio paciente, de otras fuentes o de la observación directa. No se considerará un síntoma de psicosis si el comportamiento extravagante está causado por el efecto directo del abuso de alcohol o drogas. Para establecer un caso de comportamiento extravagante se deben considerar las normas sociales y culturales, y deben registrarse ejemplos detallados.

Vestimenta y aspecto. El paciente se viste de forma poco común o hace otras cosas extrañas para modificar su aspecto, como afeitarse todo el pelo o pintar partes de su cuerpo de distintos colores. Puede que la vestimenta del paciente sea extraña; por ejemplo, es posible que decida vestir algún conjunto inapropiado o inaceptable, como una gorra al revés con botas de

agua y ropa interior larga tapada con un peto vaquero. Puede que se vista con un disfraz que represente a algún personaje histórico o un ser del espacio, o que utilice ropa completamente inapropiada para las condiciones climáticas, como prendas de lana gorda en verano.

- ¿Le han hecho comentarios sobre su forma de vestir?
- (¿Qué decían?)

Conducta social y sexual. El paciente hace cosas que se consideran inapropiadas de acuerdo con la norma social. Por ejemplo, el paciente podría masturbarse en público, orinar o defecar en lugares inapropiados, hablar solo mientras anda por la calle o comenzar a hablar de temas personales e íntimos con gente que no conocía previamente (estando en el metro o algún otro lugar público). Puede que se arrodille para rezar o gritar o que se ponga en posición fetal en medio de una multitud. También puede que haga insinuaciones o comentarios sexuales inapropiados a personas desconocidas.

- ¿Ha hecho algo que otras personas consideraran poco común o que haya hecho llamar la atención sobre usted?
- ¿Se ha quejado alguien o le han hecho comentarios sobre su comportamiento?
- (¿Qué estaba haciendo usted en ese momento?)

Conducta agresiva y agitada. El paciente se comporta de forma agresiva y agitada, a menudo bastante impredecible. Puede que comience discusiones inapropiadas con familiares y amigos, o que aborde a extraños en la calle y comience a discutir de forma irascible con ellos. Es posible que escriba cartas o correos electrónicos amenazantes o cargados de ira a las autoridades o a otros con quien tenga algún tipo de discrepancia. A veces los pacientes pueden llegar a cometer actos violentos, como herir o atormentar animales o intentar herir o matar a personas.

- ¿Se ha sentido enfadado o irritado de forma extraña con alguien?
- (¿Cómo expresó su ira?)
- ¿Ha intentado herir a personas o animales?

Conducta repetitiva o estereotipada. El paciente desarrolla una serie de acciones repetitivas o rituales que debe realizar una y otra vez. A veces les atribuye algún significado simbólico a estas acciones y cree que influyen sobre otras personas o que previenen que él mismo sea influenciado. Por ejemplo, es posible que tome golosinas de postre todas las noches diciendo que habrá distintas consecuencias dependiendo del color de las golosinas. También puede que vista ropa especial, o que tome la comida o se vista siguiendo un orden determinado. Es posible que sienta que tiene que escribir mensajes a otros o a sí mismo una y otra vez, a veces empleando un lenguaje poco común u oculto.

- ¿Hace alguna cosa de forma repetitiva?
- ¿Hay alguna cosa que tiene que hacer de una forma o con un orden determinado?
- (¿Por qué lo hace?)
- (¿Tiene algún significado o trascendencia especial para usted?)

Discurso desorganizado (trastorno formal positivo del pensamiento)

El *habla desorganizada*, conocida también como *trastorno formal positivo del pensamiento*, es un discurso fluido que resulta poco comunicativo por diversas razones. Se puede deber a

que el paciente salta de un tema a otro sin previo aviso, que se distraiga por acontecimientos a su alrededor, que junte palabras porque son semántica o fonológicamente similares (aunque no tengan sentido), o que ignore la pregunta que se le hace y responda otra distinta. Este tipo de discurso puede ser rápido y con frecuencia parece deshilvanado. A diferencia de la alogia (trastorno formal negativo del pensamiento; véase en la sección “Alogia” más adelante en este capítulo), se proporciona una gran cantidad de detalles, y la fluidez del discurso es más bien enérgica y no apática.

Para evaluar un trastorno del pensamiento, el paciente debe poder hablar sin interrupción por lo menos durante 5 minutos. El entrevistador debe observar con detalle hasta qué punto la secuencia de ideas del paciente está bien conectada. También se debe prestar especial atención a cuán bien responde el paciente a varios tipos de preguntas, desde las simples (“¿Cuál es su fecha de nacimiento?”) hasta otras más complejas (“¿Por qué ha venido al hospital?”). Si las ideas parecen vagas o incomprensibles, el entrevistador debe animar al paciente a clarificar o elaborar su respuesta.

Descarrilamiento (laxitud de asociaciones). El paciente tiene un patrón de discurso espontáneo en el que las ideas se desvían hacia otras que están relacionadas de forma clara pero oblicua o que no están para nada relacionadas. Es posible que se yuxtapongan ideas que carezcan de relación coherente, o que el paciente cambie de forma idiosincrásica de un marco de referencia a otro. A veces puede haber una conexión vaga entre las ideas, mientras que otras veces no habrá ninguna aparente. Este patrón de discurso se caracteriza a menudo por ser “deshilvanado”. Quizás la manifestación más común de este trastorno sea el desvío lento y firme que tiene lugar, donde ningún descarrilamiento es especialmente fuerte, por lo que el individuo se desvía más y más cada vez sin ninguna muestra de ser consciente de que su respuesta ya no tiene conexión alguna con la pregunta formulada. Esta anomalía se caracteriza a menudo por la falta de cohesión entre las cláusulas y oraciones, y por referencias pronominales poco claras.

Entrevistador: ¿Disfrutó de su etapa en la universidad?

Paciente: Uf. Oh, a ver, bueno, yo, yo, oh; yo la verdad me lo pasé bien en algunas comunidades. Lo probé, y el, y al siguiente día cuando me iba, ya sabe, eh, tomé el control, como, ah, me eché, eh, lejía en el pelo en, en California. Mi compañera de habitación era de Chicago y estaba en el primer ciclo. Y vivíamos en un albergue de la *Young Men's Christian Association* (YMCA, Asociación Cristiana de Jóvenes), así que ella quiso ponerme, eh, peróxido en el pelo; y lo hizo, y me levanté y me miré al espejo, y me cayeron las lágrimas. ¿Ahora lo entiende?, yo era totalmente consciente de lo que pasaba, pero, ¿por qué no podía...? ¿por qué lágrimas? No lo entiendo, ¿y usted?

Tangencialidad. El paciente responde a las preguntas de forma oblicua, tangencial o incluso irrelevante. La respuesta puede estar relacionada con la pregunta de forma lejana, o no estar relacionada y parecer totalmente irrelevante.

Entrevistador: ¿De qué ciudad es usted?

Paciente: Bueno, esa es una pregunta difícil de responder porque mis padres... Yo nací en Iowa, pero sé que soy blanco, no negro, así que por lo visto debo venir de algún lugar del norte, pero no sé de dónde, ya sabe; no sé si soy irlandés, o escandinavo, o no; no creo que sea polaco, pero creo que, creo que podría ser alemán o galés.

Incoherencia (ensalada de palabras, esquizoafasia). El paciente tiene un patrón de discurso que es, en ocasiones, básicamente incomprensible. La incoherencia suele ir acompañada de descarrilamiento, aunque difiere de éste ya que en la incoherencia la anomalía ocu-

re al nivel de la frase o de la cláusula (al contener palabras o frases que se unen de forma incoherente), mientras que en el descarrilamiento la anormalidad implica conexiones poco claras o confusas entre unidades más largas, como oraciones o cláusulas. Este tipo de trastorno del lenguaje es relativamente poco frecuente, y cuando ocurre, tiende a ser grave o intenso y las formas más leves son muy poco comunes. Puede parecer similar a la afasia de Wernicke o a la de jerga pero sólo se debe considerar incoherencia al trastorno en esos casos si la anamnesis y los resultados del laboratorio descartan la posibilidad de un ictus previo y la prueba de la afasia tiene resultado negativo.

Entrevistador: ¿Qué piensa sobre temas políticos actuales como la crisis energética?

Paciente: Están destruyendo demasiado ganado y aceite sólo para hacer jabón. Si necesitamos jabón cuando puedes saltar a la piscina, y luego cuando vas a comprar gasolina, mis padres siempre pensaron que deberían, conseguir refrescos pero lo mejor es conseguir aceite de motor, y, dinero. Quizás, quizás, también vaya y, cambie algunas chapas de botellas y, eh, neumáticos y tractores para agrupar, garajes para coches, para que quiten los coches de los accidentes aparatosos, eso es lo que creía.

Ilogicalidad. El paciente tiene un patrón de discurso en el que las conclusiones a las que llega no siguen una lógica. La illogicalidad puede tomar la forma, por ejemplo, de una falacia “non sequitur” (del latín, “no se sigue”), donde el paciente hace una inferencia lógica entre dos cláusulas que no está justificada o que es ilógica. También puede deberse a que llegue a conclusiones basadas en premisas imperfectas sin que haya realmente un pensamiento delirante.

Paciente: Los padres son la gente que te cría. Cualquiera que te críe puede ser un padre. Los padres pueden ser cualquier cosa (material, vegetal, o mineral) que te haya enseñado algo. Los padres serían las cosas que están vivas, que están ahí. Las rocas... una persona puede mirar una roca y aprender algo de ella, así que sería un padre.

Circunstancialidad. El paciente tiene un patrón lingüístico muy indirecto y tarda en alcanzar las ideas principales. En el proceso de explicar alguna cosa, el hablante introduce muchos detalles tediosos y a veces hace acotaciones al margen. Las respuestas o declaraciones pueden durar varios minutos si no se le interrumpe o se le urge a ir al grano. Los entrevistadores normalmente reconocen la circunstancialidad por la necesidad de interrumpir al individuo para completar el proceso de anamnesis dentro del tiempo asignado. También se usa el término “disgresivo”.

Aunque puede coexistir con una pobreza general del contenido del discurso o con cierta pérdida de los objetivos, la circunstancialidad se distingue de la pobreza del discurso en que contiene excesivos detalles que amplían e ilustran, y de la pérdida de los objetivos en que al final se llega al objetivo si se le permite al paciente hablar el tiempo suficiente. Se distingue del descarrilamiento en que los detalles aportados están bien asociados con unos objetivos o ideas concretos, y en que, por definición, finalmente se llega a ellos (a menos que el paciente se encuentre con un entrevistador impaciente que le interrumpa).

Verborrea o taquilalia. El paciente muestra un aumento en la verbosidad espontánea en comparación con lo que habitualmente se considera normal o correcto. Estos pacientes hablan deprisa, es difícil interrumpirles y tienden a utilizar un tono de voz alto y categórico. La verborrea o taquilalia se suele ver en la manía, pero también se puede encontrar en otros síndromes. Algunas frases quedan inacabadas por la impaciencia de llegar a nuevas

ideas. Preguntas simples que se podrían responder en unas pocas palabras o frases son respondidas con largos discursos, de modo que las respuestas duran varios minutos en lugar de segundos, y hasta pueden no tener fin si no se interrumpe al individuo, e incluso si se le interrumpe puede continuar hablando. El paciente tiende a hablar en voz muy alta y de manera asertiva o vehemente. A veces pacientes con verborrea grave hablan sin ningún tipo de estimulación social y aunque no haya nadie escuchando. Cuando los pacientes reciben antipsicóticos o estabilizadores del ánimo, normalmente su discurso se vuelve menos apresurado a causa de la medicación y sólo se puede juzgar el trastorno por su cantidad, su volumen y su propiedad social. Si se aplica una medida cuantitativa a la velocidad de discurso, una cantidad mayor de 150 palabras por minuto se considera rápido o apresurado. Este trastorno puede ir acompañado de descarrilamiento, de tangencialidad o de incoherencia, pero es distinguible de ellos.

Discurso distraíble. En el curso de una conversación o entrevista, el paciente deja de hablar en mitad de una frase o interrumpe una idea y cambia de tema ante un estímulo cercano, como puede ser un objeto sobre la mesa, el aspecto o la ropa del entrevistador, etcétera. Una especie de asindesis.

Sujeto: Después me mudé a San Francisco y... ¿dónde se ha comprado esa corbata? Parece sacada de los años 50. Me gusta el clima cálido de San Diego. ¿Eso que hay en su mesa es una concha?, ¿ha hecho alguna vez submarinismo?

Consonancia. El paciente sigue un patrón de discurso en el son los sonidos más que las relaciones semánticas y el significado los que gobiernan la elección de las palabras, por lo que la inteligibilidad del discurso se ve deteriorada y se introducen palabras redundantes que suenan similar a las anteriores o que riman con alguna de ellas. Este patrón de discurso también puede incluir juegos de palabras, en los que el sonido de una palabra induce a un nuevo pensamiento.

Sujeto: Vaya donde vaya no me paso de la raya. La raya separa al mar de la playa. Yo no me paso de la raya, vaya donde vaya. Vaya donde vaya, no hay valla. Yo nunca he saltado una valla.

Comportamiento motor catatónico

Los síntomas catatónicos motores no son comunes y sólo deberían considerarse presentes cuando sean evidentes y los haya observado directamente un médico o cualquier otro profesional.

Estupor. La capacidad de reacción del paciente ante el entorno se encuentra claramente disminuida, del mismo modo que la actividad y los movimientos espontáneos están reducidos. Puede parecer que el paciente es consciente de la naturaleza de su entorno.

Rigidez. El paciente muestra síntomas de rigidez motora, como resistencia al movimiento pasivo.

Flexibilidad cérea (catalepsia). El paciente mantiene la postura en la que se le coloca durante al menos 15 segundos.

Excitación. El paciente, sin la influencia de estímulos externos, presenta lo que parece una actividad motora excitada sin propósito y estereotipada.

Postura anormal y amaneramiento. El paciente adopta voluntariamente una postura inadecuada o extravagante. También pueden observarse amaneramientos y tics. Entre ellos se incluyen gestos o movimientos que parecen artificiales o artificiosos, que no son adecuados a la situación o que son estereotipados y repetitivos. (Aunque los pacientes con discinesia tardía pueden mostrar amaneramientos o tics, no deberían considerarse manifestaciones de catatonía).

Afectividad inapropiada

La expresión de los afectos por parte del paciente es inapropiada o incongruente, no está simplemente inexpresivo o embotado. Más típicamente, esta manifestación de alteración afectiva toma la forma de sonrisas o de una expresión facial tonta al hablar sobre un tema serio o triste. Por ejemplo, el paciente puede reírse inapropiadamente mientras habla de lastimar a otra persona. (En ocasiones, algunas personas pueden sonreír o reírse al hablar sobre un tema serio que les parezca incómodo o vergonzoso. Aunque la risa puede parecer inapropiada, se debe a la ansiedad y, por tanto, no debería considerarse afectividad inapropiada).

Alogia

Alogia (de griego *a*, «no»; *logos*, «razonamiento», «habla») es el término general por el que se conoce al empobrecimiento del pensamiento y la cognición que presentan a menudo los pacientes con esquizofrenia. Los pacientes con alogia muestran procesos del pensamiento que parecen vacíos, ampulosos o lentos. Dado que el pensamiento no puede observarse directamente, debe inferirse del discurso del paciente. Las dos principales manifestaciones de alogia son el discurso vacío no fluido (pobreza del discurso) y el discurso vacío fluido (pobreza de contenido del discurso). El bloqueo y el aumento en la latencia de la respuesta también pueden reflejar alogia.

Pobreza del habla. El paciente cuenta con una *cantidad* limitada de discurso espontáneo, de forma que sus respuestas tienden a ser breves, concretas y poco elaboradas. Es poco frecuente que añada información espontáneamente. Puede responder con monosílabos y no contestar a algunas preguntas. En muchas ocasiones, al encontrarse frente este patrón discursivo, el entrevistador puede verse incitando al paciente para que dé respuestas más elaboradas. Para confirmar este hallazgo, el examinador debe dar al paciente un tiempo prudencial para que conteste y elabore sus respuestas.

Entrevistador: ¿Puede decirme qué es lo que le trajo al hospital?

Sujeto: Un coche.

Entrevistador: Me refería a qué clase de problemas ha tenido. ¿Puede contarme algo sobre sus problemas?

Sujeto: No sé.

Pobreza del contenido del discurso. Aunque las respuestas del paciente son lo suficientemente largas para considerar el discurso adecuado en cuanto a cantidad, se transmite muy poca información. El lenguaje tiende a ser vago, repetitivo, estereotipado y a menudo muy abstracto o demasiado concreto. El entrevistador puede reconocer este trastorno al ver que el paciente ha hablado mucho tiempo pero no ha dado la información adecuada para responder a la pregunta. De manera alternativa, el paciente puede proporcionar suficiente información, pero necesitar para ello muchas palabras, de forma que su extensa respuesta

podría resumirse en una frase o dos. Esta anomalía es distinta de la circunstancialidad, en la que el paciente tiende a dar muchos detalles.

Entrevistador: ¿Por qué piensa que la gente cree en Dios?

Sujeto: Bueno, en primer lugar porque Él, eeh, Él es la persona que es su salvador personal. Camina conmigo y habla conmigo. Y, eeh, hasta donde yo sé, mmm, mucha gente no conoce fácilmente, eeh, no se conoce a sí misma. Porque ellos, eeh, ellos no, todos, simplemente no se conocen a sí mismos. No saben que Él, eeh, me parece a mí, que muchos de ellos no entienden que Él camina y habla con ellos.

Bloqueo. El paciente interrumpe el hilo del discurso antes de completar un pensamiento o idea. Tras una pausa, que puede durar desde unos pocos segundos hasta minutos, la persona indica que no es capaz de recordar lo que estaba diciendo o lo que quería decir. El bloqueo sólo debería considerarse presente cuando la persona describa voluntariamente que ha perdido el hilo o señale, ante las preguntas del entrevistador, que ha parado por ese motivo.

Sujeto: No quería volver al colegio, así que... (1 minuto de silencio durante el cual el paciente permanece inexpresivo).

Entrevistador: ¿Qué me decía sobre volver al colegio?, ¿qué pasó?

Sujeto: No sé. No recuerdo lo que iba a decir.

Aumento de la latencia de la respuesta. El paciente tarda más tiempo de lo normal en responder a las preguntas. Puede parecer ausente y, a veces, el examinador puede dudar de si ha escuchado la pregunta. Al insistir en la pregunta, en general se comprueba que el paciente recuerda la pregunta pero tiene problemas para verbalizar sus pensamientos y dar una respuesta adecuada.

Entrevistador: ¿Cuándo estuvo por última vez en el hospital?

Sujeto: (pausa de 30 segundos) Hace un año.

Entrevistador: ¿En qué hospital fue?

Sujeto: (pausa de 30 segundos) En éste.

Perseveración. El paciente repite palabras, ideas o frases de forma persistente, de forma que cuando comienza a usar una palabra en particular, la repite con frecuencia a lo largo del discurso. La perseveración difiere de las coletillas en que las palabras que se repiten se usan de forma inadecuada respecto a su significado habitual. Algunas palabras o frases se emplean comúnmente como muletillas, como, “ya sabes” o “tipo” y no deberían considerarse perseveraciones.

Entrevistador: Dígame cómo es usted, qué clase de persona es.

Sujeto: Soy de Marshalltown, Iowa. Está 60 millas al noroeste, noreste de Des Moines, Iowa. Actualmente estoy casado. Tengo 36 años, mi mujer 35. Ella vive en Darwin, Iowa. Eso está 15 millas al sureste de Marshalltown, Iowa. En este momento me estoy divorciando. Ahora estoy en un hospital psiquiátrico en Iowa City, Iowa, que está 100 millas al sureste de Marshalltown, Iowa.

Inexpresividad o embotamiento afectivo

La inexpresividad o embotamiento afectivo se manifiesta como un empobrecimiento característico de la expresión emocional, de la capacidad de reacción y de los sentimientos. Puede determinarse observando el comportamiento del paciente y su receptividad duran-

te una entrevista de rutina. El uso de medicamentos de venta con receta por parte del paciente puede influir en la valoración de la expresión afectiva, ya que los efectos secundarios parkinsonianos de los antipsicóticos pueden provocar facies de máscara y una disminución de los movimientos asociados. Sin embargo, otros aspectos de la afectividad, como la capacidad de reacción o la adecuación, no se verán afectados.

Expresión facial inmutable. La expresión facial del paciente no cambia, o lo hace menos de lo esperado, al cambiar el contenido emocional del discurso. Su rostro parece rígido, mecánico y congelado. Dado que los antipsicóticos pueden imitar parcialmente este efecto, el entrevistador deberá ser prudente y fijarse en si el paciente está tomando medicamentos.

Disminución de los movimientos espontáneos. El paciente se sienta inmóvil durante la entrevista y muestra pocos o ningún movimiento espontáneo. No cambia de posición ni mueve las piernas o las manos, o lo hace menos de lo esperado.

Escasez de ademanes expresivos. El paciente no usa el cuerpo para expresar sus ideas a través de mecanismos como gesticular con las manos, inclinarse hacia adelante al interesarse por un tema o reclinarse sobre la silla al relajarse. La escasez de ademanes y la disminución de los movimientos espontáneos pueden manifestarse de forma conjunta.

Escaso contacto visual. El paciente evita mirar a los demás o emplear sus ojos para expresarse. Parece estar mirando al infinito incluso cuando habla. El entrevistador debería valorar tanto la cantidad como la calidad del contacto visual.

Ausencia de respuesta afectiva. El paciente no sonríe ni se ríe cuando se le incita. Esta función puede ponerse a prueba sonriendo o bromeando de un modo en el que un individuo normal en términos psiquiátricos normalmente sonreiría.

Ausencia de inflexiones vocales. Al hablar, el paciente no muestra patrones de énfasis normales. Su forma de hablar es monótona y no enfatiza las palabras importantes mediante cambios en el tono o en el volumen. Tampoco modifica el volumen según el contenido de la conversación, de forma que no baja la voz al discutir asuntos privados ni la eleva al hablar sobre temas emocionantes o para los cuales sería adecuado un volumen mayor.

Abulia-apatía

La abulia-apatía se manifiesta como una característica falta de energía y de deseo. Los pacientes se vuelven estáticos y no son capaces de moverse para iniciar o completar distintos tipos de tareas. A diferencia de la falta de energía o de interés presentes en la depresión, el conjunto de síntomas de la abulia de la esquizofrenia no suele ir acompañado de una afectividad triste o depresiva. Este conjunto de síntomas de la abulia suele traer consigo problemas sociales y económicos.

Aseo e higiene. El paciente presta menos atención de lo normal a su aseo e higiene. Puede llevar la ropa descuidada, anticuada o sucia, bañarse con poca frecuencia y descuidar su pelo, uñas o dientes, manifestándose en aspectos como los siguientes: cabello grasiento o sin peinar, manos sucias, olor corporal o dientes sucios y mal aliento. En general, su apariencia es desaliñada y deteriorada. En casos extremos, el paciente puede incluso tener hábitos deficientes relacionados con la micción y la defecación.

Falta de persistencia en el trabajo o estudio. El paciente tiene problemas para buscar o mantener un empleo (o para hacer las tareas escolares) de forma adecuada para su edad y sexo. Si es un estudiante, no hace las tareas y puede incluso faltar a clase. Las notas normalmente reflejan esta actitud. Si se trata de un universitario, puede haberse matriculado en algunas asignaturas pero haber suspendido todas o varias de ellas. En el caso de personas en edad de trabajar, al paciente puede resultarle difícil trabajar en su puesto dada su incapacidad de completar tareas y su aparente irresponsabilidad. Es posible que acuda al trabajo de manera irregular, que se distraiga rápido, que no complete los trabajos asignados o que lo haga de forma desorganizada. Puede simplemente quedarse sentado en casa sin buscar empleo o buscándolo pocas veces o sin entusiasmo. Si el paciente es una persona jubilada o que trabaja en la casa, es posible que deje sin terminar tareas, como la compra o la limpieza, o que las complete sin ganas o sin mucho cuidado. Si se encuentra internado en un hospital o institución, no asiste o no continúa con los programas de rehabilitación o vocacionales de forma efectiva.

- ¿Ha sido capaz de (trabajar, ir al colegio) durante el último mes?
- ¿Ha asistido a las sesiones de terapia ocupacional o de rehabilitación vocacional (en el hospital)?
- ¿Qué ha podido hacer?
- ¿Tiene problemas para acabar lo que empieza?
- ¿Qué tipo de problemas ha tenido?

Anergia física. El paciente tiende a estar físicamente inmóvil; puede sentarse largas horas en una silla sin iniciar ninguna actividad espontánea. Si se le anima a participar en alguna actividad, es posible que lo haga sólo brevemente para después distraerse o desvincularse y volver a sentarse solo. Puede pasar mucho tiempo haciendo tareas relativamente mecánicas o físicamente inactivas, como ver la televisión o jugar al solitario. Sus familiares pueden señalar que pasa la mayor parte del tiempo “sentado sin hacer nada”. Esto puede ocurrirle tanto en casa como en un hospital.

- ¿A qué cosas ha estado dedicando su tiempo?
- ¿Tiene problemas para ponerse en movimiento?

Anhedonia-insociabilidad

La anhedonia-insociabilidad abarca las dificultades del paciente para experimentar placer o interés. Se puede manifestar en la pérdida del interés en actividades placenteras, en la incapacidad de experimentar placer al participar en actividades que normalmente se consideran agradables o en la falta de implicación en relaciones sociales de diverso tipo.

Intereses y actividades recreativas. El paciente puede tener poco o ningún interés, actividad o afición. Aunque este síntoma puede comenzar de forma insidiosa o lenta, se observará normalmente un claro descenso en relación con los niveles anteriores de interés y actividad. Los pacientes que presenten una pérdida de interés relativamente más leve se involucrarán en ciertas actividades pasivas o para las que no se requiera mucho esfuerzo, como ver la televisión, o mostrarán interés sólo de forma ocasional o esporádica. Los pacientes más graves mostrarán una incapacidad completa y resistente al tratamiento para involucrarse o disfrutar de actividades. La valoración en esta área debería tener en cuenta tanto la calidad como la cantidad de intereses recreativos.

- ¿Qué hace para divertirse?
- (¿Cada cuánto hace esas cosas?)
- ¿Ha estado asistiendo a terapia recreativa?
- (¿Qué ha estado haciendo?)
- (¿Disfruta en las terapias?)

Interés y actividad sexual. El interés y la actividad sexual del paciente, así como el placer, pueden verse disminuidos en relación con lo que podría considerarse sano para su edad y estado civil. Las personas casadas pueden mostrarse desinteresadas respecto al sexo o tener relaciones sexuales sólo ante las peticiones de su pareja. En casos extremos, es posible que el paciente se despreocupe completamente del sexo. Los pacientes solteros pueden permanecer sin relaciones durante largos períodos y no hacer ningún esfuerzo para satisfacer su libido. Casados o solteros, los pacientes pueden señalar que sienten sólo un deseo sexual mínimo o que, incluso cuando tienen relaciones sexuales o se masturban, disfrutan muy poco.

- ¿Cómo ha experimentado su libido?
- ¿Ha podido disfrutar del sexo últimamente?
- (¿Cuál es su válvula de escape?)
- (¿Cuándo tuvo relaciones por última vez?)

Capacidad para sentir intimidad y cercanía. El paciente es incapaz de crear relaciones íntimas y cercanas de una forma adecuada a su edad, sexo y situación familiar. Si la persona es joven, esta capacidad debería evaluarse teniendo en cuenta las relaciones que tenga con el sexo contrario, y con sus padres y hermanos. En el caso de personas más mayores, si el paciente está casado, deberían evaluarse la relación con su cónyuge y con sus hijos, y si está soltero, las relaciones con personas de su mismo sexo o del sexo contrario, así como con los familiares que vivan cerca. Es posible que los pacientes muestren poco o ningún sentimiento afectivo hacia los familiares cercanos, o que hayan organizado su vida de forma que se encuentren completamente apartados de cualquier relación íntima, vivan solos y no hagan esfuerzos para iniciar contactos con sus familiares u otras personas.

- ¿Se siente muy unido a su familia (marido, esposa, pareja, hijos)?
- ¿Se siente especialmente unido a alguien que no pertenezca a su familia?
- (¿Cada cuánto [lo/la/los] ve?)

Relaciones con amigos y compañeros. Los pacientes también pueden relacionarse con sus amigos y compañeros de cualquier género de una forma relativamente limitada. Es posible que tengan pocos o ningún amigo, que hagan pocos o ningún esfuerzo para mantener esas relaciones y que elijan pasar la mayor parte del tiempo solos.

- ¿Tiene muchos amigos?
- (¿Se siente muy unido a ellos?)
- (¿Cada cuánto tiempo los ve?)
- (¿Qué hace con ellos?)
- ¿Ha conocido a algún paciente en el hospital?

Atención

Los pacientes con trastornos mentales graves muestran a menudo escasa atención. El paciente puede tener problemas para enfocar la atención o hacerlo sólo de forma esporádicamente.

ca o errática. Puede ignorar cualquier intento de conversación, distraerse en mitad de una actividad o tarea, o mostrarse desatento durante un examen o una entrevista. Es posible que no sea consciente de la dificultad que tiene para enfocar la atención.

Déficit de atención social. El paciente se muestra desatento en situaciones o actividades sociales. Parece ajeno durante las conversaciones, no se entera del tema sobre el que se está hablando o aparenta no participar ni involucrarse. Es posible que concluya de forma abrupta una conversación o tarea sin razón aparente. Puede parecer que está ausente o “en Babia”, así como que apenas se concentra al leer, ver la televisión o jugar a algo.

Falta de atención durante el examen del estado mental. El paciente, a pesar de contar con una educación y una capacidad intelectual adecuadas, puede obtener malos resultados en exámenes sencillos para medir el funcionamiento intelectual. La falta de atención debería evaluarse haciendo que el paciente deletree al revés la palabra “mundo” (o alguna equivalente de 5 letras), que cuente hacia atrás de 7 en 7 (si ha superado al menos la educación secundaria) o de 3 en 3 (si ha terminado al menos la primaria) en series de cinco restas.

Síntomas maníacos

Estado de ánimo eufórico. El paciente ha experimentado uno o más períodos claros de euforia, irritabilidad o estado de ánimo expansivo que no están relacionados con la intoxicación por alcohol, drogas o fármacos.

- ¿Se ha sentido últimamente demasiado bien o incluso exaltado (claramente diferente de como se siente normalmente)?
- (¿Piensan sus amigos o familiares que su estado de ánimo sobrepasa lo que es sentirse bien?)
- ¿Ha estado irritable o se ha sentido irascible con facilidad?
- (¿Durante cuánto tiempo ha experimentado este estado de ánimo?)

Aumento de la actividad. Aumenta el nivel de compromiso o de actividad del paciente en relación con el trabajo, la familia, los amigos o la libido, así como con proyectos nuevos, intereses o actividades (p. ej. llamadas de teléfono, redacción de cartas).

- ¿Está más activo o más comprometido en algún asunto de lo que suele estarlo?
- (¿Y respecto a su trabajo, casa, amigos o familia?)
- (¿Está más comprometido con respecto a sus aficiones u otros intereses?)
- ¿Ha sido incapaz de estarse quieto o ha tenido que estar en movimiento o andando de un lado para otro?

Pensamiento acelerado/fuga de ideas. El paciente tiene la impresión subjetiva de que sus pensamientos están claramente acelerados. Por ejemplo, “mis pensamientos van por delante de mis palabras”.

- ¿Ha tenido pensamientos corriendo por su cabeza?
- ¿Tiene más ideas de lo normal?

Autoestima exagerada. En comparación con los niveles que presenta habitualmente, la autoestima del paciente y la apreciación de su valía, influencia, poder, contactos o conocimientos (puede ser delirante) se muestran elevadas. Los delirios persecutorios no deberían

considerarse signos de grandiosidad, a menos que el paciente sienta que la persecución está relacionada con ciertos atributos especiales (p. ej., poder, conocimientos o contactos).

- ¿Se siente más seguro de sí mismo que habitualmente?
- ¿Siente que es una persona particularmente importante o que tiene talentos o capacidades especiales?

Disminución de la necesidad de dormir. El paciente necesita dormir menos de lo normal para sentirse descansado. (La valoración debería basarse en el promedio de varios días más que en una única noche complicada).

- ¿Necesita dormir menos de lo habitual para sentirse descansado?
- (¿Cuánto necesita dormir normalmente?)
- (¿Cuánto necesita dormir actualmente?)

Distracción. El paciente desvía muy fácilmente la atención ante estímulos externos irrelevantes o sin importancia. Por ejemplo, el paciente se levanta e inspecciona algún objeto de la habitación en mitad de una conversación, cambia de tema, etcétera.

- ¿Se distrae fácilmente con lo que le rodea?

Poca capacidad de juicio. El paciente se involucra de forma desmedida en actividades que tienen muchas posibilidades de traer consigo consecuencias nefastas y sin reconocimiento (p. ej. compras compulsivas, aventuras sexuales, inversiones financieras disparatadas, entrega desmedida).

- ¿Ha hecho algo que le haya traído problemas a usted, a su familia o a sus amigos?
- Si echa la vista atrás, ¿ha hecho algo que mostrara poco sentido común?
- ¿Ha hecho algún disparate con su dinero?
- ¿Ha hecho algo, sexualmente hablando, que sea impropio de usted?

Síntomas depresivos

Estado de ánimo disfórico. El paciente se siente triste, decaído, desanimado o infeliz; también deberían considerarse como estado de ánimo disfórico una ansiedad significativa o la irritabilidad. La valoración no debería tener en cuenta la duración del estado de ánimo.

- ¿Ha pasado por algún período en el que se sintiera deprimido, triste o desesperado?, ¿en el que no le importara nada o no pudiera disfrutar de nada?
- ¿Se ha sentido tenso, ansioso o irritable?
- (¿Cuánto tiempo estuvo así?)

Cambios en el apetito o en el peso. El paciente ha experimentado un cambio de peso significativo. No deberían tomarse en consideración los cambios producidos por dietas, a menos que éstas estén relacionadas con pensamientos depresivos que alcancen proporciones delirantes.

- ¿Ha notado cambios en el apetito (ha aumentado o disminuido)?
- ¿Ha perdido o ganado mucho más peso de lo habitual?

Insomnio o hipersomnía. Puede considerarse insomnio tanto despertarse tras unas pocas horas de sueño como tener dificultades para conciliar el sueño. Entre los patrones de insomnio se encuentran el *inicial* (problemas para conciliar el sueño), el *intermedio* (el paciente se despierta en mitad de la noche, pero finalmente consigue volver a dormirse) y el *terminal* (el paciente se despierta temprano —p. ej., entre las 2.00 y las 5.00— y permanece despierto).

- ¿Ha tenido problemas para dormir?
- (¿Cómo fueron?)
- (¿Tiene problemas para conciliar el sueño?)
- (¿Se levanta muy temprano por las mañanas?)
- ¿Ha dormido últimamente más de lo habitual?
- ¿Cuánto duerme en un período normal de 24 horas?

Agitación psicomotriz. El paciente es incapaz de permanecer quieto, necesita moverse. (No se incluyen meras sensaciones subjetivas de intranquilidad). Debería haber signos objetivos (p. ej. retorcerse las manos, no parar de moverse, andar de un lado para otro).

Retraso psicomotor. El paciente se siente ralentizado y tiene grandes dificultades para moverse. (No se incluyen meras sensaciones subjetivas de moverse con lentitud). Debería haber signos objetivos (p. ej. discurso ralentizado).

- ¿Se ha sentido ralentizado?

Pérdida del interés o del placer. El paciente no muestra interés o placer en las actividades cotidianas o su libido ha disminuido. Puede asemejarse a la anhedonia observada en la psicosis. En el síndrome depresivo, la pérdida del interés o del placer aparece siempre asociada a afectos intensos y dolorosos, mientras que en la psicosis se observa el embotamiento afectivo.

- ¿Ha notado que ha cambiado su interés hacia las cosas con las que disfruta normalmente?
- (¿En qué ha mostrado menos interés?)

Pérdida de energía. El paciente presenta falta de energía, se fatiga fácilmente o se siente cansado. Siempre que sea posible, la energía debería compararse con el nivel de actividad habitual de la persona.

- ¿Se ha sentido más cansado de lo habitual?
- (¿Se ha sentido como si se le hubiera agotado toda la energía?)

Sentimientos de inutilidad. El paciente puede referir, además de sentimientos de inutilidad, sentimientos de culpabilidad excesivos o inadecuados (ambos pueden ser delirantes).

- ¿Se ha sentido decepcionado consigo mismo?
- ¿Se ha sentido últimamente culpable por algo?
- (¿Puede decirme algunas de las cosas que le han hecho sentirse culpable?)

Capacidad disminuida para pensar o concentrarse. El paciente se queja de que su capacidad para pensar o concentrarse ha disminuido, que se refleja por ejemplo en un pensa-

miento ralentizado o en indecisión, manifestaciones que no están asociadas con una incoherencia o un descarrilamiento notables.

- ¿He tenido dificultades para pensar?
- ¿Cómo nota su concentración?
- ¿Ha tenido algún problema para tomar decisiones?

Ideas recurrentes de suicidio/muerte. El paciente piensa en la muerte y en morir. También puede desear estar muerto o quitarse la vida.

- ¿Ha estado pensando en la muerte o en quitarse la vida?
- (¿Cada cuánto ha tenido estos pensamientos?)
- (¿Qué estuvo pensando hacer?)

Distinta cualidad del ánimo. El estado de ánimo depresivo que el paciente experimenta es claramente diferente del tipo de sentimientos que se experimenta tras la muerte de un ser querido. Si el paciente no ha perdido a nadie, pídale que compare sus sentimientos con los que tuvo ante una pérdida personal significativa adecuada a su edad y experiencia.

- La tristeza que está experimentando en este momento, ¿es la misma que tendría al morir alguien cercano a usted, o es diferente?
- ¿En qué se parece o se diferencia?

Estado de ánimo no reactivo. El paciente no se siente mucho mejor cuando ocurre algo positivo, ni siquiera temporalmente.

- Cuando hace algo con lo que disfruta, como hablar con sus amigos, visitar a familiares o jugar con su mascota (o cualquier otra actividad que le guste), ¿desaparecen o mejoran sus sentimientos depresivos?

Variación diurna. El estado de ánimo del paciente cambia a lo largo del día. Algunos pacientes se sienten muy mal por la mañana, pero se van sintiendo mejor según va avanzando el día y pueden incluso llegar a sentirse bien por la tarde. Otras personas se sienten bien por la mañana y empeoran según avanza el día.

- ¿Hay algún momento del día que sea especialmente malo para usted?
- (¿Se siente peor por la mañana?, ¿por la tarde?, ¿o más o menos igual durante todo el día?)

Síntomas de ansiedad

Crisis de angustia. El paciente tiene episodios aislados de miedo intenso o malestar en los que aparecen una variedad de síntomas, como falta de aliento, mareos, palpitaciones o temblores.

- ¿Ha sufrido alguna crisis de angustia o de pánico que le haya hecho sentirse extremadamente incómodo?
- (¿Cuánto duró?)
- (¿Notó en ese mismo momento algún otro síntoma?)
- (¿Sintió como si fuera a morir o a volverse loco?)

Agorafobia. El paciente tiene miedo a salir (literalmente, “temor a la plaza pública”). Para muchos pacientes, sin embargo, el miedo abarca mucho más y supone temer a los lugares o situaciones de los que podría ser difícil escapar.

- ¿Alguna vez ha tenido miedo a salir y por eso ha preferido simplemente quedarse en casa todo el día?
- ¿Alguna vez ha tenido miedo a quedarse encerrado o atrapado en alguna parte sin posibilidad de escapar?

Fobia social. El paciente tiene miedo a encontrarse en alguna situación social en la que otros vayan a observarle y él pueda hacer algo humillante o embarazoso. Son fobias sociales comunes el miedo a hablar en público, el miedo a comer delante de otros y el miedo a utilizar baños públicos.

- ¿Tiene algún miedo en especial, por ejemplo a hablar en público?
- ¿Y a comer delante de otros?

Fobia específica. El paciente tiene miedo a algún tipo de estímulo circunscrito específico, como a algún animal (p. ej. serpientes, insectos), a la sangre, a las alturas o a volar en aviones.

- ¿Tiene miedo a las serpientes?
- ¿Le da miedo ver sangre?
- ¿Y los viajes en avión?
- ¿Tiene algún otro miedo en especial?

Obsesiones. El paciente experimenta ideas, pensamientos o impulsos persistentes, que son indeseados y siente desagradables. Suele cavilar sobre estos pensamientos y preocuparse por ellos. El paciente desea ignorarlos o reprimirlos, pero por lo general le resulta difícil. Entre las obsesiones habituales se incluyen los pensamientos repetitivos sobre la realización de actos violentos o la contaminación por contacto con otras personas u objetos inanimados, como el pomo de una puerta.

- ¿Alguna vez se ha sentido angustiado por ideas persistentes que no puede reprimir, como ensuciarse o contaminarse?
- (¿Puede dar algún ejemplo específico?)

Compulsiones. El paciente tiene que realizar actos específicos una y otra vez de modo que admite que son absurdos o que resultan inapropiados. Estas compulsiones suelen llevarse a cabo para aliviar alguna preocupación u obsesión o para prevenir que ocurra algún suceso que teme. Por ejemplo, un paciente podría temer haber dejado la puerta sin cerrar con llave y tendría que volver a comprobarla de forma reiterada. Las obsesiones sobre la contaminación pueden conducir al lavado de las manos de forma repetida. Las obsesiones sobre pensamientos violentos pueden desembocar en comportamientos rituales para prevenir daños a la persona contra la que se imagina el acto violento.

- ¿Hay algún tipo de acción que tenga que realizar una y otra vez, como lavarse las manos o comprobar la estufa?
- (¿Puede dar algún ejemplo?)

■ Preguntas de autoevaluación

1. Describa cómo puede utilizarse el motivo de consulta del paciente para realizar la anamnesis y establecer los diagnósticos diferenciales.
2. Describa algunas técnicas fundamentales para finalizar la entrevista inicial con un paciente.
3. Enumere los componentes de una anamnesis psiquiátrica estándar, cada uno de los principales apartados del esquema general.
4. Resuma los principales componentes de la evaluación del estado mental.
5. Enumere y describa al menos cuatro de los síntomas positivos de la psicosis. Aporte ejemplos de delirios y alucinaciones habituales.
6. Enumere y describa al menos cuatro síntomas negativos.
7. Enumere y defina alguno de los síntomas observados en la depresión.
8. Enumere y defina alguno de los síntomas observados en la manía.
9. Enumere y defina alguno de los síntomas observados en los trastornos de ansiedad.