

LA PROFUNDIZACIÓN EN LA ENTREVISTA Y DIRECCIONAMIENTO DE PACIENTES

Tools for interviewing and directing patients

Iván Alberto Osorio Sabogal

© <https://orcid.org/0000-0003-3531-0757>

Escuela Nacional del Deporte.

Cali, Colombia.

Juan Felipe Martínez Flórez

© <https://orcid.org/0000-0003-2914-0819>

Universidad Santiago de Cali.

Cali, Colombia.

Marnell Ester Arroyave

© <https://orcid.org/0000-0002-5857-3528>

Universidad del Valle.

Cali, Colombia.

Resumen: En este capítulo se profundiza en una serie de contenidos de aplicación para el manejo de urgencias psiquiátricas en el marco de la APS. Se amplían las consideraciones para entrevista de pacientes con trastorno mental del afecto y psicóticos. De igual forma, se profundiza en la descripción de procedimientos de entrevistas para los niños, jóvenes y sus familiares en problemáticas asociadas al consumo y abuso de sustancias psicoactivas, conductas de riesgo, la violencia y autoagresión. Por último, el capítulo presenta una serie de

Cita este capítulo

Osorio Sobagal I. A.; Martínez Flórez J. F.; Ester Arroyave, M. (2022). La profundización en la entrevista y direccionamiento de pacientes. En: Flórez Martínez, J. F. (ed. científico). *Manual para la salud mental en atención primaria en el Valle del Cauca*. (pp. 113-164). Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali.

ayudas psicométricas que pueden orientar la identificación de problemáticas y su nivel de riesgo. Por ejemplo, escalas para el nivel de riesgo suicida, signos depresivos, síntomas de ansiedad, déficit cognitivo y un modelo para el registro de información del sujeto que requiere asistencia en salud mental.

Palabras clave: entrevista clínica, entrevista familiar, cuestionarios psicológicos, evaluación del riesgo.

Abstract: This chapter exposes a series of contents of application for the management of psychiatric emergencies in the PHC setting. This includes considerations for interviewing patients with mental disorders and instructions for psychotic disorders are expanded. Likewise, the description of interview procedures for children, young people and their families with problems associated with use and abuse of psychoactive substances, risk behaviors, violence and self-harm is further described. Finally, the chapter presents a series of psychometric tools that can guide the identification of problems and their level of risk. For example, scales for the estimation of suicidal risk, depressive signs, anxiety symptoms, cognitive deficits and a model for recording information on the subject requiring mental health assistance.

Keywords: clinical interview, family interview, psychological questionnaires, risk assessment.

Recomendaciones previas

La atención de variedad de problemáticas y usuarios en un servicio de salud general puede suponer un desafío para un profesional o técnico de la salud, que no esté familiarizado en su área con la atención clínica de pacientes con afectación de trastornos mentales orgánicos, sobre todo en lugares geográficamente apartados de centros urbanos, donde usualmente un especialista en salud mental o trabajo social puede no estar presente la mayor parte del tiempo, por lo tanto, se

hace imprescindible que el personal de salud disponible, técnico o auxiliar o incluso profesional, cuente con herramientas que le permitan hacer una valoración del sujeto o familia que acude en busca de ayuda o direccionamiento al servicio de salud. Este capítulo y el siguiente pretenden brindar una profundización a los lineamientos, guías y sugerencias para el manejo de diversos trastornos mentales y problemáticas psicosociales revisadas en capítulos anteriores y que dada una circunstancia determinada puedan requerir de más información para tomar una decisión en la orientación o direccionamiento de un paciente. Los protocolos por exponer en este capítulo y el siguiente, contienen recomendaciones y guías que abarcan desde consideraciones prácticas para la entrevista de distintos tipos de urgencias en APS, pasando por el manejo de medicamentos y aspectos para tener en cuenta en la remisión del paciente; por consiguiente, es necesario que la aplicación o seguimiento de los protocolos o consideraciones aquí consignadas se realicen bajo la supervisión de personal médico del servicio de salud atendiendo a que cualquier intervención que se plantee debe ser útil para el paciente y sus familias.

En dicho sentido, antes de presentar cualquier protocolo hemos decidido enumerar diez recomendaciones a revisar para que nuestra orientación o direccionamiento sea útil al paciente:

1. Siempre se debe tener en mente consolidar una alianza terapéutica con el paciente.
2. Promover la adherencia a los medicamentos y medidas generales reduciendo la resistencia habitual a los tratamientos.
3. Brindar apoyo emocional frente a las experiencias particulares y los estigmas que sufre la persona por su condición.
4. Mejorar el ajuste y la adaptación a las situaciones particulares.
5. Reforzar la función cognoscitiva de los pacientes recordándoles las fechas, ubicarlos espacialmente y en lo personal.
6. Insistir en la recuperación vocacional.

7. Brindar apoyo y atención a los cuidadores.
8. Instruir a familiares y relacionados sobre las características del problema médico del paciente y cómo enfrentarlos.
9. Reducir el riesgo de suicidio y agresión intentando moderar los conflictos intrafamiliares.
10. Reconocer a tiempo los riesgos de seguridad del paciente y sus convivientes, comunicarlos para que reconozcan a tiempo las crisis.

Ahora bien, desde el punto de vista práctico antes de realizar la atención de una urgencia psicológica o psiquiátrica es necesario tener en cuenta:

1. Deben tomarse exámenes paraclínicos de control para descartar organicidad.
2. Se deben tener en cuenta antecedentes de enfermedad previa, como epilepsia, ACV, traumatismos, enfermedades cardiacas o neurológicas.
3. Analizar la adherencia a cualquier tipo de tratamiento, para evitar posteriores ingresos de urgencias.
4. Antes de medicar realice el EPF (examen psiquiátrico formal) completo.
5. Remita a psiquiatría y psicología todos los casos de paciente psiquiátrico e intento suicida.

Tenga además en cuenta los elementos básicos necesarios de un servicio de salud para manejar una urgencia psicológica o psiquiátrica:

- Consultorio.
- Elementos de inmovilización.
- Elementos para manejo farmacológico.

Consideraciones para la entrevista de un paciente con un trastorno del afecto

La entrevista con un paciente con un trastorno afectivo puede ser un proceso más sencillo que la realizada con un paciente con trastorno psicótico. Sin embargo, tenga en cuenta las siguientes consideraciones a la hora de realizarla:

- Observar la historia del paciente con relación a los síntomas: tener en cuenta que los pacientes con enfermedad bipolar que están medicados pueden estar asintomáticos, el hecho de que un paciente se vea sin síntomas no es una indicación para suspender medicamento.
- Historial de depresión: la depresión debe evaluarse desde una perspectiva de antecedentes personales, porque un paciente puede tener una depresión desde un trastorno bipolar y el suministro de algunos medicamentos puede disparar el rasgo contrario de dicho trastorno.
- Hipomaníacos: los pacientes con la fase de hipomanía (euforia, desinhibición) pueden parecer empáticos con el entrevistador y pasar desapercibidos al entrevistador que no esté avezado en el reconocimiento de estos signos.
- Alteración de ciclos naturales: alteraciones de los ciclos circadianos, sueño o insomnio.
- Dudar razonablemente de lo que dice el paciente: es necesario expresar alguna duda para denotar qué tanto se reafirma la persona en sus posiciones.

En caso de que el paciente muestre ideación suicida se debe valorar si la ideación es nueva o si ya era una idea previa con plan estructurado. Si hay antecedentes de ideación o intento suicida se debe valorar ritmos de ingesta y vigilia del paciente al igual que cambios de comportamiento en los últimos días, semanas o meses, así como el compromiso por parte de la red de apoyo del paciente.

Consideraciones para la entrevista de un paciente con trastorno psicótico

Una entrevista con un paciente con trastorno psicótico puede ser una actividad bastante complicada y de mucho cuidado, puesto que de encontrarse el paciente en un estado delirante quizá no esté de acuerdo en ser contradicho. También puede ser una actividad frustrante, ya que en la mayoría de los casos el paciente no estará dispuesto a abandonar sus creencias y puede no estar de acuerdo con la intervención y considerarla como una intromisión no deseada. Por lo tanto, es necesario tener en cuenta algunas consideraciones a la hora de entrevistar un paciente en este estado, dado que, un sujeto con este padecimiento es alguien que su condición le ha causado gran sufrimiento, de tal forma, es importante mostrar una escucha atenta y comprensiva.

A la hora de entrevistar al paciente tenga en cuenta:

- Indagar en el interrogatorio por las alteraciones del curso de pensamiento: esto corresponde al contenido, los delirios (los delirios son ideas que no se modifican, perseverante, que no es compartido por el grupo social. Ej.: si el paciente dice que lo persiguen indagar por quien, para qué, con qué motivo etc.)
- Indagar cuidadosamente por el curso del pensamiento: tenga en cuenta que, no toda persona que muestra un lenguaje o habla extraña tiene una enfermedad psicótica, puesto que en otras enfermedades mentales las personas pueden hablar de forma extraña. Tenga en cuenta la incoherencia expresada en el habla, en si definitivamente no se entiende lo que dice.
- Determine si el paciente exhibe las alteraciones frecuentes en un trastorno psicótico crónico: lenguaje rebuscado, metonimias, o lenguaje muy elaborado no acorde con el contexto, o un mutismo extremo.
- Determine las alteraciones del comportamiento: toda aquella serie de conductas que no pueden ser explicadas de una manera

razonable (acumulación de objeto inútiles, conductas extrañas, destrucción de objetos sin motivo, uso inadecuado de objetos) conductas sobre las que el paciente al ser interrogado da explicaciones ilógicas.

- Determine si el paciente tiene alucinaciones: son alteraciones de los sentidos, como por ejemplo alucinaciones auditivas (esquizofrenia), alucinaciones complejas (pacientes con enfermedades orgánicas como epilepsia) alucinaciones olfatorias o gustativas, alucinaciones visuales (comunes en las intoxicaciones, ayudan a descartar organicidad).
- Determine si hay alteraciones del sensorio: en la mayoría de los casos se encuentran conservadas funciones como la memoria, orientación, cálculo y funciones motoras, si estas están alteradas hay que considerar otro tipo de organicidad como demencia.
- Evalúe alteraciones del afecto: este tipo de alteraciones dan “tips” diagnósticos, puesto que algunos pacientes como los que padecen esquizofrenia tienen un afecto aplanado, o si el paciente muestra suspicacia extrema puede ser signo de una esquizofrenia paranoide. La exaltación y euforia son comunes en pacientes con manía. La irritabilidad es característica en pacientes con psicosis tóxica.

Manejo de paciente con trastorno psicótico

Antes de cualquier consideración sobre el paciente psiquiátrico, piense si la conducta que motiva su atención es una respuesta “normal” de alguien ante una situación de crisis, o un síntoma psicótico. Revise su grado de autocontrol a pesar de la ansiedad que pueda experimentar por una conducta de la otra persona. Verifique que es lo que desea el paciente, pues el problema puede tener origen en una solicitud simple como el acceso a una llamada telefónica. Observe las conductas de las personas que están acompañando al paciente, pues es común que su manera de enfrentar la situación origine las situaciones de agresión

de los pacientes y sepa cuando es el momento de pedirles que se retiren. Siempre conserve un tono de voz tranquilo, con intensidad baja y transmita mensajes sencillos. Retire cualquier elemento que pueda constituir un arma o ser utilizado para autolesionarse. Una vez determine que el caso constituye un riesgo vital para el paciente o para las personas que están a su alrededor tome la determinación (inmovilizar, sedar, remitir o todas las anteriores) sin prevenciones o dudas.

En caso de que el proceso de remisión sea demorado o tenga complicaciones, se puede tener en cuenta el siguiente proceso sin olvidar los efectos secundarios y contraindicaciones; también debe tener en cuenta que si no hay un episodio de agitación considerable es probable que no sea considerado como una urgencia por la entidad, sea explícito al momento de realizar la remisión.

- Controlar la posible agresión y prevenir intentos de fuga, suicidas u homicidas.
- No discuta con el paciente.
- Si es necesario inmovilice, teniendo en cuenta el no lacerar al paciente y cuidando la cabeza.
- Nunca realice la entrevista a solas.
- Nunca de la espalda a un paciente violento.
- Hable pausadamente, calmado.
- No lo critique.
- Mantenga las manos a la vista del paciente.
- Evite movimientos bruscos o súbitos.
- Inicie la entrevista con temas neutrales.
- Manténgase fuera del alcance del paciente.
- Nunca intente tocar al paciente.

Evaluación de jóvenes y sus familias en relación con el consumo de sustancias

Uno de los aspectos básicos para la intervención con niños y adolescentes es sentar claramente las “reglas básicas” para una adecuada y fructífera entrevista con este grupo poblacional y con sus respectivas familias:

- *Reglas Básicas*

- a. La información básica debe ser parte del registro permanente y va a ser compartida por todo el equipo de salud mental, incluyendo al médico, la enfermera, la trabajadora social y los consejeros.
- b. Dado que los “secretos” son comunes entre niños y adolescentes con problemas de abuso/dependencia a sustancias, es importante por parte de los integrantes del equipo de intervención, evitar aparentar la imagen de colusión con el (la) paciente (algo así como una alianza con el terapeuta para esconder información a otro, el padre o un familiar). Mientras que la confidencialidad va a ser un asunto que se va a salvaguardar, no va a existir “secreto” alguno en torno al uso de sustancias entre los proveedores de salud y el paciente.
- c. Tanto el niño(a) y el (la) adolescente y sus padres tienen el derecho de negarse a responder cualquier pregunta, aun cuando se exhorte y se recomiende una actitud de apertura y honestidad por parte de ambos, con el fin de brindar una evaluación de lo más adecuada y a su vez, para la implementación de un plan de tratamiento lo más efectivo.

- *Límites de la Confidencialidad*

Existen algunos límites bien establecidos en torno a la confidencialidad que pueden ser resumidos de la siguiente manera: el padre (madre), tutor y a veces un(a) representante legal tales como la policía o un representante de una agencia de protección infanto-juvenil, debe ser informado(a):

- a. Si el paciente se ha involucrado en una conducta que sea de riesgo a su salud o de riesgo a la vida (como es el uso de drogas o sustancias psicoactivas), o si es que existe un riesgo suicida o de autoagresión por parte del paciente.
- b. Si el paciente tiene un potencial homicida.
- c. Si se obtiene durante la entrevista ante cualquier integrante del equipo de salud en torno a abuso físico, sexual o emocional o si existe una sospecha manifiesta de algún tipo de abuso.
- d. Los límites de la confidencialidad son obligados en algunos países y en variadas ocasiones según las regulaciones de cada zona, el facultativo que oculta tal información puede incluso hasta perder su licencia profesional, dado que implica perpetuar un delito como es el de la violencia familiar.
- e. Los padres también tienen los mismos derechos a la confidencialidad con respecto a sus vidas personales y a detalles de sus interrelaciones personales, sin embargo, los mismos límites de la confidencialidad se aplican a ellos.

- *Guías Generales para la Entrevista*

- a. El paciente y sus padres deben ser entrevistados tanto individual como a nivel familiar. En variadas ocasiones, es preferible la entrevista del (la) adolescente a solas, donde puede sentirse con mayor libertad para hablar cosas que no las haría delante de figuras

parentales o ante el resto de sus hermanos. De otro lado, la entrevista en familia, puede generar que el comentario de un miembro puede estimular la participación de otro. Por lo tanto, ambas aproximaciones en variadas ocasiones van a ser complementarias.

- b. Durante el transcurso de las entrevistas, es necesario tener en cuenta que se deben repetir las preguntas varias veces. Estas pueden ser parafraseando o indagando de diversas modalidades, con la finalidad de suscitar diversas respuestas, o ampliar la información vertida, sea con información crítica o detalles importantes acerca de cómo los diversos miembros de la familia perciben el problema desde diversos ángulos. A su vez, es importante recordar que conforme se desarrolla una mejora en la alianza terapéutica, los miembros de la familia van a estar en una mejor disposición para verter información más confidencial y pueden dar detalles más a profundidad de algún tema en particular.
- c. Es importante tener en cuenta que, al principio se pueden asumir posiciones de un lado muy inocente como “yo no sé porque estoy aquí, yo nunca he usado drogas” o de otro lado muy negativista o agresivas como “yo no quiero estar aquí y Ud. no me puede obligar a hablar...” Tales posiciones, sólo reflejan una tendencia a la actitud defensiva y de autoprotección. En este sentido, es importante puntualizar que en aquellas ocasiones donde el adolescente se muestra negativista, o en su defecto niega todo consumo y a su vez el consumo de drogas ilegales, la entrevista con la familia en una primera instancia a solas va a ser de suma utilidad para obtener los datos adversos más resaltantes y obtener información sobre consumos descontrolados en fechas recientes. Ya hablando a solas con el (la) adolescente esta información puede ser utilizada con la finalidad de empezar a resquebrajar la negación y siempre haciendo notar al (la) adolescente que la finalidad de todos ellos es poder asistir al joven en su salida de un consumo y no para obtener castigos o represalias por lo cometido.

Características de la entrevista que van a incrementar su efectividad

- a. Una disposición incondicional positiva de respeto, comprensión y preocupación genuina tanto con el paciente como con su familia, salvaguardando todo el tiempo la dignidad y consideración por su problemática personal o familiar.
- b. Una actitud de aceptación sin posiciones moralistas o de enjuiciamiento. Aun cuando el consumo de drogas constituye una condición de salud mental severa, actitudes degradantes, de humillación o de inducción de culpa o de estigma deben evitarse y constituyen trasgresiones a la ética.
- c. Una actitud de confianza genuina implica una actitud de apertura por parte del evaluador(a) con una disposición de calidez, comprensión y especialmente empatía por lo que el paciente está viviendo. Del mismo modo, la actitud de comprensión implica el uso adecuado del lenguaje no técnico y totalmente comprensivo para el paciente y su familia.
- d. En cuanto a la empatía, esta difiere de la simpatía. De un lado, la empatía implica que el (la) entrevistador(a) trata de entender la experiencia del paciente colocándose en su lugar y tratando de visualizar el punto de vista del paciente. La simpatía es un sentimiento de sentir pena por otra persona y lo que el paciente necesita es que el entrevistador sepa comprender su situación actual de vida.
- e. En cuanto a la competencia y el profesionalismo, tanto el paciente como su familia van a estar en una mejor disposición de brindar información si observan a un entrevistador seguro de sí mismo, que genere confianza y profesionalismo en el manejo de la información. Si el paciente o la familia detectan que éste se muestra algo renuente o incómodo al discutir ciertos tópicos, por lo general ello va a generar un retraimiento por parte del paciente/familia y pueden asumir una actitud de dar sólo aquella información

que su interlocutor desea escuchar. Tal situación por lo general se debe a problemas personales en el entrevistador, que son transferidos a la entrevista y que en el argot especializado se denomina la “contratransferencia”, la cual debe ser claramente identificada por el entrevistador para saber discriminar entre su problemática personal o “sensible” y la problemática del paciente. Para esas situaciones la consulta con otro(a) colega puede ser muy beneficiosa para afrontar adecuadamente problemas de esta naturaleza.

Entrevista del niño o adolescente

Los niños y adolescentes que abusan de sustancias usualmente lo hacen como una manera de enfrentar el dolor emocional. Este dolor emocional con frecuencia se debe a problemas familiares de larga data, los cuales pueden incluir abuso de sustancias en uno o ambos padres. Para poder sobrevivir a tales problemas familiares, los niños inconscientemente adoptan maneras de relacionarse con otros miembros de la familia, los cuales ayudan a aliviar el stress en la familia. Un propósito clave de la entrevista es identificar los roles que los niños juegan en sus familias, cómo se sienten con ellos mimos, y la calidad de sus relaciones con sus pares, Dios o un poder superior.

- Preguntas clave para la entrevista sobre las relaciones padres - hijos

Amistades y relaciones con los pares

- a. Si a ti te agrada alguien de tu misma edad y sexo, y quisieras tener a esta persona como amigo, ¿por qué él o ella aceptaría ser tu amigo?
- b. Si a ti te agrada alguien de la misma edad, pero del sexo opuesto, y quisieras tener una cita con esa persona, ¿por qué esta persona querría salir contigo?
- c. Si estuvieras pasando tiempo con un amigo o saliendo a una cita, ¿qué tipo de actividades te gustaría hacer más?

Una “evaluación espiritual” para identificar qué beneficios espirituales o recursos están siendo un sostén o soporte a la vida del niño

- a. ¿Vas a la iglesia? es con frecuencia una manera no amenazante de acercarse al sujeto
- b. Si vas a la iglesia, ¿cuán significativo es esto para ti?
- c. Cuando piensas en Dios, ¿cómo te imaginas que sea?
- d. ¿Qué piensas tú acerca de lo que Dios siente por ti y por tu familia?
- e. ¿Rezas? Si rezas, ¿Por qué lo haces?
- f. Algunas veces las personas se sienten frustradas o molestas con Dios por cosas que pasan en sus vidas, ¿Te ha pasado esto alguna vez?
- g. ¿Cómo han sido tus pensamientos y sentimientos hacia Dios? y ¿la relación con Dios ha cambiado conforme has crecido?

Preguntas acerca de la creencia en el diablo, o relación con rituales o sectas satánicas.

La gente joven que se involucra en sectas satánicas con frecuencia está experimentando una alienación patológica de los valores “pro-sociales” y puede necesitar tratamiento especial de largo plazo.

- a. ¿Alguna vez has escuchado de sectas satánicas o demoníacas? Cuéntame qué sabes acerca de esto
- b. ¿En qué medida tú o tus amigos o familia se ha visto involucrada en esto?

Preguntas con relación a un posible abuso físico o sexual

- a. ¿Alguna vez alguien te ha tocado en algunas partes de tu cuerpo o hecho algo que piensas está mal o te ha hecho sentir incómodo? es una pregunta que debe ser hecha a adolescentes de ambos sexos.

- b. Aunque haya una negación vaga a esta pregunta debe buscarse una respuesta. Los niños y adolescentes pueden sentirse avergonzados o temerosos de revelar un abuso y rechazar la identificación del perpetrador que puede ser conocido y amado por ellos (no es raro que el perpetrador sea un miembro de la familia y por lo tanto el niño tenga sentimientos ambivalentes acerca del abuso y del abusador).
- c. Una respuesta positiva debe ser seguida con preguntas para determinar (1) cuándo fue el abuso (2) quién perpetró el abuso (3) qué sucedió exactamente durante el abuso y (4) si la persona continúa relacionándose con el niño o tiene acceso a él de alguna manera.
- d. Si se identifica una historia de abuso, debe ser reportada a las autoridades si el niño es menor, o si el perpetrador continúa teniendo contacto con el niño (padres, abuelos, cuidadoras, profesor, religioso).

Historia de suicidio u homicidio

- a. ¿Alguna vez has tratado de matarte o dañarte a ti mismo?
- b. Si la respuesta es “sí”, tratar de identificar detalles tales como cuándo fue el intento, el método usado, y las consecuencias (hospitalización, nada sucedió).
- c. ¿Has pensado alguna vez en el suicidio? ¿Planificaste cómo lo harías?
- d. ¿Tienes deseos suicidas hoy? ¿Deseas estar muerto? Si la respuesta es «sí», se debe preguntar el grado de intención, la presencia de un plan y los medios para llevar a cabo el plan, la presencia de una nota suicida.
- e. ¿Has pensado alguna vez dañar a alguien más? Explorar como la pregunta anterior.
- f. En situaciones de intento suicida u homicida hay un deber de advertir a la familia, la policía, y/o la víctima misma.

Presencia de secretos de familia o secretos personales

- a. Los secretos son cosas que una persona joven difícilmente discutirá debido a los sentimientos de vergüenza o culpa.
- b. La exploración de “secretos” es importante debido a que estos secretos pueden ser la fuente de dolor del niño o adolescente que está buscando escapar de ellos usando drogas.
- c. Algunos secretos personales comunes incluyen ser sexualmente activo, haber tenido un aborto, violación, relaciones homosexuales o experimentar conductas homosexuales, fumar, o haber hecho cosas bajo la influencia de alcohol o drogas que el niño o adolescente normalmente no lo hubiera hecho.
- d. Los secretos familiares comunes incluyen cosas tales como que uno o ambos padres mantengan relaciones extramaritales, abuso de sustancias de uno o ambos padres, violencia doméstica, divorcio, adopción, miembros de la familia homosexuales, o que se engañe en los impuestos.
- e. Los secretos necesitan ser revelados durante el tratamiento de manera tal que el adolescente pueda expresar los sentimientos asociados con estos secretos, los cuales son dolorosos, y eventualmente aprender habilidades de afrontamiento no químicas para manejar el dolor de sus secretos.
- f. Dar al adolescente la oportunidad de hablar acerca de los secretos no “le pondrá ideas en su cabeza”. Más bien, le da la oportunidad de hablar acerca de sus preocupaciones, darles el permiso para hacerlo y reconocer que ellos pueden tener preocupaciones que son difíciles de discutir.
- g. Indagar en un primer momento lo relacionado a los “secretos” puede no evocar una respuesta honesta, o puede llevar a una revelación parcial. Conforme se desarrolla una mejor relación, agente de salud y adolescente (el *rapport*), la revelación puede ser mayor.

Explorar el uso de drogas o alcohol en los padres

- a. ¿Alguien en tu familia bebe o usa drogas?
- b. ¿Cómo te sientes cuando sabes que tus padres han estado bebiendo?
- c. ¿Alguna vez alguien de tu familia les ha dicho que beben o usan drogas demasiado?
- d. ¿Alguna vez ellos han tratado de dejar la droga o uso de alcohol?
- e. ¿Alguna vez alguien de tu familia ha asistido a un grupo de autoayuda o apoyo u organización tal como Alcohólicos Anónimos?
- f. ¿Alguna vez alguien en la familia ha estado en tratamiento por drogas o alcohol, a veces llamado «desintoxicación» o «rehabilitación»?

Preguntas relacionadas a otras conductas de riesgo

- a. Un niño o adolescente que ha sido identificado como alguien que presenta una conducta de riesgo, tal como abuso de sustancias, es muy probable que esté involucrado en otras conductas de riesgo tal como tener parejas sexuales múltiples.
- b. Preguntar directamente con frecuencia funciona mejor, y también “da permiso” para ser más honesto en lugar de mostrar conductas defensivas o de negación.
- c. ¿Cuántas parejas sexuales has tenido el año pasado?
- d. ¿Alguna vez te has prostituido por dinero o por drogas?
- e. ¿Alguna vez has tenido sexo por drogas? ¿Has notado si el tener sexo te lleva al consumo de droga(s)?
- f. ¿Alguna vez has tenido sexo con alguien que tú no conocías?
- g. ¿Has tenido sexo con alguien quien podría estar usando, o que piensas ha usado drogas intravenosas?

- h. ¿Cuándo tienes sexo, usas alguna forma de protección para el control de enfermedades o de embarazo (tal como el condón)? ¿Con qué frecuencia usas protección?
- i. ¿Alguna vez te has hecho pruebas de sangre por infección de HIV? ¿Cuándo fue la prueba más reciente?

Dependiendo de las respuestas a estas preguntas, la prueba de HIV puede ser considerada. Si el paciente usa drogas que se auto inyectan, entonces la prueba de HIV debe ser hecha.

Cuatro roles familiares comunes típicamente asumidos por el niño(a)/adolescente en un sistema familiar que abusa de sustancias

- a. Niño(a)/adolescente perdido. Este es el niño que está frecuentemente aislado, retraído, tranquilo, solitario. El niño busca permanecer invisible para escapar a la ira de los padres y evitar causar problemas.
- b. Niño(a)/adolescente héroe. Este es el niño que hace todo bien, obtiene buenas notas, participa en muchas actividades, y en general, hace lucir bien a la familia. El trabajo del niño es “salvar” a la familia.
- c. Niño(a)/adolescente mascota. El “payaso de la familia” mantiene la atmósfera alegre en el hogar. Si surge una discusión, la “mascota” entra en acción, haciendo reír a todos y olvidarse de sus problemas.
- d. Niño(a)/adolescente chivo expiatorio. Este es el niño que es identificado como el problema, sobre quien reposan todos los problemas de la familia. La atención de los padres está centrada en el “niño malo”, de tal forma que evitan la evaluación y confrontación de sus propios problemas interpersonales.

Preguntas acerca de los roles familiares

En muchas familias las personas toman ciertos roles o “funciones” que ayudan a mantener el movimiento de la familia. Alguno de estos roles son como los señalados desde arriba ¿Quién tiene estos roles en tu familia? (01) ¿Quién realmente toma las grandes decisiones en tu familia? (02) ¿Qué sucede si otra persona está en desacuerdo con la decisión? (03) ¿A quién acudes por ayuda y consejo si tú realmente tienes un serio problema? (04) ¿Quién se encarga de alguien que está enfermo? ¿Quién decide cuándo es tiempo de ir al doctor? ¿Quién lleva a un niño enfermo al doctor? (05) ¿A quién das información si tú quieres que las “noticias” sean propagadas a todos? (06) ¿A quién le contarías un gran secreto que no quieres que nadie lo sepa? (07) ¿Quién decide cuánto dinero se gasta?

Entrevista a la Familia

Conocer la historia familiar y el contexto familiar en el cual el adolescente ha crecido y vive nos proporcionará claves importantes sobre el origen de la conducta de abuso de sustancia y puede dirigir de manera más apropiada el futuro plan de tratamiento.

Guía específica general para la entrevista familiar:

- a. Si los hermanos se encuentran disponibles es importante incluirlos en la entrevista. Con frecuencia ellos tienen más conocimiento de lo que está pasando en la vida del paciente que los padres.
- b. Acudir a la autoridad natural de los padres para solicitarles su permiso para el ingreso primero. Sin embargo, si uno de los padres se muestra resistente a la idea de la intervención o participación de la familia, puede ser útil empezar a conocer las opiniones o sentimientos de esa persona. Tal estrategia puede servir para engancharlos dentro del proceso, demostrándoles que sus con-

tribuciones son valiosas y reconocerles la importancia de ellos en el proceso.

- c. Permitir a cada persona que tenga la oportunidad de expresar sus perspectivas sobre la situación, inclusive el menor de los hermanos, abuelos que vivan en casa con la familia, o niñeras o cuidadoras. Cada uno tiene una visión única de las dinámicas de la familia que debe ser compartida.
- d. La opinión o punto de vista que cada persona tenga de lo que está sucediendo en la familia es igualmente importante.

Preguntas clave para incluir en la entrevista familiar

a. Preguntas acerca de la historia familiar

(1) ¿Cuánto tiempo tienen viviendo juntos los padres? ¿Cómo se conocieron y decidieron formar juntos una pareja? (2) ¿Cuáles son las ocupaciones de los padres, edades, y niveles de educación? (3) ¿Cuándo nacieron sus hijos? ¿Cuáles son las edades actuales, actividades y otros datos de todos los hijos e hijastros? (4) Información acerca de la familia de origen de cada padre: edad y estado de salud de los abuelos, de los hijos, tíos, tías y primos. (5) Historia de uso de sustancias (drogas, alcohol, incluyendo drogas prescritas) entre cualquiera de los parientes, o de enfermedad debido al uso crónico de sustancias (tal como cirrosis). (6) ¿Alguien de la familia usa sustancias “más de lo normal”? ¿Se le ha sugerido a alguien asistir a un grupo de autoayuda como AA o Al Anon? (7) Historia de cambios significativos en la familia (mudanza o migración, nacimientos, muertes, (incluyendo la muerte de mascotas, amigos, parientes), divorcio o volver a casarse. (8) ¿Cómo se ajustaron a estos cambios los miembros de la familia?

b. Preguntas acerca del hijo que usa drogas

(1) ¿Cuándo los miembros de la familia notaron un problema o cambio en la conducta que los llevara a sospechar de abuso de sustancias?

(2) ¿Se reportó algún problema de conducta en la escuela? (3) ¿Cuál ha sido el patrón de conducta en los años escolares de su hijo? (4) ¿Ha presentado el niño conductas inadecuadas? ¿Ha mostrado conductas de fuga del hogar, robo o mentiras? (5) ¿Cuál es la naturaleza de las relaciones del niño con sus pares? ¿Puede hacer y mantener amigos? ¿Qué piensan los otros miembros de la familia acerca de los amigos del niño? (6) ¿Qué saben los padres acerca de los amigos del niño? (7) ¿Ha habido algún cambio notable en la personalidad (tal como más agresivo, hiperactivo, inquieto, nervioso, desmotivado, deprimido)? (8) ¿Su hijo fuma cigarrillos? ¿Marihuana? (9) ¿Alguno de los amigos de su hijo usa drogas o alcohol?

Preguntas acerca de los padres

(1) ¿Cuál es la calidad de la relación entre los padres? ¿Hay tensión en la casa? (Esta pregunta debería ser hecha tanto en el grupo familiar como separadamente de los padres) (2) ¿Cuál es la incidencia y naturaleza de la violencia familiar? (3) En casos donde hay padrastros, ¿el hijo visita al padre biológico? ¿Cuál es la naturaleza de la relación del padre con el hijo? ¿Cuál es la naturaleza de la visita del hijo al padre; qué hacen cuando están juntos? (4) ¿Actualmente alguno de los padres bebe mucho o usa drogas (incluyendo medicamentos de prescripción)? ¿Han consumido en el pasado? ¿Alguno de los padres ha participado alguna vez de un grupo de autoayuda tal como AA o NA? ¿Alguna vez han tratado de dejar de consumir o disminuir la cantidad de droga o licor que consumen? (Esta información se debería obtener de la familia y de los padres en una reunión privada) (5) ¿Cuál es la participación de la familia dentro de la comunidad mayor (iglesia y grupos civiles, ligas menores, grupo scout, etc.) (6) ¿Con qué frecuencia asisten a la iglesia u otros servicios religiosos? ¿Cuán satisfactoria encuentran su experiencia de afiliación religiosa?

Patrones de interacción familiar que contribuyen al abuso de sustancia

El entrevistador debe tener en mente que los siguientes factores pueden estar presentes en la familia o tener un impacto negativo en el abuso de sustancias del niño como miembro de la familia.

a. Auto diferenciación inadecuada de los miembros de la familia

(1) Personas que son pobremente diferenciadas tienen sus acciones guiadas por emociones y las reacciones de otros, más que por sus propios pensamientos racionales, valores personales o decisiones. Los individuos quienes son pobremente diferenciados pueden usar sustancias para enfrentar el dolor emocional que proviene de la desaprobación percibida de otros. (2) Los niños y adolescentes, en virtud a su edad y nivel de desarrollo, son, con frecuencia, pobremente diferenciados de sus padres. (3) En familias que abusan de sustancias, los adultos en el sistema, con frecuencia, son también pobremente diferenciados de sus propias familias de origen y de cada uno de ellos.

b. Presencia de triángulos

(1) Bajo estrés, un sistema emocional de dos personas (tal como del esposo y esposa), incluirá dentro del sistema a una tercera persona (tal como un adolescente que está acostumbrado a jugar el rol de “chivo expiatorio”) para disminuir la intensidad de estrés y ansiedad y obtener mayor estabilidad. (2) Cuando un niño ingresa al sistema para formar un ángulo estable, una de dos cosas puede pasar: o ambos padres pueden dirigir sus emociones hacia el hijo “chivo expiatorio” (llegando a criticar o molestar con el niño), en lugar de dirigir sus emociones sobre el esposo, o de otro lado, una variante del triángulo, el niño ha aprendido de la experiencia que al mostrar una conducta particular (tal como abusar de drogas), entonces los padres dejarán de atacarse pues su atención se dirige al problema del niño. (3) Si la presencia de triángulos no es identificada por el entrevistador, el pe-

ligro es que los problemas de los padres y la familia pueda ser pasada por alto, y el niño sería identificado como “el problema”.

c. Presencia de los procesos de transmisión multi-generacional

(1) En la historia natural de la unidad de la familia, se piensa que un individuo se casará con otra persona que se aproxima a su propio desarrollo emocional. Así, los individuos que son pobremente diferenciados y altamente gobernados por sus emociones es muy probable que se casen con otros que tienen dificultades similares. (2) Padres con problemas que sirven como modelos de rol de afrontamiento desajustados para sus hijos. (3) El uso de sustancias como un medio de afrontar el estrés puede ser repetido en generaciones posteriores.

Participación de la familia

Las familias sirven como el contexto en el cual las conductas de adicción a sustancias existen, y es dentro del contexto familiar que debe darse el tratamiento. Debido a que los niños son dependientes de su familia por el cuidado físico y soporte, ellos no pueden ser tratados aisladamente. La familia debe ser parte del proceso en su totalidad.

¿Cuándo remitir a un paciente?

Estas remisiones se pueden hacer a instituciones de nivel tres con unidad de salud mental o psiquiatría, o a los profesionales del municipio como psiquiatras y psicólogos (as); si es una urgencia enviar directamente a nivel 3. Tenga en cuenta las siguientes recomendaciones para valorar la necesidad de una remisión. En tal forma, se requiere remisión cuando:

- Cuando no hay antecedente de enfermedad mental o trastorno orgánico.

- Cuando el cuadro psicótico comprometa su vida o la de otros familiares.
- Cuando se presenta agresión o amenazas a terceros.
- Cuando el intento suicida sea contundente o violento (es decir, intentos suicidas con armas de fuego, corto- punzantes de alto impacto o con plaguicidas con dosis mayores al promedio, saltos de altura, intentos de ahorcamiento o ahogamiento).
- Cuando el intento tenga una característica tan bizarra que haga pensar que el paciente puede estar psicótico (consumo sustancias extrañas: vidrio molido, piedras, pedazos de sustancias cortantes, aplicación de aire o sustancias bajo la piel).
- Cuando la red de apoyo sea insuficiente y amerite cuidado especial.
- Cuando haya evidencia de trauma psicológico o agresiones por terceros como razón del intento.
- Cuando un paciente presente ideación suicida persistente.
- Cuando un paciente ha sido agredido por los familiares o cercanos.
- En menores de 14 años, por protección.

Cuestionarios de ayuda para identificación de signos o déficits

En esta sección, encontrará una colección de cuestionarios y protocolos que pretenden ser de utilidad al momento de recibir un paciente con signos de enfermedad mental o de estar afectado por alguna problemática psicosocial. El objetivo de esta colección, es brindar un conjunto de herramientas al profesional de la salud que contribuyan a construir un perfil del paciente que acude al servicio de atención primaria por alguna de las situaciones mencionadas previamente, así como brindar al profesional en salud elementos que le permitan en un momento orientar una posible impresión diagnóstica o determinar el posible riesgo suicida de un paciente o el estado de las funciones cognitivas de este.

Es necesario resaltar la relevancia de contar con instrumentos estandarizados y diseñados para la detección de determinados déficits o síntomas en el contexto de APS. Por su practicidad, el uso de escalas puede ahorrar tiempo y por su confiabilidad y validez teórica pueden ayudar en la toma de decisiones o en el reconocimiento de signos patológicos de relevancia. En este sentido, existen diferentes tipos de cuestionarios o escalas que se han recomendado para usarse en APS (Tejada et al. 2014). En esta colección nos hemos enfocado en escalas o cuestionarios de fácil y corta duración durante su aplicación, dadas las limitaciones de tiempo y recursos que pueden suscitarse en APS. Estas escalas están compuestas en su mayoría por preguntas con opciones de respuesta múltiple que permiten estimar la incidencia de una serie de rasgos dentro de una categoría. Su efectividad se basa en su adecuada selección para su uso teniendo en cuenta las características de la población o el sujeto a quien pretenda aplicarse.

De tal forma, el siguiente apartado de este documento se organiza de la siguiente manera:

1. Cuestionario de riesgo suicida de Plutchick (Plutchik y Van Praag, 1989)
2. Mini Prueba del Estado Mental (Folstein y McHugh, 1975)
3. Inventario de depresión de Beck (Beck y col. 1961; Beck, Steer y Garbin, 1988).
4. Cuestionario de Ansiedad Generalizada (Argyropoulos et al., 2007).
5. Test de Alteración de Memoria (Rami y Col., 2007).
6. Escala depresión Geriátrica Yesavage (Sheikh y Yesavage, 1986).
7. Cuestionario de Salud general GHQ-12 (Ruiz, García-Beltrán, & Suárez-Falcon, 2017). Modelo para la historia clínica Psiquiátrica.

1) Cuestionario de riesgo Suicida de Plutchick

La escala de riesgo suicida de Plutchick (Plutchik y Van Praag, 1989) es un instrumento proveniente de la psiquiatría, diseñado en 1989 con objeto de discriminar personas susceptibles de cometer un acto suicida de aquellos que no. Pese a haber trascendido más de 20 años de su publicación, es ampliamente reconocida por su efectividad en la estimación del riesgo suicida y su simpleza de diseño y aplicación. La escala está conformada por 15 ítems con opciones de respuesta Si y No. Donde cada respuesta afirmativa suma un punto, obteniéndose un resultado final a partir de la suma de dichas respuestas afirmativas. El objetivo de la escala es poder discriminar entre sujetos con ideación o riesgo suicida y sujetos fuera de riesgo.

- ¿Toma de forma habitual algún medicamento, como aspirinas o pastillas para dormir?
- ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?
- ¿A veces notas que podrías perder el control sobre ti mismo/a?
- ¿Tienes poco interés en relacionarte con la gente?
- ¿Ves tu futuro con más pesimismo que optimismo?
- ¿Te has sentido alguna vez inútil o inservible?
- ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?
- ¿Te has sentido alguna vez tan fracasado/a que sólo querías meterte en la cama y abandonarlo todo?
- ¿Te sientes triste o deprimido ahora?
- ¿Tienes pareja actualmente?
- ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse o atentado contra su vida alguna vez?
- ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?
- ¿Has pensado alguna vez en atentar contra tu vida o suicidarte?
- ¿Le has comentado a alguien, en alguna ocasión, que querías suicidarte?
- ¿Has intentado alguna vez quitarte la vida?

2) Mini Prueba del Estado Mental (MMSE)

La mini prueba de estado mental es un método ampliamente utilizado en el contexto hospitalario para en primera instancia detectar el deterioro cognitivo. Propuesta en 1975 por Folstein y colaboradores (Folstein y McHugh, 1975), esta prueba tiene popularidad en el ámbito clínico, dado que permite identificar rápidamente a pacientes con déficits cognitivos importantes. Aunque es generalmente usada en personas mayores, es una prueba breve y versátil susceptible de aplicarse a un amplio espectro de la población. La prueba tiene un tiempo aproximado de aplicación de entre cinco y diez minutos y el objetivo es determinar si un paciente tiene indicio de deterioro evidente en sus funciones cognitivas. Consta de once preguntas relacionadas con cinco funciones cognitivas superiores como orientación, lenguaje, atención, cálculo, memoria y retención. Un resultado por arriba de 27 puntos (de 30) se considera normal, una calificación por debajo de los 24 sugiere algún nivel de deterioro cognitivo que deberá especificarse con alguna prueba más elaborada.

Orientación temporal

¿En qué año estamos? ¿En qué estación? ¿En qué día (fecha)? ¿En qué mes? ¿En qué día de la semana?

(Puntaje de 0 o 1 para cada respuesta, máximo total 5).

Orientación Espacial

¿En qué hospital (o lugar) estamos? ¿En qué piso (o planta, sala, servicio)? ¿En qué pueblo (ciudad)? ¿En qué provincia estamos? ¿En qué país (o nación, autonomía)?

(Puntaje de 0 o 1 para cada respuesta, máximo total 5).

Fijación- Memoria

Nombre tres palabras radio-caballo-manzana (o balón- bandera-árbol) a razón de una por segundo. Luego se pide al paciente que las

repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue un punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las tres, hasta un máximo de seis veces.

Radio 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1
(Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)

Cálculo

Si tiene 30 pesos y me va dando de tres en tres, ¿Cuántos le van quedando? Detenga la prueba tras cinco sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés. (Máximo cinco puntos, uno por cada sustracción bien hecha, o por la palabra correctamente deletreada).

Recuerdo-Memoria

Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente.

Radio 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1
(Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)

Puntaje máximo de tres, uno por cada respuesta exitosa.

Lenguaje

Denominación: Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto? Hacer lo mismo con un reloj de pulsera u otro objeto disponible. Lápiz 0-1 Reloj (u objeto) máximo un punto.

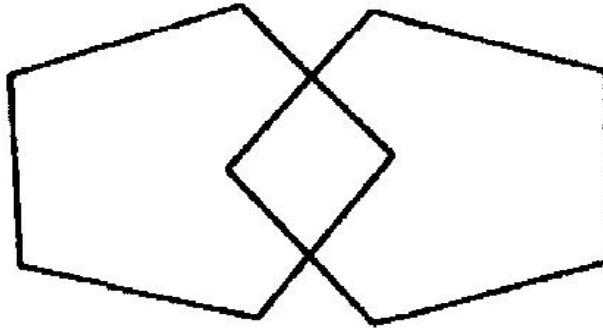
Repetición: Pedirle que repita la frase: “ni sí, ni no, ni pero” (o “En un trigal había cinco perros”) máximo un punto.

Órdenes: Pedirle que siga la orden: “coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo”. Coja con mano. 0-1 dobla por mitad 0-1 pone en suelo 0-1 máximo 3 puntos.

Lectura: Escriba legiblemente en un papel “Cierre los ojos”. Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase 0-1.

Escritura: Que escriba una frase (ej. El perro iba caminando por la calle) 0-1.

Copia. Dibuje 2 pentágonos interceptados (véase figura) y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección.



Puntuación total de la prueba 30 puntos, puntuación debajo de 25 sugiere algún nivel de déficit cognitivo.

3) Inventario de Depresión de Beck

El Inventario de Depresión de Beck (Beck y col. 1961; Beck, Steer y Garbin, 1988) introducido por el psicólogo norteamericano Aarón T Beck y su equipo es un test clásico en la psicología. Este cuestionario puede ser administrado por un evaluador o auto administrado. Consta de un total de 21 preguntas con múltiple respuesta. Este es un instrumento usado para estimar el grado de severidad de una depresión.

En términos generales, el cuestionario está compuesto por ítems relacionados con síntomas depresivos y su intensidad, como la desesperanza e irritabilidad, sentimientos de culpa o sentimientos como estar siendo castigado, así como síntomas físicos relacionados con la depresión (por ejemplo, fatiga fácil, pérdida de peso y deseo sexual).

Al momento de aplicárselo al paciente usted puede leérselo o facilitarle una copia, debe darle una consigna como “Esto es un cuestiona-

rio; en él hay grupos de afirmaciones; leeré uno de estos grupos. Después quiero que elija la afirmación en ese grupo que describa mejor cómo se ha sentido en la última semana incluyendo hoy”.

Una vez completado el cuestionario, se suman los puntos correspondientes a cada una de las 21 preguntas y se obtiene el total. Puesto que la puntuación más alta que se puede obtener en cada una de las preguntas es 3, el total más alto posible de todo el cuestionario será de 63. Como la puntuación más baja de cada pregunta es cero, la puntuación más baja posible, será cero. La siguiente tabla pretende servir de guía para interpretar el resultado final.

1. Tristeza.

1. No me siento triste.
2. Me siento triste.
3. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
4. Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

1. No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.
2. Me siento desanimado de cara al futuro.
3. Siento que no hay nada por lo que luchar.
4. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3. Sensación de fracaso

1. No me siento fracasado.
2. He fracasado más que la mayoría de las personas.
3. Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro.

4. Insatisfacción

1. Soy un fracaso total como persona.
2. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
3. No disfruto de las cosas tanto como antes.

4. Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas.
5. Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.

5. Culpa

1. No me siento especialmente culpable.
2. Me siento culpable en bastantes ocasiones.
3. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
4. Me siento culpable constantemente.

6. Expectativas de castigo

1. No creo que esté siendo castigado.
2. Siento que quizás esté siendo castigado.
3. Espero ser castigado.
4. Siento que estoy siendo castigado.

7. Auto desprecio

1. Estoy descontento de mí mismo.
2. Estoy a disgusto conmigo mismo.
3. Me detesto.

8. Autoacusación

1. No me considero peor que cualquier otro.
2. Me autocritico por mi debilidad o por mis errores.
3. Continuamente me culpo por mis faltas.
4. Me culpo por todo lo malo que sucede.

9. Idea suicidas

1. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
2. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
3. Desearía poner fin a mi vida.
4. Me suicidaría si tuviese oportunidad.

10. Episodios de llanto

1. No lloro más de lo normal.
2. Ahora lloro más que antes.
3. Lloro continuamente.
4. No puedo dejar de llorar, aunque me lo proponga.

11. Irritabilidad

1. No estoy especialmente irritado.
2. Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
3. Me siento irritado continuamente.
4. Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.

12. Retirada social

1. No he perdido el interés por los demás.
2. Estoy menos interesado en los demás que antes.
3. He perdido gran parte del interés por los demás.
4. He perdido todo interés por los demás.

13. Indecisión

1. Tomo mis propias decisiones igual que antes.
2. Evito tomar decisiones más que antes.
3. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
4. Me es imposible tomar decisiones.

14. Cambios en la imagen corporal.

1. No creo tener peor aspecto que antes
2. Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.
3. Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.
4. Creo que tengo un aspecto horrible.

15. Enlentecimiento

1. Trabajo igual que antes.
2. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.
3. Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.
4. Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.

16. Insomnio

1. Duermo tan bien como siempre.
2. No duermo tan bien como antes.
3. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.
4. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.

17. Fatigabilidad

1. No me siento más cansado de lo normal.
2. Me canso más que antes.
3. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
4. Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18. Pérdida de apetito

1. Mi apetito no ha disminuido.
2. No tengo tan buen apetito como antes.
3. Ahora tengo mucho menos apetito.
4. he perdido completamente el apetito.

19. Pérdida de peso

1. No he perdido peso últimamente.
2. He perdido más de dos kilos.
3. He perdido más de cuatro kilos.
4. He perdido más de siete kilos.

20. Preocupaciones somáticas

1. No estoy preocupado por mi salud
2. Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarros, etc.
3. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.
4. Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.

21. Bajo nivel de energía

1. No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.
2. La relación sexual me atrae menos que antes.
3. Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.
4. He perdido totalmente el interés sexual.

Tabla 1. Interpretación del puntaje en el inventario de depresión de Beck.

Puntuación total del cuestionario 21 ítems	Niveles de Depresión
1-10	Los altibajos son considerados normales
11-16	Leve perturbación del estado de ánimo
17-20	Estados de depresión intermitente
21-30	Depresión moderada
31-40	Depresión grave
Más de 40	Depresión mayor

Fuente: Beck, Steer y Garbin, 1988

Tenga en cuenta que, este cuestionario es solo una guía que pretende ayudarle a estimar el nivel de depresión de un paciente y no una herramienta diagnóstica, de ser alto o muy alto el puntaje obtenido por un sujeto, esto indica que el paciente requiere una evaluación especializada (psiquiatría o psicología) para determinar si efectivamente padece un trastorno de ansiedad y cuál será su tratamiento.

4) Cuestionario de Ansiedad Generalizada

El cuestionario de ansiedad generalizada (Generalized Anxiety Disorder Inventory GADI) (Argyropoulos et al., 2007) es una herramienta útil para evaluar y determinar el nivel de ansiedad que puede presentar un paciente. Es una herramienta susceptible de administrarse oralmente o también puede ser auto administrada facilitándosele una copia al paciente. Está compuesto de 22 preguntas con múltiple respuesta. Cada respuesta cuenta con valor entre cero y cuatro puntos Para obtener el resultado final se debe sumar el puntaje obtenido en cada uno de los ítems.

Al dirigirse al paciente con este cuestionario debe indicársele mediante una consigna como la siguiente “A continuación vamos a hacer un cuestionario; en él hay grupos de afirmaciones; leeré uno de estos grupos. Después quiero que elija la afirmación en ese grupo que describa mejor como se ha sentido en la última semana incluyendo hoy, por favor trate de responder con la mayor sinceridad posible”.

1. Estoy ansioso/a la mayoría de los días

- a. En absoluto (0 puntos)
- b. Un poco (1 punto)
- c. Algo (2 puntos)
- d. Mucho (3 puntos)
- e. Extremadamente (4 puntos)

2. Me canso fácilmente

- a. En absoluto (0 puntos)
- b. Un poco (1 punto)
- c. Algo (2 puntos)
- d. Mucho (3 puntos)
- e. Extremadamente (4 puntos)

3. Me preocupo por los acontecimientos cotidianos

- a. En absoluto (0 puntos)
- b. Un poco (1 punto)
- c. Mucho (3 puntos)
- d. Extremadamente (4 puntos)

4. Encuentro dificultad para relajarme

- a. En absoluto (0 puntos)
- b. Un poco (1 punto)
- c. Algo (2 puntos)
- d. Mucho (3 puntos)
- e. Extremadamente (4 puntos)

5. Me siento «al límite»

- a. En absoluto (0 puntos)
- b. Un poco (1 punto)
- c. Algo (2 puntos)
- d. Mucho (3 puntos)
- e. Extremadamente (4 puntos)

6. Me despierto por la noche

- a. En absoluto (0 puntos)
- b. Un poco (1 punto)
- c. Algo (2 puntos)
- d. Mucho (3 puntos)
- e. Extremadamente (4 puntos)

7. Experimento sofocos o escalofríos

- a. En absoluto (0 puntos)

- b. Un poco (1 punto)
- c. Algo (2 puntos)
- d. Mucho (3 puntos)
- e. Extremadamente (4 puntos)

8. Tengo malestar por mi ansiedad

a. En absoluto	(0 puntos)
b. Un poco	(1 punto)
c. Algo	(2 puntos)
d. Mucho	(3 puntos)
e. Extremadamente	(4 puntos)

9. Tengo la boca seca

- a. En absoluto (0 puntos)
- b. Un poco (1 punto)
- c. Algo (2 puntos)
- d. Mucho (3 puntos)
- e. Extremadamente (4 puntos)

10. Temo perder el control, desmayarme o volverme loco/a

- a. En absoluto (0 puntos)
- b. Un poco (1 punto)
- c. Algo (2 puntos)
- d. Mucho (3 puntos)
- e. Extremadamente (4 puntos)

11. Estoy molesto/a por la inquietud

- a. En absoluto (0 puntos)
- b. Un poco (1 punto)
- c. Algo (2 puntos)
- d. Mucho (3 puntos)
- e. Extremadamente (4 puntos)

12. Sufro mareos

- a. En absoluto (0 puntos)
- b. Un poco (1 punto)
- c. Algo (2 puntos)
- d. Mucho (3 puntos)
- e. Extremadamente (4 puntos)

13. Estoy molesto/a por tener temblores y sacudidas

- a. En absoluto (0 puntos)
- b. Un poco (1 punto)
- c. Algo (2 puntos)
- d. Mucho (3 puntos)
- e. Extremadamente (4 puntos)

14. Tengo dificultad para coger el sueño

- a. En absoluto (0 puntos)
- b. Un poco (1 punto)
- c. Algo (2 puntos)
- d. Mucho (3 puntos)
- e. Extremadamente (4 puntos)

15. Sufro por la tensión o dolor de los músculos

- a. En absoluto (0 puntos)
- b. Un poco (1 punto)
- c. Algo (2 puntos)
- d. Mucho (3 puntos)
- e. Extremadamente (4 puntos)

16. Estoy molesto/a por la dificultad con la respiración

- a. En absoluto (0 puntos)
- b. Un poco (1 punto)
- c. Algo (2 puntos)
- d. Mucho (3 puntos)
- e. Extremadamente (4 puntos)

17. Me asusto fácilmente

- a. En absoluto (0 puntos)
- b. Un poco (1 punto)
- c. Algo (2 puntos)
- d. Mucho (3 puntos)
- e. Extremadamente (4 puntos)

18. Tengo dificultad para concentrarme

- a. En absoluto (0 puntos)
- b. Un poco (1 punto)
- c. Algo (2 puntos)
- d. Mucho (3 puntos)
- e. Extremadamente (4 puntos)

19. Tengo dificultad para controlar mi ansiedad

- a. En absoluto (0 puntos)
- b. Un poco (1 punto)
- c. Algo (2 puntos)
- d. Mucho (3 puntos)
- e. Extremadamente (4 puntos)

20. Estoy molesto/a por hormigueos o insensibilidad en las manos

- a. En absoluto (0 puntos)
- b. Un poco (1 punto)
- c. Algo (2 puntos)
- d. Mucho (3 puntos)
- e. Extremadamente (4 puntos)

21. Me preocupo excesivamente

- a. En absoluto (0 puntos)
- b. Un poco (1 punto)
- c. Algo (2 puntos)
- d. Mucho (3 puntos)
- e. Extremadamente (4 puntos)

22. Estoy irritable

- a. En absoluto (0 puntos)
- b. Un poco (1 punto)
- c. Algo (2 puntos)
- d. Mucho (3 puntos)
- e. Extremadamente (4 puntos)

La siguiente tabla pretende servir de guía para interpretar el resultado obtenido en la prueba de ansiedad generalizada:

Tabla 2. Interpretación del puntaje cuestionario ansiedad generalizada.

Puntuación total del cuestionario 22 ítems	Niveles de Ansiedad
0-22	Los niveles de ansiedad son considerados normales
22-40	Leve incremento del estado de ansiedad
44-66	Nivel de ansiedad elevado
66-88	Nivel de ansiedad muy alto

Fuente: Argyropoulos et al., 2007.

Tenga en cuenta que, este cuestionario es solo una guía que pretende ayudarle a estimar el nivel de ansiedad de un paciente y no una herramienta diagnóstica, de ser alto o muy alto el puntaje obtenido por un sujeto, esto indica que el paciente requiere una evaluación especializada (psiquiatría o psicología) para determinar si efectivamente padece un trastorno de ansiedad y cuál será su tratamiento.

5) Test de Alteración de Memoria (T@M)

El test de alteración de memoria (T@M) (Rami et al., 2007) es una herramienta que permite detectar deterioro objetivo en la memoria de acuerdo a la medición de diferentes dominios del proceso de memo-

ria. Este test puede ayudar a determinar si un paciente puede presentar deterioro objetivo del dominio de memoria característico de los trastornos del envejecimiento.

MEMORIA INMEDIATA “Intente memorizar estas palabras. Es importante que esté atento/a”. Repita: cereza (R) hacha (R) elefante (R) piano (R) verde (R)

- | | |
|---|-------------------------|
| 1. Le he dicho una fruta, ¿cuál era? | 0 - 1 (Si 0, repetirla) |
| 2. Le he dicho una herramienta, ¿cuál era? | 0 - 1 |
| 3. Le he dicho un animal, ¿cuál? | 0 - 1 |
| 4. Le he dicho un instrumento musical, ¿cuál? | 0 - 1 |
| 5. Le he dicho un color, ¿cuál? | 0 - 1 |

“Después le pediré que recuerde estas palabras”

“Este atenta/o a estas frases e intente memorizarlas” (máximo dos intentos de repetición): Repita: **TREINTA GATOS GRISES SE COMIERON TODOS LOS QUESOS (R)**

6. ¿Cuántos gatos había? 0 - 1;
 7. ¿De qué color eran? 0 - 1;
 8. ¿Qué se comieron? 0 - 1
- (Si 0 decirle la respuesta correcta).

Repita: **UN NIÑO LLAMADO LUIS JUGABA CON SU BICICLETA (R)**
(máximo dos intentos):

9. ¿Cómo se llamaba el niño? 0 - 1;
 10. ¿Con qué jugaba? 0 - 1
- (Si 0 decirle la respuesta correcta).

MEMORIA DE ORIENTACIÓN TEMPORAL

11. Día semana 0 - 1;
12. Mes 0 - 1;
13. Día de mes 0 - 1;
14. Año 0 - 1;
15. Clima 0 - 1

MEMORIA REMOTA SEMÁNTICA

(dos intentos; si error: repetir de nuevo la pregunta)

- | | |
|---|-----|
| 16. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? | 0-1 |
| 17. ¿Cómo se llama el profesional que arregla autos? | 0-1 |
| 18. ¿Cómo se llamaba el anterior presidente del gobierno? | 0-1 |
| 19. ¿Cuál es el último día del año? | 0-1 |
| 20. ¿Cuántos días tiene un año? | 0-1 |
| 21. ¿Cuántos gramos hay en un cuarto de kilo? | 0-1 |
| 22. ¿Cuál es el octavo mes del año? | 0-1 |
| 23. ¿Qué día se celebra la Navidad? | 0-1 |
| 24. Si el reloj marca las 11 en punto,
¿en qué número se sitúa la aguja larga? | 0-1 |
| 25. ¿Qué estación del año empieza en abril después del verano? | 0-1 |
| 26. ¿Qué animal bíblico engañó a Eva con una manzana? | 0-1 |
| 27. ¿De dónde se obtiene el aguardiente? | 0-1 |
| 28. ¿A partir de qué fruto se obtiene el chocolate? | 0-1 |
| 29. ¿Cuánto es el triple de uno? | 0-1 |
| 30. ¿Cuántas horas hay en dos días? | 0-1 |

MEMORIA DE EVOCACIÓN LIBRE

31. De las palabras que dije al principio, ¿cuáles podría recordar?

0-1-2-3-4-5

(esperar la respuesta mínimo 20 segundos)

32. ¿Se acuerda de la frase de los gatos? 0-1-2-3

(un punto por idea: 30 - grises - quesos)

33. ¿Se acuerda de la frase del niño? 0-1-2

(un punto por idea: Luis - bicicleta)

MEMORIA DE EVOCACIÓN CON PISTAS

- | | |
|-------------------------------------|-----|
| 34. Le dije una fruta, ¿cuál era? | 0-1 |
| 35. Le dije una herramienta, ¿cuál? | 0-1 |
| 36. Le dije un animal ¿cuál era? | 0-1 |
| 37. Un instrumento musical, ¿cuál? | 0-1 |
| 38. Le dije un color, ¿cuál? | 0-1 |
- ¿Se acuerda de la frase de los gatos?

39. ¿Cuántos gatos había?	0 – 1
40. ¿De qué color eran?	0 – 1
41. ¿Qué comían?	0 – 1
¿Se acuerda de la frase del niño?	
42. ¿Cómo se llamaba?	0 – 1
43. ¿Con qué estaba jugando?	0 – 1

Escala de depresión geriátrica Yesavage

La escala de depresión geriátrica Yesavage fue propuesta en 1982 por Brink y Yesavage. Es una escala orientada a determinar síntomas de depresión e intensidad de los mismos en adultos mayores. La escala en su versión original cuenta con 30 preguntas en formato si o no. Sin embargo, la versión que se presenta a continuación es su versión abreviada (Sheikh y Yesavage, 1986) que cuenta únicamente con 15 preguntas sin perder validez o confiabilidad cercana al 90%.

Esta escala por su practicidad y poco tiempo de aplicación es ideal para usarse en una rápida evaluación en atención primaria, orientándose específicamente su uso para la identificación de síntomas depresivos en el adulto mayor.

Su calificación permite estimar tres rangos, siendo entre cero y cinco puntos un rango sin síntomas depresivos, un rango entre seis y nueve puntos, coincidente con rasgos para depresión leve y un rango arriba de diez puntos coincidente muy probablemente con un cuadro clínico de depresión.

1. ¿En general, está satisfecho(a) con su vida?

Sí (0) No (1)

2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?

Sí (1) No (0)

3. ¿Siente que su vida está vacía?

Sí (1) No (0)

4. ¿Se siente con frecuencia aburrido(a)?

Sí (1) No (0)

5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?

Sí (0) No (1)

6. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?

Sí (1) No (0)

7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?

Sí (0) No (1)

8. ¿Con frecuencia se siente desamparado(a), desprotegido(a)?

Sí (1) No (0)

9. ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?

Sí (1) No (0)

10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?

Sí (1) No (0)

11. ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo(a)?

Sí (0) No (1)

12. ¿Actualmente se siente un(a) inútil?

Sí (1) No (0)

13. ¿Se siente lleno(a) de energía?

Sí (0) No (1)

14. ¿Se siente sin esperanza en este momento?

Sí (1) No (0)

15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?

Sí (1) No (0)

Total_____

Cuestionario de salud general GHQ-12

El Cuestionario de Salud General-12 (GHQ-12; Goldberg & Williams; 1988) es una herramienta sencilla y práctica que se encuentra validada para Colombia (Ruiz, Garcia-Beltran, & Suarez-Falcon, 2017). El GHQ-12 es un cuestionario orientado a realizar un tamizaje clínico de síntomas de ansiedad y depresión presentes en un sujeto en el lapso de las últimas dos semanas. La escala tiene una medición tipo Likert con una calificación entre 0 y 3 por pregunta, y un rango de puntuación global entre 0 y 36. Este rango de puntuación permite establecer niveles de síntomas o afectación psicológica en tres niveles. Un nivel

de afectación o de síntomas clínicos en un rango bajo tiene una puntuación entre 0 y 12, un nivel moderado-bajo de 13 a 18, un nivel moderado alto de 19 a 24 y un nivel alto de 25 a 36. Este tipo de calificación ha demostrado ser más consistente y certera que su calificación por factores y menos susceptible de variabilidad (Urzua, Caqueo-Urizar, Bargsted, & Irarrazaval, 2015)

GHQ-12

Instrucciones: A continuación, le voy a plantear unas preguntas sobre cómo se ha sentido y su estado de salud durante las ÚLTIMAS DOS SEMANAS. Responda o califique señalando el espacio a la izquierda de la pregunta:

1. ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hace?
 0. Mejor que lo habitual.
 1. Igual que lo habitual.
 2. Menos que lo habitual.
 3. Mucho menos que lo habitual.

2. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho el sueño?
 0. No, en absoluto.
 1. Igual que lo habitual.
 2. Más que lo habitual.
 3. Mucho más que lo habitual.

3. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?
 0. Más que lo habitual.
 1. Igual que lo habitual.
 2. Menos que lo habitual.
 3. Mucho menos que lo habitual.

4. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?
 0. Más capaz que lo habitual.
 1. Igual que lo habitual.
 2. Menos capaz que lo habitual.
 3. Mucho menos capaz que lo habitual.

5. ¿Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión?

- 0. No, en absoluto.
- 1. Igual que lo habitual.
- 2. Más que lo habitual.
- 3. Mucho más que lo habitual.

6. ¿Ha sentido que no puede superar sus dificultades?

- 0. No, en absoluto.
- 1. Igual que lo habitual.
- 2. Más que lo habitual.
- 3. Mucho más que lo habitual.

7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?

- 0. Más que lo habitual.
- 1. Igual que lo habitual.
- 2. Menos que lo habitual.
- 3. Mucho menos que lo habitual

8. ¿Ha sido capaz de hacer frente adecuadamente a sus problemas?

- 0. Más capaz que lo habitual.
- 1. Igual que lo habitual.
- 2. Menos capaz que lo habitual.
- 3. Mucho menos capaz que lo habitual.

9. ¿Se ha sentido poco feliz o deprimido/a?

- 0. No, en absoluto.
- 1. No más que lo habitual.
- 2. Más que lo habitual.
- 3. Mucho más que lo habitual.

10. ¿Ha perdido confianza en sí mismo/a?

- 0. No, en absoluto.
- 1. No más que lo habitual.
- 2. Más que lo habitual.

___ 3. Mucho más que lo habitual.

11. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?

___ 0. No, en absoluto.

___ 1. No más que lo habitual.

___ 2. Más que lo habitual.

___ 3. Mucho más que lo habitual.

12. ¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?

___ 0. Más feliz que lo habitual.

___ 1. Igual que lo habitual.

___ 2. Menos feliz que lo habitual.

___ 3. Mucho menos feliz que lo habitual

Calificación: deben sumarse las puntuaciones de cada pregunta y así se interpreta el resultado global.

Modelo de Historia Clínica Psiquiátrica

Registrar la información de la atención brindada a un sujeto es importante en varios niveles. En primer lugar, permite llevar un compendio de la atención brindada a un sujeto que va a ser de utilidad para su posterior remisión o atención por parte de otro profesional o institución. En segunda instancia, la historia clínica puede constituir un documento legal que puede ser de utilidad para dar soporte al sujeto ante diferentes instancias. Por lo tanto, es necesario que dicho registro se elabore siguiendo parámetros lo más estandarizados posibles. En tal medida, a continuación, se presenta un modelo de historia clínica para el registro de sujetos con afectación psiquiátrica. Este modelo, sigue los lineamientos estándar para el registro de información en el contexto clínico partiendo de la recolección de datos de identificación del sujeto y recopilando el motivo de consulta, antecedentes, evaluación del estado mental e impresión diagnóstica. Por lo tanto, se adapta a su vez a la linealidad temporal de la atención

básica de un sujeto. De igual forma, es lo suficientemente exhaustiva para contener las dimensiones necesarias que podrían requerirse en otros servicios o instituciones en caso de ser necesaria la remisión del sujeto.

HISTORIA CLINICA PSIQUIATRICA

Lugar de evaluación _____

Fecha _____

DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombre _____

Edad _____

Genero _____

Estado civil _____

Procedencia _____

Residencia (barrio y ciudad) _____

Alfabetismo _____

Informante _____

1. MOTIVO DE CONSULTA O EVALUACION (en una frase)

2. ENFERMEDAD ACTUAL (o historia de vida en caso de pacientes con patología de nacimiento).

3. ANTECEDENTES PERSONALES

Patológicos _____

Quirúrgicos. _____

Tóxicos. _____

Traumáticos. _____

Convulsiones. _____

Intentos suicidas y autolesiones _____

Hospitalizaciones psiquiátricas _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

1. ÁRBOL GENEALOGICO (mediante esquema gráfico)

2. FUNCIONALIDAD REPORTADA POR EL PACIENTE Y/O FAMILIAR

3. EXAMEN PSIQUIÁTRICO

Descripción general _____

Conducta _____

Psicomotor _____

Afecto predominante _____

Pensamiento: _____

Curso : _____

Contenido: _____

Forma: _____

Sensopercepcion: _____

Sensorio: _____

Orientación: _____

Atención: _____

Memoria: _____

Cálculo: _____

Grafía: _____

Praxia : _____

Lexia : _____

Juicio de realidad: _____

Prospectiva: _____

4. ANÁLISIS DEL CASO (DESDE LA PERSPECTIVA DE SALUD MENTAL)

5. APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA (DIAGNÓSTICO SINDROMÁTICO) Y CÓDIGO DIAGNÓSTICO

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN Y PLAN DE ATENCIÓN

Referencias

- Argyropoulos, S. V., Ploubidis, G. B., Wright, T. S., Palm, M. E., Hood, S. D., Nash, J. R., Taylor, A. C., Forshall, S. W., Anderson, I. M., Nutt, D. J., & Potokar, J. P. (2007). Development and validation of the Generalized Anxiety Disorder Inventory (GADI). *Journal of psychopharmacology (Oxford, England)*, 21(2), 145–152. <https://doi.org/10.1177/0269881107069944>.
- Beck, a. t., Ward, c. h., Mendelson, m., Mock, j., & Erbaugh, j. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*, 4, 561–571. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(1), 77–100. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(88\)90050-5](https://doi.org/10.1016/0272-7358(88)90050-5).

Brink TL, Yesavage JA, Lum O, Heersema PH, Adey M, Rose tl. Screening tests for geriatric depression. *Clin Gerontol* 1982; 1: 37-43.

Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*, 12(3), 189-198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6).

Goldberg, D., & Williams, P. (1988). *A user's guide to the General Health Questionnaire*. Windsor. UK: NFER-Nelson.

Plutchik, R., & Van Praag, H. (1989). The measurement of suicidality, aggressivity and impulsivity. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*, 13 Suppl, S23-S34. [https://doi.org/10.1016/0278-5846\(89\)90107-3](https://doi.org/10.1016/0278-5846(89)90107-3).

Rami, L., Molinuevo, J. L., áanchez-Valle, R., Bosch, B., & Villar, A. (2007). Screening for amnesic mild cognitive impairment and early Alzheimer's disease with M@T (Memory Alteration Test) in the primary care population. *International journal of geriatric psychiatry*, 22(4), 294-304. <https://doi.org/10.1002/gps.1672>.

Sheikh J. L., Yesavage J. A. Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. In: Brink TL, eds. *Clinical Gerontology: A guide to assessment and intervention*. New York: Haworth Press, 1986, p165.

Urzua, A., Caqueo-Urizar, A., Bargsted, M., & Irrarrazaval, M. (2015). [Does the GHQ-12 scoring system affect its factor structure? An exploratory study of Ibero American students]. *Cad Saude Publica*, 31(6), 1305-1312. doi:10.1590/0102-311X00122913 .