*Aspectos nosográficos, entrevista y elementos técnicos para el abordaje clínico en adicciones**

Souza y Machorro M,[1] Díaz Barriga Salgado L,[2] Guisa Cruz VM[3]

RESUMEN

La presente comunicación considera que el manejo de las adicciones, desde la nosopropedéutica hasta su rehabilitación, plantea un escenario adecuado para la conceptuación clínica del usuario/adicto a las drogas, cuya visión desmitifica la argumentación tradicionalmente exhibida antaño y las inferencias falaces propinadas, reemplazándolo por una actividad clínica planeada y evaluada, es decir, de carácter profesional. Los afectados, de acuerdo con sus características, deben ser atendidos en ambientes clínicos ad hoc*, que ofrezcan una preparación adecuada y un conocimiento cabal de los lineamientos que permiten cursar a largo plazo esta patología. El uso de técnicas dirigidas a la solución de problemas es de utilidad en el abordaje terapéutico-rehabilitatorio de los pacientes, y contribuye a visualizar las dificultades en su ejercicio y a realizar las recomendaciones pertinentes. Los elementos técnicos de la clínica antiadictiva y la exploración psicopatológica son piezas clave para el diagnóstico, la dinámica médico-paciente y el manejo de la secuencia clínica. Y son, asimismo, de máxima utilidad en el tratamiento integral antiadictivo. Aspiración trascendente y necesaria, particularmente ahora que se dirigen esfuerzos para enfrentar el problema de las adicciones, mediante la coordinación de un sistema nacional, diseñado de acuerdo con las directrices internacionales, el cual incluye todas las instituciones y organizaciones participantes ubicadas según su conveniencia y el momento de la historia natural de la enfermedad que ataquen. Manejo que todo equipo curativo debe incluir a título indispensable, con apego a la normatividad y asumiendo la responsabilidad social que tienen los servicios asistenciales en la materia, a favor de la comunidad.*

Palabras clave: *nosografía, propedéutica, diagnóstico, técnica de resolución de problemas, entrevista clínica, dinámica clínica, relación médico-paciente, psicopatología, adicciones, abuso de drogas.*

Rev Mex Neuroci 2006; 7(2): pp 127-141

Nosographical aspects, interview and technical elements for the clinical approach in addictions

ABSTRACT

The present communication considers that addiction approach, from nosopropedeutics to its rehabilitation, raises a scene adapted for the clinical efficiency rating of the drug user/addict, whose vision traditionally demystifies the argumentation displayed long ago as well as the offered deceptive inferences, replacing it by a planned and evaluated clinical activity, that is to say, of professional character. The affected ones, according to their characteristics, must be taken care of in clinical atmospheres ad hoc*, that offer a suitable preparation and an exact knowledge of the guide lines that allow them to go through this pathology all along. The use of techniques directed to problem solution is useful in the therapeutic-rehabilitatory handling of these patients, and contributes to visualize the difficulties in its implementation and to make the pertinent recommendations. The technical elements of the antiaddictive clinic and the psychopathologic exploration are key pieces for the diagnosis, the doctor-patient dynamics and the clinical sequence approach. And they are also, of utmost utility in the antiaddictive integral treatment. This is an important and necessary aspiration, particularly now that efforts come together to face the addiction problem, by means of the coordination of a national system, designed in accordance with the international standards, which include all participant organizations and institutions situated at their own convenience and right moment of the disease medical record they are facing. Any health team must include this management by all means, in compliance with the norms and assuming the social responsibility that the assistance services have for the community welfare.*

Key words: *Nosography, propedeutics, diagnosis, solving problem technique, clinical interview, clinical dynamics, patient-physician relationship, psychopathology, addictions, drug abuse.*

Rev Mex Neuroci 2006; 7(2): pp 127-141

** Entrevista psiquiátrica y diagnóstico clínico en adicciones. Curso "Diagnóstico y Psicopatología". Centros de Integración Juvenil, A.C. Sede México, 28-30 septiembre, 2005, y Maestría en Psicoterapia de las Adicciones. CIES, México, 2005.*

1. Psiquiatra, psicoterapeuta y psicoanalista. Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos. Centros de Integración Juvenil, A.C. y Coordinador de la Maestría de Psicoterapia de las Adicciones, CIES.
2. Director General Adjunto Normativo.
3. Director General. Centros de Integración Juvenil, A.C.

Correspondencia:
Dr. Mario Souza y Machorro
Centros de Integración Juvenil, A.C., CIES. Aguascalientes 201-7º. Col. Hipódromo Condesa. Del. Cuauhtémoc. C.P. 065100. México, D.F. Correo electrónico: souzaym@prodigy.net.mx

INTRODUCCIÓN

La clasificación y el uso actual de una nosología personalizada parte de la consideración de un grupo de elementos clínicos derivados de las características sociodemográficas, psicopatología, patrón de consumo, severidad sindromática, etc. Éstas, conforman un esquema indispensable para el manejo profesional de los síndromes adictivos, sus problemas derivados y su comorbilidad, que lamentablemente no suele verse asumido por todas las organizaciones e instituciones que brindan tratamiento,[1] lo cual subestima la historia natural del trastorno, el carácter individual de la *patología* y el esperable nivel de atención preventiva, como elementos predictores del binomio terapéutico-rehabilitatorio.[2] La adecuación de las metas terapéuticas a la psiquiatría de las adicciones, es debida al mayor conocimiento documental de las características y comportamiento de los pacientes,[3] tanto como a su personalidad, con lo cual cada paciente sistematiza su comportamiento, lo mismo para el abordaje de sus problemas que bajo condiciones de salud.[4-6]

Confrontación de problemas

El término "problema" —usado desde el punto de vista conductual—, refiere a una situación específica o a un conjunto de situaciones asociadas, a las cuales cada persona responde para funcionar con efectividad en su ambiente.[7] En este caso, se destaca el énfasis situacional (en contraste con la connotación "intrapsíquica" tradicional de la palabra "problema o conflicto" del psicoanálisis y la psicología clínica).[8] Una situación es considerada problemática si no se dispone de una respuesta efectiva cuando el individuo se confronta con tal situación. En tal contexto, se presentan a continuación y en forma de recomendaciones, algunas situaciones que por sus aspectos novedosos, complejidades, ambigüedades o demandas conflictivas, propician la falla de las acciones "automáticas" de confrontación efectiva, por lo que requieren de una secuencia de solución de problemas. Ésta es, por cierto, típica y de alta ocurrencia en los problemas relacionados con el consumo de psicotrópicos.[9] En el marco de la observación conductual de la psicopatología, que ha resultado harto eficaz en el tratamiento inicial de estos trastornos con un gran número de pacientes, la resolución de problemas se define como: El proceso que hace disponible una variedad de alternativas de respuesta para enfrentar una situación problemática y aumenta la probabilidad de escoger la respuesta más efectiva entre las alternativas disponibles.[10] De modo que una "solución", entendida en términos de una respuesta efectiva, es una respuesta o patrón de respuestas que altera la situación en forma tal, que ésta ya no sea problemática para el individuo, y simultáneamente optimiza las consecuencias positivas y minimiza las negativas.[11] Ahora, como técnica la "solución de problemas", refiere al método por el cual el individuo intenta "descubrir" una solución a un problema dado. Lo cual aplica a cualquier terapéutica, aunque es más relevante aún en el manejo antiadiactivo debido a la condición extrema de su particular reiteración.[9,12] La tarea incluye la combinación de respuestas adquiridas previamente, de manera novedosa para producir un patrón de respuesta nuevo, o bien, para formar una nueva asociación entre esta respuesta y la situación problemática particular en cuestión. Por tanto, no es equivalente a la emisión de una respuesta efectiva, referente a la ejecución o desempeño de la respuesta de que se trate, la cual es sólo uno de los posibles resultados de los intentos de solución al problema, y que está en función también, de la historia de aprendizaje individual del paciente (ansiedad, motivación, déficit conductuales, etc.).[13] En consecuencia, el adiestramiento en técnicas de solución de problemas incluye varios elementos:

1. Definición.
2. Anticipación de posibles consecuencias.
3. Toma de decisiones.
4. Evaluación de los resultados.[13]

Es importante reunir toda la información pertinente, y anticiparse hasta donde sea posible en vencer los obstáculos más probables, cuestionando acerca de los problemas que pueden encontrarse en el proceso de solución de problemas, en el cual se identifican cinco etapas:

1. Orientación general (encuadre, contexto, marco de referencia).

a) Aceptar el hecho de que la situación problemática constituye una parte normal de la vida y que es posible enfrentar la mayoría de estas situaciones con efectividad.
b) Reconocer las situaciones problemáticas cuando ocurren.
c) Inhibir la tendencia a responder con el primer "impulso" o a "no hacer nada".

2. Definición y formulación del problema.

a) Definir de modo funcional todos los aspectos de la situación. Cabe enfatizar que en la vida real las situaciones problemáticas suelen ser vagas o ambiguas, carecen de los hechos e información necesarios y no sugie-

ren la dirección o las metas para resolverlas.
b) Formular o clasificar los elementos de la situación apropiadamente, separando información relevante de la que no lo es, identificando las metas principales y especificar los subproblemas, temas, elementos o conflictos principales.

3. Generación de alternativas.
a) Se elimina la crítica o se posterga.
b) Se estimulan las ideas de cualquier tipo sin distinción.
c) En ese momento se prefiere la cantidad; la calidad se deja para después.
d) Se busca la combinación y el mejoramiento de las ideas.

4. Toma de decisiones.
a) Optimizar la calidad de las decisiones examinando la relación medios-fines.
b) Se pretende acceder a la utilidad esperada de cualquier alternativa considerando el valor de cada una, así como la probabilidad de que una alternativa particular logrará el resultado esperado.
c) La determinación de la utilidad de una decisión se hace a la luz de los valores o criterio del individuo que toma la decisión.

5. Verificación.
a) Obtener información objetiva sobre las con secuencias reales del curso de acción elegido.
b) Evaluación del resultado con miras a practicar las correcciones necesarias dentro del marco empleado.[14]

En consecuencia, el algoritmo de la actividad incluye:

1. Definir el agente estresante o las reacciones de estrés como un problema por resolver.
2. Establecer los objetivos realistas lo más concretamente posible, expresando el problema en términos de conducta y delineando los pasos necesarios para lograr cada objetivo.
3. Generar una amplia gama de posibles cursos de acción alternativos.
4. Imaginar y considerar cómo podrían responder otros si se les pidiera que abordaran un problema similar.
5. Evaluar las ventajas y desventajas de cada solución propuesta y ordenar las soluciones, de la menos a la más práctica y deseable.
6. Ensayar estrategias y conductas mediante imágenes, ensayos conductuales y práctica graduada.
7. Intentar la solución más aceptable y factible.
8. Esperar algunos fracasos, sin sentirse frustrado por no haberlo logrado.
9. Reconsiderar el problema original a la luz de un real intento de solución.[15]

Desde el enfoque de las terapias cognitivas, se define una situación problemática cuando *no se tiene a disposición una respuesta alternativa efectiva para el individuo que confronta tal situación.*[14] Las intervenciones destinadas a la solución de problemas enfatizan ciertos procesos de pensamiento: identificar elementos de la definición del problema, generar soluciones alternativas, evaluar consecuencias, etc.[16] En ese marco se trabaja con variables que han demostrado la relación más consistente con las medidas de ajuste social,[17,18] tales como:

1. Pensamiento alternativo, habilidad de generar varias opciones o alternativas de soluciones potenciales a una situación dada.
2. Pensamiento de consecuencias, habilidad de prever las consecuencias inmediatas y a largo plazo de cada alternativa y de usar esa información en el proceso de toma de decisiones.
3. Tipo de pensamiento medios-fines, habilidad de elaborar o planear una serie de acciones específicas, como medios para obtener una meta dada, para reconocer obstáculos potenciales para alcanzar la meta y para usar un marco de referencia temporal realista para llevar a cabo los medios.

Generalmente se hace un análisis de las habilidades consideradas prerrequisitos para enfrentar la situación. En tal contexto, se plantean a modo de ejercicios, una serie de situaciones problemáticas hipotéticas y reales:

1. Enumerar sólo soluciones.
2. Enumerar sólo consecuencias.
3. Empatar soluciones específicas con consecuencias específicas.
4. La creatividad es de suma utilidad, sobre todo con flexibilidad, es decir, donde no se fijan o limitan de antemano reglas o parámetros, salvo los que dicta el problema mismo.

Por tanto, se pretende no contaminar desde el planteamiento de solución del problema, con restricciones surgidas de la experiencia particular, la cual puede no ser aplicable a la nueva situación. Asimismo, se pretende generar las opciones, ideas o alternativas, sin evaluar de inicio qué tan convenientes, accesibles, factibles o adecuadas sean, sino producir una gran cantidad de propuestas y posponer la censura. Una vez que se tiene una gran canti-

dad de ideas, se puede comenzar por decidir cuáles son las más apropiadas según el requisito del problema, los recursos disponibles y el grado de efectividad de la solución. No obstante, cabe considerar que adiestrar a las personas para que pongan a prueba la realidad, resuelvan problemas y sean asertivas, pudiera en ocasiones, exacerbar las reacciones estresantes.[19] Por ello, antes de intervenir, se recomienda comprender la naturaleza del problema, y considerar la forma de:

1. Preparar a las personas antes de intervenir.
2. Motivarlos al cambio.
3. Abordar los problemas que derivan de su resistencia.

Debe analizarse lo que se ha de enseñar (problemas y retos, variedades de respuesta intra e interpersonales, etc.) y considerar los distintos indicadores para el mejor desempeño del afrontamiento (funcionamiento social, estado de ánimo, adaptación escolar, síntomas fisiológicos, etc.). Otros muchos aspectos como el momento de la decisión, el contexto y el análisis de los resultados, influyen en la determinación de la mejor respuesta o solución posible.[20]

Estrategia terapéutica

En materia de tratamiento de adicciones, toda estrategia terapéutica para ser exitosa, ha de enfatizar la prevención de la recaída y promover el crecimiento de los pacientes y su autodeterminación, cancelando en todo momento y contexto, la dependencia a la(s) sustancia(s).[21] Pero el éxito final depende de las maniobras por realizar —se alude a una muy amplia gama de situaciones y circunstancias de la vida de los pacientes—, en la etapa del postratamiento,[9] el cual se supedita a distintos factores simultáneos, los que representan una tríada conformada por:

1. Factores promotores de adherencia: motivación al tratamiento; grado de involucramiento desarrollado en el manejo y desempeño en la dinámica entre la institución y su tipo de manejo, el paciente y la familia y otros aspectos psicoterapéuticos; la eliminación de la recaída; el reforzamiento de la permanencia y la toma de conciencia de enfermedad mental; la participación activa de los afectados en la rehabilitación, que disminuyen las dificultades de manejo de los procesos crónicos.[22]
2. Características de personalidad: factores interpersonales de la infancia actitudes y conductas familiares de consumo; deficiente manejo familiar e inconsistencias papel de la personalidad de los familiares; conflictos y experiencias tempranas o actuales de abuso físico y sexual, y otros eventos estresantes en la vida; rechazo escolar y/o de grupos de pares y otros contextos;[4]
3. Modalidades psicoterapéuticas disponibles que complementan el manejo farmacológico y favorecen la prevención de recaídas y la abstinencia, cuya meta— más allá del no consumo—, pretende la reconstrucción integral personal —hasta donde sea posible—, del afectado, una vez logrado el control del consumo.[23,24] La abstinencia, primera fase del manejo, es para ciertos autores la meta final del manejo antiadictivo; para otros, mientras no se reconstruya la personalidad del afectado el tratamiento no puede calificarse de integral.[4] Pero como no todos los pacientes pueden optar por analizar a fondo su psicodinamia, entender su psicopatología y por la vía de la percatación-acción, dar plenitud al restablecimiento de su salud psicosocial en los diferentes planos de su vida, la meta final de reconstrucción no siempre llega a consolidarse.[24-26] No obstante, la adaptación terapéutica a las necesidades individuales es imperativa para un manejo integral.[2,27]

ASPECTOS NOSOGRÁFICOS

Todos los sistemas de clasificación de las enfermedades tienen como propósito consolidar un grupo de metas generales. La nosografía psiquiátrica cumple a la vez varias funciones: clínicas, administrativas, legales y científicas.[3,21,28] El sistema nosográfico se propone:

1. Aportar un lenguaje común que permita comunicación a los profesionales de la salud;[29]
2. Definir las características del trastorno y entender cómo difiere de otros trastornos similares;
3. Servir a la evaluación de la historia natural de un trastorno y
4. Desarrollar la comprensión de las causas de los diversos trastornos mentales.[30,31]

Conocer la causa de un trastorno suele conducir al desarrollo de un tratamiento eficaz. No obstante, se desconoce la etiología o la fisiopatología de la mayoría de los trastornos mentales, salvo los debidos a enfermedad médica y algunos escasos trastornos, como el t. por estrés postraumático (TEP) y el t. adaptativo, en cuya definición se implica la etiología de ambos.[32] Además, en la mayor parte de los trastornos abundan las teorías etiológicas formuladas como consecuencia del trabajo clínico o de investigación de distintas orientaciones teóricas que tratan de explicarlo.[30]

Tabla 1
Resumen nosográfico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)

1. Trastornos de inicio en la infancia, niñez o adolescencia. Retraso mental; t. del aprendizaje; t. de las habilidades motoras (t. autista, t. desintegrativo infantil y t. generalizado del desarrollo no especificado); t. por déficit de atención y comportamiento perturbador (t. disocial, t. negativista desafiante); TDA/H no especificado; t. del comportamiento perturbador no especificado; t. de la comunicación; trastornos de la ingestión y la conducta alimentaria de la infancia o la niñez; t. de tics (t. de la Tourette, t. de tics motores o vocales crónicos, t. de tics transitorios y t. de tics no especificado); trastornos de la eliminación (encopresis y enuresis); otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia; t. de ansiedad por separación; mutismo selectivo; t. reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez: t. de movimientos estereotipados: t. de la infancia, la niñez o la adolescencia no especificado; otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica (problemas de relación; relativos a abuso o abandono; duelo; capacidad intelectual limítrofe; problema académico; comportamiento antisocial de un niño o adolescente y problema de identidad).
2. Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros t. cognoscitivos. Delirium; demencia; t. amnésico; t. mentales debidos a una enfermedad médica; t. por consumo de sustancias.
3. Trastornos mentales debidos a enfermedad médica. Síntomas mentales considerados consecuencia fisiológica directa de la enfermedad médica.
4. Trastornos relacionados con sustancias. T. por consumo de sustancias (dependencia y abuso); t. inducidos por sustancias (intoxicación, abstinencia, delirium inducido por sustancias, demencia persistente inducida por sustancias, trastorno amnésico inducido por sustancias, trastorno psicótico inducido por sustancias, trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, ansiedad inducida por sustancias, disfunción sexual inducida por sustancias y trastorno del sueño inducido por sustancias).
5. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Esquizofrenia (paranoide, desorganizada, catatónica, indiferenciada y residual); t. esquizofreniforme; t. esquizoafectivo; t. delirante; t. psicótico breve; t. psicótico compartido; t. psicótico debido a enfermedad médica; t. psicótico inducido por sustancias; t. psicótico no especificado).
6. Trastornos del estado de ánimo. Episodios afectivos (episodio depresivo mayor, episodio maníaco, episodio mixto y episodio hipomaníaco); t. del estado de ánimo (trastorno depresivo mayor, t. distímico, t. bipolar); t. del estado de ánimo debido a enfermedad médica; t. del estado de ánimo inducido por sustancias.
7. Trastornos somatomorfos. T. de somatización (histeria o síndrome de Briquet); t. somatomorfo indiferenciado; t. de conversión; t. por dolor; hipocondría; t. dismórfico corporal; t. somatomorfo no especificado).
8. Trastornos facticios. Síntomas físicos o psicológicos fingidos o producidos intencionadamente, con el fin de asumir el papel de enfermo.
9. Trastornos disociativos. Amnesia disociativa; fuga disociativa; T. de identidad disociativo (personalidad múltiple); t. de despersonalización: t. disociativo no especificado.)
10. Trastornos sexuales y de la identidad sexual. Disfunciones sexuales (t. del deseo sexual —deseo sexual hipoactivo, trastorno por aversión al sexo—; t. de la excitación sexual; t del orgasmo —disfunción orgásmica femenina y masculina, eyaculación precoz—; t. sexuales por dolor —dispareunia y vaginismo—; disfunción sexual debida a una enfermedad médica; disfunción sexual inducida por sustancias y disfunción sexual no especificada). Parafilias –exhibicionismo, fetichismo, frotteurismo, pedofilia, sadomasoquismo, fetichismo transvestista, voyeurismo, parafilia no especificada—); t. de la identidad sexual; el trastorno sexual no especificado.
11. Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa; bulimia nerviosa; t. de la conducta alimentaria no especificado.
12. Trastornos del dormir. Disomnias; parasomnias; t. del sueño relacionado con otro trastorno mental
13. Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados. T. del estado de ánimo con características que implican problemas de control de impulsos; t. explosivo intermitente; cleptomanía; piromanía; juego patológico; tricotilomanía; t. relacionados con sustancias; parafilias; t. antisocial de la personalidad; t. disocial; esquizofrenia; t. del control de los impulsos no especificado.
14. Trastornos adaptativos. Síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante psicosocial identificable durante los tres meses siguientes al inicio del estresante: Acusado malestar, superior al esperable dada la naturaleza del estresante, o en un deterioro significativo de la actividad social o profesional (o académica). Debe resolverse dentro de los seis meses que siguen a la desaparición del estresante (o de sus consecuencias).
15. Trastornos de la personalidad. T. paranoide de la personalidad; t. esquizoide de la personalidad; t. esquizotípico de la personalidad; t. antisocial de la personalidad; t. límite de la personalidad; t. histriónico de la personalidad; t. narcisista de la personalidad; t. de la personalidad por evitación; t. de la personalidad por dependencia: trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad; t. de la personalidad no especificado.
16. Trastornos por ansiedad. Crisis de angustia; agorafobia; t. de angustia sin agorafobia; t. de angustia con agorafobia; fobia específica; fobia social; t. obsesivo-compulsivo; t. por estrés postraumático; t. por estrés agudo; t. de ansiedad generalizada; t. de ansiedad debido a enfermedad médica; t. de ansiedad inducido por sustancias; t. de ansiedad no especificado; t. por ansiedad de separación.
17. Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica. El problema está centrado en el diagnóstico o el tratamiento y la persona no tiene un trastorno mental (problemas conyugales en los que ninguno de los cónyuges tiene síntomas que cumplan los criterios de trastorno mental).

Fuente: APA (American Psychiatric Association). Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR, 4th. Ed. Washington, 2001.

Clasificación psiquiátrica

El esfuerzo clínico-explicativo de la patología mental data de finales del siglo XIX con la primera revisión internacional. No obstante, la clasificación oficial de los trastornos mentales en E.U.A. se realizó en 1840, pero no fue sino hasta el censo de 1880 en ese país que apareció por primera vez descrito el concepto de "enfermedad mental". El tipo de clasificación modelo llamada DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) vio la luz en 1952. Posteriormente, ese tipo de clasificación coincidió por vez primera con la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-8, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1965. Más tarde, en 1979, apareció la CIE-9, a la cual siguió el DSM-III, en 1980. Para 1987 se hizo su revisión titulada DSM-III-R. A ésta le siguió el DSM-IV de 1994 y su revisión, en boga actualmente DSM-IV-TR, coincide con los términos planteados por el comité de expertos de la CIE-10 del año 1993. A la fecha se realiza la formulación del DSM-V y la CIE-11, donde se espera se plasme la mayor cantidad de semejanzas y a la par, se anulen las diferencias, que han generado problemas de tipificación de los cuadros nosológicos, e incluso algunos problemas sociales a los investigadores y los clínicos que encaran cotidianamente esta labor.[21,30]

Trastorno mental

El desarrollo y perfeccionamiento de un sistema de clasificación diagnóstica requiere de una definición del trastorno mental. El DSM-IV-TR lo conceptúa así: "*Un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (dolor), a una discapacidad (deterioro en una o más áreas de funcionamiento), o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad*". Este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento (muerte de un ser querido). Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado (político, religioso o sexual, ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción[32] (Tabla 1). Cabe señalar, sin embargo, que aunque no se considera a la homosexualidad un trastorno *per se*, la disforia sexual de quienes tienen conflicto con su orientación sexual (equivalente a homosexualidad egodistónica), es aún clasificable como patología en ambas nosografías CIE-10, OMS y DSM-IV-TR, APA, en los rubros "Otros trastornos psicosexuales" y "Trastorno sexual no especificado", respectivamente. Por otra parte, aunque se acepta que no pueden especificarse límites más precisos para el concepto de trastorno mental, al igual que no puede hacerse para el de trastorno físico, varios autores, desde 1992, han criticado la falta de precisión de la definición del sistema DSM, señalando que la alteración en cualquier trastorno mental radica en el sistema psicológico o conductual conservada a lo largo de la evolución, a causa de su valor adaptativo.[33] La definición así como muchos de los criterios diagnósticos, no distinguen de forma suficiente lo que es una situación normal de malestar de lo que es un verdadero trastorno.[33] Por otra parte, es un error común acerca de los trastornos mentales creer que cada categoría representa una entidad aislada con límites claros que la diferencian del resto de trastornos e incluso de la normalidad. De ahí que los objetos de la clasificación invariablemente vienen constituidos por las enfermedades que presentan las personas, mas no por las personas mismas.[34] Ello evita la connotación equívoca de que alguien con un trastorno mental tiene únicamente eso y no también otros atributos y propósitos en la vida. Tampoco implica que todas las personas con un trastorno mental determinado sean similares; por el contrario, pueden diferir en muchos rasgos importantes que afectarán tanto al tratamiento como al pronóstico. Véase en ello, la necesidad de que exista una *confiabilidad* en el procedimiento diagnóstico. De hecho, la magnitud de la fiabilidad de una categoría debe corresponderse con la magnitud de la concordancia entre los clínicos respecto a la identificación del trastorno; lo cual incluye el acuerdo sobre su presencia.[35] Como la validez del diagnóstico reside en el grado en que éste cumple los múltiples propósitos para los que fue establecido,[21] cabe señalar los cuatro tipos de validez diagnóstica:

1. Aparente, el grado en que la definición de un trastorno constituye una descripción razonable de una entidad clínica determinada y permite que los profesionales se comuniquen acerca del trastorno.
2. Descriptiva, grado en que los rasgos definitorios de una categoría diagnóstica son exclusivos de dicha categoría.
3. Predictiva, implica que si un diagnóstico tiene una alta validez predictiva resulta útil para predecir la historia natural y la respuesta al tratamiento de un sujeto con dicho trastorno.
4. De constructo, grado de conocimiento que se posee de la etiología o del proceso fisiopatológico de un trastorno.[35]

La entrevista clínica y sus elementos

Los cambios sociales acaecidos en los últimos decenios, han sido dramáticos en muchos sentidos.

Se han afectado incluso los sistemas asistenciales de provisión de atención a la salud. El vertiginoso avance en el conocimiento de la etiología del trastorno mental, del progreso en el diagnóstico de los trastornos psiquiátricos como reflejo del mayor y mejor conocimiento de esta patología, la reducción del tiempo disponible para la evaluación diagnóstica y el tratamiento psiquiátrico en las unidades asistenciales, han sido factores decisivos del cambio en la atención de los pacientes.[36-38] Ese marco de trabajo sigue considerando la entrevista clínica como el principal medio para la evaluación de los pacientes;[35] de ahí que el diagnóstico no es sólo un enunciado, sino una herramienta clínica tipológica y operacional, en torno de la cual se construye el manejo de los afectados.[21] Todo explorador clínico especializado o en su defecto el médico entrenado en adicciones, son los encargados de realizar el diagnóstico, el manejo a largo plazo de los trastornos adictivos y de propiciar la comprensión de las relaciones interpersonales entre el paciente y su familia; entre éstos y el personal de salud y la institución.[39-41] Del paciente se espera que asuma el papel a través del cual se le atenderá, interrogará, diagnosticará y tratará, mediante los más útiles procedimientos —establecidos para todos por igual—, con fines de lograr la mejor y más pronta rehabilitación.[42] Al efecto, en el contexto de una relación confidencial y diseñada *ex professo* para dar ayuda, el paciente habrá de explicar todo aquello que le preocupe. El explorador, a la vez escucha y respondiente, intentará conseguir el mejor entendimiento posible de los problemas que se le planteen dentro de un contexto cultural y ambiental particular. Por ello, el profesional dispone de un grupo de estrategias destinadas a facilitar un intercambio libre y espontáneo de información, para que, una vez finalizada la entrevista, se arribe a la formulación diagnóstica que será base del manejo. Y como se parte de la premisa de que cuanto más precisa sea la evaluación diagnóstica, más acertada será la estrategia terapéutica,[34] es importante realizar la exploración con el mayor número de detalles; cada uno de los cuales puede ser significativo por sí mismo y serlo aún más en su conjunto.[43] La historia clínica en adicciones incluye, como todo documento de investigación, una amplia información sobre el paciente en tanto individuo; el motivo de consulta principal; descripción de la enfermedad actual; las capacidades adaptativas premórbidas y el conjunto de rasgos que delinean la personalidad del portador de la patología; los antecedentes relevantes, médicos, psiquiátricos y familiares relativos a la patología mental y médica y otros pertinentes datos del desarrollo del paciente.[43,44] El clínico siempre debe obtener tanta información como sea necesaria para llegar a un diagnóstico diferencial, para que en las oportunidades subsecuentes afine las hipótesis diagnósticas iniciales y se examine la influencia de los distintos factores participantes en el proceso mórbido que atiende.[45] Entre ellos destacan, de acuerdo con la historia natural de la enfermedad, los referentes al ámbito biológico, los psicológicos, en especial los que revelan la dinámica mental del afectado y sus conflictos, y los contextuales culturales, familiares y sociales que hacen particular la vida del paciente.[46] En el transcurso de la aplicación de historia clínica,[43] el profesional evalúa cuidadosamente las percepciones que el paciente tiene de sí mismo y de sus experiencias, las expectativas que tenga en relación con sus problemas, y de modo especial, dadas las características evasivas y poco comprometidas de muchos pacientes, las expectativas acerca de los objetivos del tratamiento, así como el tipo de relación terapéutica deseada.[41] Por su parte, la exploración psicopatológica, desde el punto de vista clínico representa un muy útil resumen transversal de la conducta, el sensorio y las funciones cognoscitivas del paciente.[24] De la cual resultan dos vertientes complementarias, mediante las cuales se puede obtener la información relativa al estado psicopatológico actual del paciente, tanto de manera informal durante la entrevista, como mediante la aplicación *ex professo,* de pruebas seleccionadas. La primera, o exploración informal, se basa en las observaciones del clínico y en el discurso libre y solicitado al paciente.[34] Dicha información incluye: Apariencia y comportamiento; impresión causada por el contacto visual; actitud general durante la entrevista; estado de ánimo; calidad y cantidad del discurso; contenido y curso del pensamiento y empleo de vocabulario. Destacan de modo complementario, la necesidad y la especificidad de las pruebas particulares realizadas de manera más formal, las cuales se fundamentan en la información y en los indicios derivados de la entrevista inicial. Éstas se dirigen a la determinación funcional de ciertas áreas: orientación, atención y concentración; memoria reciente y remota; cantidad de información; riqueza de vocabulario; capacidad de abstracción, capacidad de juicio e introspección; percepción y coordinación.[34,36]

De este modo, la primera entrevista constituye el método más importante para saber *quién es el paciente*. La meta es comprender a quien refiere y muestra síntomas y signos compatibles con trastornos relacionados con sustancias, tanto los asociados a su consumo (dependencia y abuso) como los inducidos por el uso de sustancias (intoxicación, abstinencia, *delirium*, demencia persistente, t.

amnésico, psicótico, ansioso, del estado de ánimo, disfunción sexual y t. del sueño).[46]

Aunque comparte muchos rasgos con la entrevista médica general y la psiquiátrica (que recoge los rasgos descriptivos de los principales diagnósticos psiquiátricos del DSM-IV-TR), [32] la entrevista clínica —y su aplicación de instrumentos codificados en adicciones—, presenta diferencias significativas que inducen a la comprensión multidimensional del paciente como persona y deviene útil para entender:

1. Los rasgos psicológicos del paciente.
2. Cómo se relaciona con su entorno.
3. Influencias sociales, religiosas y culturales significativas en su vida.
4. Motivaciones conscientes e inconscientes de su conducta.
5. Puntos fuertes y débiles del yo.
6. Estrategia de afrontamiento que utiliza para la solución de sus problemas.
7. Mecanismos de defensa predominantes y las situaciones en las que suele emplearlos.
8. Apoyo y la red social con que puede contar el paciente en un momento determinado.
9. Puntos vulnerables del paciente, así como las áreas de aptitud y sus principales logros.[40]

Véase cómo la entrevista clínica, en tanto un acto creativo, es a la par un estudio de cambios en movimiento constante.[30]

Las semejanzas entre la entrevista médica, psiquiátrica y la usada en adicciones incluyen:

1. Filiación sociodemográfica del paciente.
2. Motivo de consulta.
3. Historia del padecimiento actual.
4. Antecedentes personales significativos y los antecedentes sociofamiliares.

Por otro lado, las características diferenciales de la entrevista médica, son:

1. Exploración del componente emocional asociado a los acontecimientos significativos en la vida.
2. Identificación de personas importantes para el paciente y el tipo de relación interpersonal mantenida con éste a lo largo de la vida.
3. Identificación y definición de los principales factores que han influido en su desarrollo biopsicosocial (Tabla 2).

Tanto la entrevista psiquiátrica como la practicada a pacientes usuarios/adictos, reúne datos transversales referidos a los signos y síntomas de los trastornos psiquiátricos primarios (T. por ansiedad, del estado de ánimo, esquizofrénicos y cognoscitivos). Simultáneamente, se examinan las capacidades de adaptación y relación del paciente con su entorno a lo largo de la vida, que se traducen en forma de rasgos de carácter y en ocasiones, en trastornos del carácter o de la personalidad.[47] En ambos casos, psiquiátrico y de adicciones, tratándose de un examen exhaustivo, el clínico obtiene información histórica, que incluye la predisposición genética y familiar al tipo de problemas que presenta el paciente, así como una exploración física completa con las pruebas de laboratorio y las exploraciones radiográficas —y otras—, necesarias para dilucidar los problemas médicos del paciente. Esta parte de la exploración permite evaluar la influencia de posibles trastornos médicos sobre los aspectos conductuales, anímicos y cognoscitivos, que en la exploración de la patología adictiva no es tan profunda ni específica. De hecho, cuando se busca complementar los diagnósticos psiquiátricos, la intención es estimar la intensidad de los factores estresantes psicosociales así como el nivel más alto de capacidades adaptativas en la actualidad y durante el año previo, respectivamente. Datos que, como puede colegirse, aportan gran valor a la planificación del manejo y al establecimiento de pronóstico del trastorno adictivo u otro problema psiquiátrico vinculado o no, con las adicciones. Tal similitud se debe

Tabla 2
Elementos que se han de considerar en la primera entrevista

Información general
- Motivo de la llamada
- Localización del paciente
- Cómo se puede contactar con el paciente
- Motivos de consulta actuales
- Nombre y número de teléfono de quien le ha enviado
- Historia terapéutica
- Trastornos médicos actuales
- Expectativas del paciente sobre el tratamiento
- Evaluación de la urgencia
- Nombre y número de teléfono del médico general
- Expectativas
- Tiempo para la evaluación
- Costo de la evaluación
- Propósito de la evaluación
- Disponibilidad del clínico para llevar a cabo el tratamiento

Fuente: Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA. Tratado de psiquiatría. Tomo I; 3a. ed. The American Psychiatric Press. 2002.

al hecho de que la patología adictiva es una de las muchas variantes de los trastornos mentales. De modo que en el transcurso de la entrevista, el clínico valorará si el paciente muestra pensamientos y/o conductas de tipo psicótico y si presenta planes o pensamientos suicidas u homicidas, y simultáneamente evalúa su capacidad para controlar los impulsos. Si durante la entrevista el clínico determina que el paciente puede constituir o es de hecho un peligro para sí mismo o para los demás, debido a un trastorno adictivo y/o psiquiátrico decisivo en ese momento, está obligado a considerar el confinamiento residencial con fines de protección del afectado y de los demás. En suma, de permitir la obtención de información para el análisis de los datos transversales con el fin de llegar a un diagnóstico formal e información referente al crecimiento y desarrollo del individuo, ambos tipos de entrevista, psiquiátrica y de adicciones, constituyen un acto de potenciales efectos curativos, en el que un individuo que padece y presenta signos y síntomas morbosos, obtiene alivio a partir de una relación humana confidencial y de confianza. En tal sentido pueden utilizarse propositivamente diversos mecanismos de apoyo, como la introspección y la autorrevelación.[24] Así, los elementos considerados clave en la promoción de los aspectos terapéuticos de la entrevista, son la disposición a compartir información y la capacidad para escuchar de forma empática, en el contexto de una relación profesional[24, 31, 3]

En el curso de una entrevista diagnóstica el clínico evalúa qué modalidades de terapia podrían beneficiar al paciente.[48] Ésta, debe revisarse y actualizarse periódicamente.[46,49] De modo que el clínico ha de aportar a la entrevista su profundo conocimiento de la conducta normal y anormal, así como su dominio de los principios psicodinámicos, que utiliza como marco teórico para comprender la complejidad de los rasgos de personalidad singulares del paciente, sus principales conflictos psicológicos, los mecanismos de defensa empleados, los aspectos biológicos negativos y positivos y de modo especial, las capacidades adaptativas.[24,47] El clínico evalúa asimismo, las influencias de factores genéticos y de procesos orgánicos sobre la conducta, el pensamiento y el estado emocional del paciente, así como la psicopatología del paciente como un "todo", teniendo en cuenta los factores biológicos, sociales, económicos, culturales y emocionales.[24,47,50] Cabe señalar que ambas, la entrevista psiquiátrica y la empleada en adicciones, son un arte que se aprende con el tiempo, y se deben aprender practicándose bajo la tutela de supervisores experimentados.[51] La revisión cuidadosa y metódica del estilo, la técnica y el proceso de la entrevista realizada por un supervisor *ad hoc* mejora el aprendizaje del personal clínico de adicciones, tan subestimado en nuestro medio desde hace mucho tiempo.[1,6] Para facilitar el proceso de aprendizaje de las habilidades necesarias para llevar a cabo las entrevistas, pueden utilizarse distintos recursos, bibliográficos, electromecánicos, etc., como los audiovisuales.[52,48]

De ahí que el personal en entrenamiento puede servirse de guías y esquemas de aprendizaje y manuales de principios o técnicas,[49,53] donde se ubican las consideraciones generales sobre la entrevista, la relación médico-paciente y las técnicas específicas por utilizar.[34]

Elementos de la entrevista

La entrevista clínica en adicciones se forma por varios elementos, algunos de los más importantes por considerar son:

1. **Tiempo.** Factor destacado en la realización de cualquier actividad clínica; a menudo se utilizan sesiones de 45-60 min., salvo ocasiones de primer contacto o cuando se requiere profundizar en la exploración o llenado de instrumentos clínicos precodificados, como la historia clínica del paciente adicto u otras pruebas psicológicas para completar un psicodiagnóstico.
2. **Espacio (diseñado *ad hoc*).** Debe ser privado, cómodo en términos del trabajo técnico, el cual es necesario para este tipo de entrevistas y produce mejores resultados si allana las dificultades o incomodidades a quienes los utilizan.
3. **Anotaciones.** Se recomienda que se les hagan solamente las anotaciones indispensables y que de ser posible, se realicen al término de la sesión, a efecto de no interferir o hacerlo lo menos posible, en la labor de contacto y establecimiento de lineamientos. Debe mantenerse contacto visual con el interlocutor el mayor tiempo posible.
4. **Interrupciones.** Se recomienda la eliminación de todo tipo de distracciones, en especial las que limiten la eficacia de la concentración y *rapport* entre el clínico y su paciente.
5. **Acompañantes.** Es importante hacerse acompañar cuando el caso amerita información que sólo un familiar o persona cercana al paciente puede brindar. De lo contrario es mejor eliminar todo tipo de acompañantes ya que tienden a distraer, inhibir o censurar el procedimiento.
6. **Secuencia.** Todo procedimiento clínico tiene una secuencia que debe respetarse para favorecer su realización y completad.
7. **Relación médico-paciente.** Es costumbre considerar que esta relación describe la unión entre

el clínico y su paciente pero debe considerarse que a nivel de todo el procedimiento son varios los profesionales que además del médico, entablan relación con el paciente. Todos ellos participan del mismo marco de trabajo, por lo cual la relación médico-paciente debe entenderse como concepto, incluyente de todos los profesionales y no profesionales del equipo de salud.

8. **Transferencia.** La proyección de pensamientos, emociones y sentimientos del paciente hacia el clínico, conforman este mecanismo psíquico, el cual por un lado es imposible bloquear, y por otro es necesario en sendos ámbitos psiquiátrico y de adicciones. Su utilidad reviste gran importancia, pues en ella se basa en parte la participación profesional, al tiempo que da luz acerca de las razones del comportamiento de las personas.
9. **Contratransferencia.** Las reacciones del clínico frente a los sentimientos, pensamientos y emociones de su paciente puestos en él, conforman esta reacción humana, la cual puede convertirse en elemento (destructivo) de conflicto, cuando el clínico no tiene advertencia de la reacción que muestra. En su defecto, puede ser utilizada de común acuerdo o según los fines de la terapéutica que se emplee en el manejo de los pacientes.
10. **Alianza terapéutica.** La finalidad de todo procedimiento clínico es establecer una relación que permita el trabajo compartido. La alianza es el método que une al clínico con su paciente y por tanto, es de suma utilidad.
11. **Resistencia.** Los fenómenos de rebeldía, enojo y falta de colaboración por parte del paciente, que causan el efectivo bloqueo del tratamiento se catalogan como resistencia; se considera que ésta es multifacética. Se pretende que toda relación humana, analizable en principio, muestra una cara resistencial.[24,54] Más aún, si se trata del sometimiento a situaciones de cierta dificultad como el tratamiento de las afecciones de la salud, que de suyo amenazan la sensación de seguridad del paciente. Un proceso terapéutico debe poder contar con cierto control de la resistencia de los pacientes a efecto de ser lo más efectivos posibles.
12. **Confidencialidad.** Éste es un elemento capital de toda actividad clínica, sin el cual se producen efectos devastadores contra la persona e intereses del paciente. Las Normas Oficiales Mexicanas la reglamentan como imprescindible en el trabajo profesional.[55]

Por otra parte, cabe señalar la existencia de situaciones específicas donde los métodos y estilos de entrevista se espera sean adaptados al tipo de paciente y de problema psiquiátrico que demanda el servicio.[56] Considérense, por ejemplo, los procedimientos clínicos realizados con pacientes delirantes, deprimidos, potencialmente suicidas, somatomórficos (psicosomático), ancianos, niños, violentos, hostiles, negativistas, etc. Dificultades ostensibles en aquellos pacientes enviados por un juez a tratamiento, pero sin su voluntad de participar, como los (adictos(as) preliberados(as). Otras modalidades son la(el) paciente violada(o), el hospitalizado y la entrevista a los familiares, cuyos propósitos informativo-educativos no son de corte estrictamente clínico.[51] Todos los casos anteriormente señalados caen en el marco de la actuación especial y demandan del profesional una actitud y conducta particulares.[51] En tal sentido, los pacientes regulares deben ser pertinentemente entrevistados, para lo cual se recomienda el uso del esquema señalado a continuación, previo a la exploración psicopatológica y física de cada paciente[43] (Tabla 3).

La exploración psicopatológica es muy importante para la producción del conocimiento acerca del paciente, en términos de la información que capta el clínico y que le permitirá formular una opinión acerca del caso, especialmente respecto de la confiabilidad de los datos recogidos, así como del establecimiento de una hipótesis psicodinámica para su plan de trabajo. Esta formulación, imprescindible para el trabajo psicoterapéutico, es factible de ser modificada con la evolución que ofrece la observación del paciente en las subsecuentes sesiones[8] (Tabla 4).

Tabla 3
Esquema de orden de la anamnesis del paciente adicto

Identificación del paciente
• Procedencia
• Motivo de consulta
• Historia de la enfermedad actual
• Antecedentes psiquiátricos personales
• Antecedentes de consumo de alcohol y drogas
• Antecedentes familiares
• Psicobiografía
• Periodo prenatal
• Desarrollo durante la lactancia y la primera infancia
• Media infancia
• Última infancia y adolescencia
• Historia durante la vida adulta
• Historia sexual
• Antecedentes médicos

Fuente: Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA. Tratado de psiquiatría. Tomo I; 3a. ed. The American Psychiatric Press. 2002.

Tabla 4
Exploración psicopatológica

Descripción general
- Aspecto físico
- Conducta motora
- Lenguaje
- Actitud
- Emociones
- Estado de ánimo
- Expresión afectiva
- Adecuación
- Alteraciones sensoperceptivas
- Alucinaciones e ilusiones
- Despersonalización y desrrealización
- Proceso del pensamiento
- Curso del pensamiento
- Contenido del pensamiento (delirios, obsesiones, compulsiones, preocupaciones y fobias)
- Pensamiento abstracto
- Escolarización e inteligencia
- Concentración
- Orientación (tiempo, espacio, persona y situación)
- Memoria (remota, reciente, inmediata)
- Control de los impulsos
- Capacidad de juicio
- Introspección
- Confiabilidad
- Formulación psicodinámica

Fuente: Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA. Tratado de psiquiatría. Tomo I; 3a. ed. The American Psychiatric Press. 2002.

Tabla 5
Fases de la entrevista

A. Inicial
- Motivo de consulta
- Enfermedad actual
- Sentimientos sobre acontecimientos importantes

B. Media
- El paciente como persona
- Historia familiar multigeneracional
- Condiciones de vida actuales
- Ocupación
- Aficiones
- Educación
- Escala de valores
- Entorno cultural y religioso
- Historia militar
- Historia social
- Antecedentes médicos
- Desarrollo
- Historia sexual
- Aspectos cotidianos
- Cualidades y defectos

C. Final
- Tiempo restante
- Temas importantes no tratados
- Preguntas del paciente
- Compartir las impresiones clínicas con el paciente
- Consentimiento para obtener grabaciones
- Consentimiento para hablar con otras personas

Fuente: Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA. Tratado de psiquiatría. Tomo I; 3a. ed. The American Psychiatric Press. 2002.

Elementos técnicos de la dinámica de la entrevista

Sin pretender agotar todas las posibilidades de intervención clínica en la materia, que por otra parte deben aprenderse y supervisarse en la acción terapéutica propiamente, se señalan algunos de los principales elementos técnicos que conforman la dinámica de la entrevista, que aglutinados en sendos grupos, se conocen por su eficacia en la facilitación o el bloqueo de las acciones clínicas pretendidas. Se considera que dichos elementos bien manejados, producen una dinámica productiva a lo largo de las fases que cursa la entrevista (Tabla 5), es decir, siempre que sean productivos, es decir, facilitadores del curso y tono de la entrevista. Pueden por el contrario, ser obstaculizantes (de bloqueo) del proceso y por tanto, improductivos (Tabla 6).

ELEMENTOS DE FACILITACIÓN

1. **Mensajes facilitadores.** Son aquéllos que expresamente inducen la espontaneidad de comunicar el motivo de la atención profesional, y abren y mantienen dicha exposición. El elemento más importante de la entrevista psiquiátrica es permitir de primera intención, una tribuna libre al paciente, a efecto de relatar su historia de forma ininterrumpida, adoptando una actitud de escucha atenta y sin formular demasiadas preguntas que puedan interrumpir el curso de la entrevista. Más adelante se podrá dirigir el interrogatorio con apego a una historia clínica o incluso, la aplicación de instrumentos codificados.
2. **Preguntas abiertas.** Una pregunta abierta es la que induce el diálogo y a la vez muestra un tema que el clínico está interesado en explorar, aunque permite que sea el paciente quien elija las áreas consideradas relevantes.
3. **Reflexiones.** A menudo se desea que el paciente se fije en los acompañantes afectivos de sus verbalizaciones (parafraseo de lo dicho por el

Tabla 6
Elementos técnicos de la entrevista

Facilitación
- Mensajes facilitadores
- Preguntas abiertas
- Reflexiones sobre tópicos
- Facilitación comunicativa
- Refuerzo positivo
- Manejo del silencio
- Interpretación (hechos, situaciones y significados globales)
- Lista de preguntas
- Cambio de enfoque de la entrevista
- Transición a otro tópico
- Autorrevelaciones o descubrimiento

Bloqueo
- Mensajes obstructivos
- Preguntas excesivamente directas
- Uso de preguntas consecutivas
- Uso de otros recursos "tópicos anticipados"
- Consejo prematuro
- Falsas afirmaciones
- Actuar sin dar explicaciones
- Preguntas despreciativas
- Atrapar al paciente con sus propias palabras
- Mensajes paraverbales
- Falsas afirmaciones, comunicación paradójica
- Actuar sin dar explicaciones
- Preguntas despreciativas
- Afirmaciones tipo juicio moral "Ud. está mal"
- Mensajes no verbales de resentimiento

Fuente: Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA. Tratado de psiquiatría. Tomo I; 3a. ed. The American Psychiatric Press. 2002.

paciente; subrayar los sentimientos que acompañan a un acontecimiento referido). Al repetir con otras palabras la verbalización del paciente, éste tiene la oportunidad de rectificar las cogniciones erróneas que pueda tener el clínico sobre su estado.

4. **Facilitación.** El clínico usa lenguaje corporal e indicios verbales mínimos para fomentar y asegurarse de que el paciente continúa una línea determinada de pensamiento, con las mínimas interrupciones posibles en el flujo de las verbalizaciones (asentir con la cabeza o hacer comentarios del tipo: *sí…ya*… y verbalizaciones: *ya veo*, *continúe*, *¿qué más?*, *¿algo más?* y *prosiga*.
5. **Refuerzo positivo.** Los temas tratados suelen ser aspectos sobre los que el paciente no está acostumbrado a hablar y que le resultan difíciles de explicar. Cuando éste ha luchado con un tema en concreto y más tarde se ve capaz de comunicarlo claramente, el clínico ha de indicar su aprobación mediante el uso de refuerzos positivos.
6. **Silencio.** El uso juicioso del silencio en la entrevista es un componente importante del repertorio de técnicas para la entrevista. Los silencios, en el caso del paciente (distinto de lo que ocurre con el manejo propositivo del silencio por parte del entrevistador), le permiten distanciarse de lo que ha estado diciendo y ayudan a ordenar sus pensamientos, o entender mejor el significado psicológico y contexto de lo sucedido en la entrevista. Pero los silencios pueden indicar también una forma de resistencia, en tal caso, se debe animar al paciente a que prosiga su discurso respondiendo a estos silencios con: dígame, qué está pensando…
7. **Interpretación.** El clínico colabora con el paciente para que éste sea capaz de entender sus propias motivaciones y el significado de sus pensamientos, sentimientos y acciones. Examina pautas repetidas de conducta y extrae inferencias acerca de ellas. El clínico debe conducirle hacia la auto interpretación tomando algunos datos que el paciente supone no relacionados para ayudarle a identificar determinadas pautas. El paciente podrá conectar estos acontecimientos y sentimientos aparentemente no relacionados y hacer inferencias por sí mismo. Otro modo de interpretación es presentar al mismo tiempo las pautas de conducta y hace inferencias para el paciente como hipótesis provisionales que éste puede aceptar o rechazar.
8. **Lista de preguntas.** Proponerse una serie de respuestas cuando el paciente es incapaz de describir o cuantificar el grado de especificidad de aquello que se cree importante en situaciones concretas. El clínico utiliza una serie de preguntas de comprobación cuando las preguntas abiertas no proporcionan la información necesaria y precisa datos más específicos. Este tipo de técnica facilitadora suele ser de mucha ayuda para dilucidar problemas médicos.
9. **Cambio de enfoque de la entrevista.** Cuando la entrevista no progresa porque el paciente insiste en un único tema, el clínico señala la necesidad de pasar a otras áreas de exploración. Asimismo, el clínico se muestra firme respecto al hecho de tener suficiente información sobre aquel tema y de entender las preocupaciones y los sentimientos del paciente acerca de esa cuestión concreta.

10. **Transiciones.** Una vez que el clínico considera que tiene información suficiente sobre una parte concreta de la historia de un paciente, le indica su satisfacción por la comprensión de esta parte de la entrevista y le invita a pasar a otro tema.
11. **Autorrevelaciones.** En ocasiones el clínico considera que revelar ciertos pensamientos, sentimientos o acciones de sí mismo puede ser beneficioso para el paciente. Éstas pueden hacerse en respuesta a una pregunta del paciente, o darse en situaciones en que el clínico cree que el compartir sus propias experiencias va a beneficiar al paciente.[34]

ELEMENTOS DE BLOQUEO

1. **Mensajes obstructivos.** Éstos tienden a interferir en el curso deseablemente ininterrumpido de las verbalizaciones del paciente y se interponen al establecimiento de una relación de confianza entre ambos. Como constituyen una mala práctica como elementos técnicos de la entrevista deben evitarse.
2. **Preguntas excesivamente directas.** Antítesis de las preguntas abiertas, ocurren cuando se conduce al paciente a una única respuesta; no permite que el paciente escoja los aspectos que más le preocupan. El uso excesivo de preguntas directas hace que éste responda sólo a lo que se enumera y lo empuja a convertirse en receptor pasivo de un interrogatorio, lo que no le permite llegar a una situación de igualdad como interlocutor.
3. **Preguntas consecutivas.** En lugar de permitir al paciente responder a una pregunta concreta, el clínico formula varias preguntas a la vez. Es posible que el paciente no sepa a cuál responder o que intente condensar todas las preguntas en una sola y responda con un sí o un no.
4. **Tópicos anticipados.** En vez de responder a las aportaciones que brinda el paciente sobre acontecimientos importantes, el clínico pasa de un tema a otro y se muestra insensible ante lo que es importante para el paciente valorar.
5. **Consejo prematuro.** El clínico afirma su autoridad indicando al paciente lo que debe hacer sin tener información suficiente, sin involucrarlo en la búsqueda.
6. **Falsas afirmaciones.** Cuando el clínico señala sin utilidad para el paciente, algo que no debe decirse. Las afirmaciones innecesarias de este tipo representan "ruido" comunicacional y conceptual, por lo que deben eliminarse.
7. **Actuar sin dar explicaciones.** Cuando el clínico —con la ventaja que le concede el hecho de no ser el interrogado y la distancia que toma respecto de los hechos, dada por su posición, experiencia y objetividad—, genera no obstante, una actuación inadecuada o hace afirmaciones aun incomprensibles para el paciente, con base en la información producida.
8. **Preguntas despreciativas.** Cuando el clínico, por la forma y contenido de la pregunta que dirige al paciente, descalifica hechos o situaciones particulares.
9. **Atrapar al paciente con sus propias palabras.** Cuando el clínico repara en algo dicho por el paciente para mostrarle —mediante sus propias palabras—, un sentido opuesto, contrario o excluyente a lo que se dijo.
10. **Mensajes paraverbales.** Cuando el clínico retira conductualmente su aceptación al paciente negando con la cabeza, a partir de algo que ocurre en la sesión; cuando prefiere hacer otra cosa que atenderlo; cuando pierde contacto visual o muestra su desaprobación cerrando los ojos cuando el paciente se repite, etc.
11. **Falsas afirmaciones.** Cuando el clínico asegura al paciente que algo va ocurrir o no, o bien cuando tiene insuficiente información para llegar a esa conclusión o la situación clínica; cuando sugiere que podría ocurrir justo lo contrario e infunde falsos ánimos al paciente.
12. **Afirmaciones tipo juicio de valor.** Cuando el clínico presenta al paciente afirmaciones o negaciones valorativas (axiológicas) respecto de las situaciones que debe describir o interpretar.
13. **Mensajes no verbales de resentimiento.** Cuando el clínico, molesto con la conducta de su paciente, tiende a desaprobarlo y en lugar de enfrentarse al debate racional correspondiente, utiliza el lenguaje corporal para indicar su desaprobación. La conducta del clínico puede causar sentimientos de baja autoestima y le hace sentirse degradado, lo que es inadecuado.[34]

CONCLUSIÓN

Como puede verse por la descripción sucinta de las actividades clínicas que han de realizarse en el campo de las adicciones, se pueden describir racionalmente muchas actividades en torno de la atención de los pacientes,[27] y no obstante, dada su naturaleza, toda la enseñanza que contiene su aprendizaje debe complementarse con actividades supervisadas.[48] Ello brinda la oportunidad de enseñar la técnica básica y en su caso, corregir los errores de la mala práctica derivada de la inexperiencia y demás dificultades intrínsecas de esta labor.[30,31] El uso de técnicas dirigidas a la solución de problemas es de utilidad en un amplio espectro de actividades, en particular en el abordaje clínico de los pacientes, cuando se visualizan las dificultades de su ejercicio y se llevan

a cabo las recomendaciones al efecto, consistentes en el diseño y aplicación de recomendaciones puntuales para corregir las desviaciones conductuales de la actuación profesional (e incluso paraprofesional). En complementariedad, los aspectos nosográficos ayudan a consolidar las metas clínicas, administrativas, legales y científicas necesarias para el desarrollo de la actividad diagnóstico-terapéutica.[57] Amén de definir las características propias de los trastornos, a partir de su historia natural, de desarrollar la comprensión de las causas de los diversos trastornos mentales y de su etiopatogenia —que promueve mejores manejos—, aportan un lenguaje común altamente deseable en la comunicación del equipo de salud. Por su parte, los elementos técnicos de la clínica en adicciones son, como en cualquier otra actividad médica, esenciales para el abordaje y comprensión de la problemática de los pacientes.[58] Las dificultades de la dinámica de la entrevista así como la exploración psicopatológica, son piezas clave para el diagnóstico y de máxima utilidad en el tratamiento integral de los casos. Esa aspiración clínica, es particularmente importante ahora que se dirigen esfuerzos para enfrentar el problema mediante un sistema nacional, diseñado de acuerdo con las directrices internacionales al efecto, es decir, de manera coordinada entre todas las instituciones y organizaciones que participan de ello.[59] Manejo que todo equipo profesional debe incluir a titulo indispensable,[60] no sólo por su apego a la normatividad vigente,[55] lo que es razón válida por sí misma, sino por la responsabilidad social que asumen los servicios asistenciales en la materia, a favor de la comunidad. Deseamos que las directrices planteadas sean de utilidad para todos aquellos que colaboran en la noble tarea de ayudar a quienes tanto lo requieren.

REFERENCIAS

1. *Tagle OI, Mercado CG, Martínez AJ, Martínez MJ, Souza y MM. Por qué profesionalizar la terapéutica de las adicciones. Psiquiatría 2000; 16(3): 110-6.*
2. *Guisa CVM, DíazBarriga SL, Souza y MM. Terapéutica antiadictiva. Utilidad de sus factores de predicción. Rev Mex Neuroci 2004; 5(6): 581-98.*
3. *Souza y MM. Por una psiquiatría de las adicciones. Rev Mex Neuroci 2003; 4(4): 206-8.*
4. *Souza y MM. Personalidad y adicciones. Rev Mex Neuroci 2005; 6(4): 336-45*
5. *Beck AT, Freeman A. Terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad. Barcelona: Paidós; 1995.*
6. *Souza y MM. El papel de la mitología popular, la semántica y la iatrogenia en las adicciones. Rev Mex Neuroci 2002; 2(1): 25-7.*
7. *Feixas G, Miró MT. Aproximaciones a la psicoterapia. Barcelona: Paidós; 1993.*
8. *Freud S. Obras completas. Madrid, Biblioteca Nueva. 1973.*
9. *Souza y MM. Una mirada reflexiva a la terapéutica de las adicciones. Rev Mex Neuroci 2005; (1): 52-66.*
10. *Greenberg LS, Rice LN, Elliot R. Facilitando el cambio emocional. Barcelona: Prixe; 1996.*
11. *Lambert MJ, Bergin AE. Achievements and limitations of psychotherapy research. In Freedheim DK. (Comp.) History of psychotherapy: A century of change. Washington, D.C.: American Psychological Association; 1992; p. 360-90.*
12. *Golfried MR. De la terapia cognitiva conductual a la psicoterapia de integración. Bilbao: DDB; 1996.*
13. *Messer SB. Behavioral and psychoanalytic perspectives at therapeutic choice points. Americ Psycholog 1986; 41: 1261-72.*
14. *D'zurilla TJ, Godfried MR. Problem solving and behavior modification. Abnormal Psychol 1971; 78: 107-26.*
15. *Wasik BH. Home visiting. Procedures for helping families. 2nd. Ed. Communications. University of North Carolina: Chapel Hills; 2005.*
16. *Ruiz JJ, Cano JJ, Imbernon JJ. Psicoterapia cognitiva de urgencia. R y C Editores. A Demanda, Jaén, 2000.*
17. *Shure MB, Spivac G. Interpersonal problem-solving as a mediator of behavioral adjustment in preschool and kindergarten children. J Applied Development Psychol 1980; 1: 45-57.*
18. *Olivares J, Méndez FX. Técnicas de modificación de conducta. Madrid: Ed. Biblioteca Nueva; 1998*
19. *Lazarus AA. Terapia multimodal. México: IPPEM; 1984.*
20. *Ruiz Sánchez JJ, Cano Sánchez JJ. Psicoterapia por la personalidad. Madrid: Espasa; 2001.*
21. *Souza y MM. Nosología y propedéutica de los programas antiadictivos. Rev Mex Neuroci 2005; 6(2): 166-79.*
22. *Olivares HM, Tagle OI, Mercado CG, Souza y MM. Psicodinamia y psicoterapia del paciente adicto. Psiquiatría 2003; 19(1): 28-38.*
23. *Frank JD. Therapeutic factor in psychotherapy. Am J Psychother 1982; 25: 350-61.*
24. *Souza y MM. Adicciones, psicopatología y psicoterapia. Rev Mex Neuroci 2004; 5(1): 57-69.*
25. *Watchel PL. Terapia psicodinámica integradora. En: Linn SJ, Garske JP. (Comps.) Psicoterapias contemporáneas. Bilbao: DDB;1988.*
26. *Watchel PL. Action and insight. Nueva York: Guilford Press; 1987.*
27. *Klamen DL, Miller NS. Integration in education for addiction medicine. J Psychoactive Drugs 1997; 29(3): 263-8.*
28. *Souza y MM. Filosofía y políticas de los programas terapéuticos contra las adicciones. Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos. Centros de Integración Juvenil, A. C. México: 2005.*
29. *Souza y MM, Quijano BE, Reséndez RR, Arroyo PF, Quintanilla BJ, DíazBarriga SL, Guisa CVM. Glosario lexicológico de adicciones para personal de salud. Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos. Centros de Integración Juvenil, A. C. México: 2005.*
30. *Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA. Tratado de psiquiatría. 3a. ed. Tomo I; The American Psychiatric Press. 2002.*
31. *Souza y MM. Consideraciones y fundamentos para una terapéutica profesional de las adicciones. Rev Mex Neuroci 2003; 4(5): 326-30.*
32. *American Psychiatric Association. APA. Diagnostical and Statiscal Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR. 4th. Ed. Washington: 2001.*

33. *Wakefield JC. The concept of mental disorder: on the boundary between biological facts and social values. American Psychologist 1992; 47: 373-88.*
34. *Schreiber SC. Entrevista psiquiátrica, historia clínica psiquiátrica y exploración psicopatológica. Capítulo 6. pp. 191-219. En: Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA. Tratado de psiquiatría. 3a. ed. Tomo I. Washington: The American Psychiatric Press; 2002.*
35. *Organización Mundial de la Salud. OMS. Décima Revisión Internacional de la Clasificación de Enfermedades. Capítulo V. Desórdenes mentales, conductuales y del desarrollo. Ginebra, OMS, 1993.*
36. *Souza y MM. Modelos profesionales de tratamiento. Fundación de Investigaciones Sociales, A.C. Modelos de tratamiento para el alcoholismo. Cuadernos FISAC; 2004: p. 25-46.*
37. *Klamen DL. Education and training in addictive diseases. Psychiatr Clin North Am 1999; 22(2): 471-80, xi.*
38. *Watzlawick P, Weakland J, Fisch R. Cambio. Barcelona: Herder; 1976.*
39. *Souza y MM, DíazBarriga SL, Guisa CVM. Adicciones: neuroquímica y terapéutica. Rev Mex Neuroci 2004; 5(6): 619-34.*
40. *Lewis DC, Niven RG, Czechowicz D. A review of medical education in alcohol and other drugs. JAMA 1987; 257(21): 2945-48.*
41. *Guisa CVM, DíazBarriga SL, Souza y MM. La educación medica en adicciones y sus problemas. Psiquiatría 2004; 20(1): 9-20.*
42. *Lemmens T, Singer PA. Bioethics for clinicians: Conflict of interest in research, education and patient care. CMAJ 1998; 159(8): 960-5.*
43. *Souza y MM, Quijano BEM, DíazBarriga SL, Guisa CVM, Lorenzo AS, Gaucin RR. Historia clínica psiquiátrica codificada para adicciones. HCPCA. Psiquiatría 1998; 14(1): 9-25.*
44. *El Guebaly N, Toews J, Lockyer J, Armstrong S. Medical education in substance-related disorders: components and outcome. Addiction 2000; 95(6): 949-57.*
45. *Prochaska JO, Diclimente CC. The transtheoretical approach. En: JC. Norcross (comp.) Handboook of Eclectic Psychotherapy. New York: Brunner Mazel;1986.*
46. *Souza y MM. Diagnóstico y Tratamiento de los Síndromes Adictivos. México: Editorial Ciencia y Cultura Latinoamérica; 2000.*
47. *Millón T. La personalidad y sus trastornos. Barcelona: Martínez Roca; 1994.*
48. *Souza y MM. Enseñanza e investigación sobre adicciones en la ciudad de México. Psiquiatría 1998; 14(3): 100-6.*
49. *Souza y MM. Programa profesional terapéutico contra las adicciones. Una propuesta integrativa. Psiquiatría 2005; 21(1): 25-37.*
50. *Millón T. Trastornos de la personalidad. Mas allá del DSM IV. Barcelona: Masson; 1998.*
51. *Souza y MM. Educación, salud y adicciones. Rev Mex Neuroci 2003; 4(2): 91-3.*
52. *Souza y MM, DíazBarriga SL. Actualización médica y tecnología comunicacional. Revista CIJ Órgano informativo de Centros de Integración Juvenil, A. C. 1997; 3(9): 77-8.*
53. *Bland E, Oppenheimer L, Brisson-Carroll G, Morel C, Holmes P, Gruslin A. Influence of an educational program on medical students' attitudes to substance use disorders in pregnancy. Am J Drug Alcoh Abuse 2001; 27(3): 483-90.*
54. *Strupp HH, Binder JL. Una nueva perspectiva en psicoterapia. Bilbao: DDB; 1993.*
55. *Guisa CVM, DíazBarriga SL, Souza y MM. Adicción, normatividad y terapéutica. Psiquiatría 2004; 20(3): 25-37.*
56. *Luborsky L. Helping alliances in psychotherapy. En Claghorn E. (Comp.) Successful psychotherapy. New York: Brunner Mazel; 1976; p. 92-116.*
57. *DíazBarriga SL, Souza y MM, Romero RR, Quijano BE, Guisa CVM. Marco conceptual y consideraciones para la evaluacion de programas antiadictivos. Dirección General Adjunta Normativo y Subdirección de Hospitalización y Proyectos Clínicos; Director General de Centros de Integración Juvenil, A. C.*
58. *Souza y MM. Enfermedad y salud mental. Psicología Iberoamericana 2000; 8 (3-4): 93-6.*
59. *Souza y MM, Guisa CVM, Díaz Barriga SL. Hacia una integración nacional de la terapéutica antiadictiva. Centros de Integración Juvenil, A.C. México, 2005.*
60. *Goldstein FJ. It does need more training in diagnosing and treating addiction. J Am Osteopath Assoc 1999; 99(9): 456.*
61. *Galanter M, Keller DS, Dermatis H, Biderman D. Use of the Internet for addiction education. Combining network therapy with pharmacotherapy. Am J Addict 1998; 7(1): 7-13.*