Historia clínica en psiquiatría. Semiología psiquiátrica

R. Hernández Ribas, J.M. Crespo Blanco y J.M. Menchón Magriñá

Servicio de Psiquiatría. Ciudad Sanitaria y Universitaria de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

Introducción

La medicina ha experimentado un gran progreso de las técnicas auxiliares (o exploraciones complementarias) para el diagnóstico y la evaluación. El desarrollo de estas técnicas ha supuesto sin lugar a dudas un avance en el conocimiento de las enfermedades y en la ayuda que se puede ofrecer a los pacientes. Sin embargo, no es infrecuente la sensación de que en ocasiones la práctica médica actual descansa en exceso en estas técnicas y se minimiza la técnica central que es la entrevista con el paciente. Hay que tener en cuenta que las técnicas están desarrolladas para el diagnóstico de enfermedades, pero lo que el médico trata son enfermos. El manejo de una adecuada entrevista no sólo para conseguir obtener la información de una manera precisa y seleccionada, sino para generar una confianza en el paciente que permita una relación terapéutica, es un arte que es esencial en la práctica médica y que se aprende en gran medida con la experiencia. En psiquiatría la entrevista es esencial, dada la ausencia de métodos diagnósticos complementarios (ningún trastorno mental requiere la utilización de psicometría para el diagnóstico). Incluso la aparente formalización de la psiquiatría con el uso de los criterios diagnósticos no evita que el diagnóstico siga dependiendo fundamentalmente de la observación y juicio del clínico. Además, la entrevista no sólo sirve para obtener información, sino que a través de la misma, el entrevistado –esto es, el paciente– evalúa al médico, lo que le lleva a tomar decisiones respecto a la competencia del mismo. En un campo como es la psiquiatría, en que se añade que la comunicación entre paciente y médico está mediatizada, o influida, o distorsionada por la psicopatología, es crucial conocer y dominar los aspectos de la entrevista entre médico y paciente.

La entrevista clínica en psiquiatría

La entrevista del paciente constituye una aptitud esencial en medicina y psiquiatría. Constituye, junto con la historia clínica, un instrumento de valor excepcional en la exploración del paciente. La entrevista clínica es la relación interpersonal de carácter profesional que se establece en el momento del encuentro del psiquiatra con el paciente, y cuya finalidad es poder orientar el diagnóstico y el tratamiento de este último. Es imprescindible conseguir una buena comunicación entre el médico y el paciente mediante la cual obtener una perspectiva histórica de la vida del mismo, estableciendo una relación y alianza terapéutica para lograr confianza y seguridad mutuas.

Técnicas de entrevista clínica

La entrevista clínica requiere unas cuestiones técnicas que ha de tener en cuenta el médico. El entrevistador ha de controlar el campo de la entrevista en todo momento, cuidando sus límites espacio-temporales y los que se derivan de una relación estrictamente profesional. Es aconsejable elegir un ambiente confortable y privado. Un espacio con cierta neutralidad en su decoración, cómodo, con el máximo de intimidad, cierto silencio y las mínimas interferencias crearán el ambiente oportuno para una exploración psicopatológica adecuada. En primer lugar el médico se ha de presentar y saludar al paciente, preferiblemente por su nombre. Se intenta conseguir que el paciente se sienta cómodo y establecer una buena relación con él, dando muestras de empatía y sensibilidad. Es importante comprender que la relación que se establece es estrictamente profesional, mientras que otros tipos de relación se han de relegar a otros ámbitos más adecuados. El médico ha de ser cordial pero asertivo, es decir, debe dar a entender a su interlocutor que es bienvenido y que experimenta deseos de comunicarse con él, pero siempre sabiendo lo que tiene que hacer, a lo que tiene que decir "sí" y "no". El médico ha de intentar mantener activa la entrevista pero sin discutir ni enojarse. Se han de intentar controlar posibles respuestas de enojo ante comentarios críticos del paciente y fijar límites con firmeza cuando sea preciso hacerlo. No es recomendable tomar notas demasiado a menudo ni emitir juicios de valor. La observación de la conducta no verbal del paciente, su postura y expresividad, así como el aspecto físico son datos relevantes que nos aportan información. Un error común es el uso de lenguaje con términos técnicos excesivamente complejos y de difícil comprensión para el paciente, por ello se aconseja utilizar un lenguaje acorde a la inteligencia y nivel cultural del mismo.

La duración de la entrevista es deseable que oscile entre 15-90 minutos, según las características del paciente. Sin embargo, esta situación raramente ocurre en Atención Primaria, ya que las exigencias asistenciales impiden disponer de tiempo para realizar visitas adecuadas y rigurosas.

Los silencios son una situación difícil, sobre todo para los médicos principiantes. Es importante tolerar estos silencios e intentar conocer las causas del mismo. Si no se sabe qué ocurre, después de unos minutos de silencio podemos preguntar ¿en qué piensa Vd.? En ocasiones el médico se puede encontrar con pacientes que presentan descargas emocionales durante la entrevista. Estos paroxismos se han de tolerar, pero no estimular ni consolar de otro modo que no sea ofreciendo al paciente un pañuelo de papel si es que fuera necesario. Generalmente una actitud de silencio respetuoso ante el dolor será suficiente y no contribuirá a dramatizar más la situación.

Más adelante se analizarán los diferentes tipos de entrevista clínica, pero aquí haremos algunas observaciones en relación a determinados aspectos técnicos del arte de preguntar. En primer lugar se ha de recordar que las preguntas durante la entrevista están al servicio de un método clínico médico y no sirven para satisfacer la

Medicine 2003; 8(104):5595-5601

curiosidad ni tampoco han de ser fortuitas o fruto de las circunstancias. Es importante que tengan una sistemática y hayan sido meditadas con anterioridad. Las preguntas abiertas suelen ser más adecuadas para pacientes neuróticos, cooperadores y con un alto nivel intelectual, mientras que las preguntas cerradas y más estructuradas se utilizan en entrevistas de tiempo limitado, como en pacientes delirantes o cuadros demenciales. Las preguntas abiertas suelen presentar respuestas amplias que incluyen formulaciones espontáneas de alta autenticidad pero son poco precisas y con una baja eficiencia temporal, ya que el paciente selecciona el tema. En la tabla 1 se recogen las diferentes propiedades que presentan las preguntas abiertas y cerradas. Deben evitarse preguntas con segunda intención o las que responden a una curiosidad desmesurada por parte del entrevistador. Tampoco es recomendable realizar interrogatorios exhaustivos, sistemáticos y rigurosos ya que impiden conocer características del paciente y disminuyen notablemente su comodidad y confianza en nosotros.

Se ha discutido mucho no sólo en relación al tipo de preguntas, sino también en cuanto a otras características de la entrevista. La entrevista dirigida, ya sea estructurada o semiestructurada, puede obtener toda la información deseada pero puede sugerir respuestas y molestar al paciente al no dejarle expresar libremente su propia valoración y opiniones sobre lo que ocurre. Este tipo de entrevistas suelen ser útiles en pacientes pasivos o con poca capacidad de introspección. La entrevista libre suele ser la preferida por muchos pacientes, sobre todo al darles ocasión de contar lo que les preocupa y aumentar su sentimiento de confianza y comodidad. Sin embargo este tipo de entrevistas tienen el inconveniente de facilitar la recogida de información irrelevante y dificulta la obtención de datos fundamentales. Es posible que una fórmula mixta resulte la más adecuada y en este sentido consideramos que toda entrevista debe empezar siendo libre y alternar con preguntas dirigidas.

TABLA 1
Diferencias en las propiedades de las preguntas abiertas y cerradas

Aspecto	Preguntas abiertas	Preguntas cerradas
Autenticidad	Alta	Baja
Confiabilidad	Baja	Alta
Precisión	Baja	Alta
Eficiencia temporal	Baja	Alta
Espectro pesquisa diagnóstica	Limitada	Amplia
Aceptación del paciente	Variable	Variable

En muchas ocasiones, y sobre todo en pacientes con síntomas psicológicos/psiquiátricos, es necesario realizar una entrevista con la familia. Interrogar a algún miembro de la familia puede ser imprescindible en no pocos casos, y no sólo por la información que nos pueda aportar sobre los síntomas y repercusión de los mismos en el paciente, sino porque nos permite valorar sus actitudes, apoyo o rechazo hacia el paciente. Contrastar o ampliar la información aportada por el paciente puede ayudar a delimitar con mayor precisión el diagnóstico. Obtener la colaboración de la familia en el tratamiento puede ayudar a mejorar el pronóstico.

Tipos de entrevista clínica

Los diferentes modelos de entrevista han sugerido diferentes tipos de entrevista clínica. A continuación describiremos los más utilizados.

Entrevista desde el modelo médico

Es el modelo más antiguo y con mayor raigambre en psiquiatría. Sin lugar a dudas representa el modelo más utilizado y recomendado en el ámbito de la Atención Primaria. Constituye el modelo clínico por excelencia. Las entrevistas suelen ser semidirigidas, en las que el clínico intenta centrarse en la búsqueda más o menos sistemática de signos y síntomas que configuren un cuadro clínico completo susceptible de ser diagnosticado. Todo ello ha de permitir una indicación de tratamiento, biológico o no. A través de esta historia también se puede conocer el historial psicopatológico y la patografía del paciente.

Entrevista desde el modelo psicoanalítico

Este tipo de entrevistas se han de reducir a entornos concretos, siendo poco recomendables y escasamente eficaces en el marco de la Atención Primaria. Esto no contradice los posibles beneficios asistenciales que conlleva el conocimiento de los aspectos psicodinámicos de los pacientes. Este tipo de entrevista es libre, donde el paciente es invitado a realizar asociaciones libres sin la dirección del terapeuta. Constituye el instrumento básico del psicoanálisis.

Entrevista desde el modelo conductual

Este tipo de entrevistas, también surgidas de la psicología, intentan recoger información sobre las conductas del paciente a nivel consciente, a diferencia del psicoanálisis, que intentaba comprender los mecanismos inconscientes del individuo. La recogida de datos durante la entrevista ha de ser objetiva, empírica y sistematizada. Las normas de recogida de datos son estrictas y pautadas, y suelen ser cuestionarios que debe contestar el propio entrevistador siguiendo unos pasos preestablecidos. Ésta y la anterior son dos tipos de entrevista de escasa utilidad en Atención Primaria. Consideramos que en este medio la entrevista clínica desde un modelo clínico-médico representa el instrumento más válido para aproximarse al paciente con un trastorno mental, intentando realizar un diagnóstico preciso para elaborar un tratamiento adecuado.

Situaciones especiales

Con frecuencia nos encontramos con pacientes difíciles en los que se requiere una especial pericia. A continuación analizaremos someramente algunos de estos casos.

Paciente aislado, solitario y retraído

Estos pacientes pueden hallarse molestos en el contacto con el médico. Este se ha de preocupar por este tipo de pacientes sin esperar que respondan a su preocupación con amabilidad. Parece adecuada una entrevista estructurada en la que el médico sea activo, preste atención a los indicios no verbales y a los movimientos corporales. Estos pacientes pueden ser especialmente sensibles a temas concretos, por lo que es recomendable pasar a otro diferente para mejorar la confianza y comodidad del paciente.

Paciente agresivo

Los psiquiatras nos encontramos frecuentemente con este tipo de pacientes, sobre

todo en los servicios de Urgencias y en las unidades de Agudos.

Son pacientes difíciles pero el abordaje global dependerá intrínsecamente del motivo de la agitación. Como normas generales podemos señalar la necesidad de realizar la entrevista acompañado de otra persona si fuera preciso. Deberá también valorarse la posibilidad de contención física o química del paciente, dependiendo de la presencia o no de agitación. La entrevista no se ha de realizar en una habitación cerrada, siendo recomendable sentarse en una silla cerca de la puerta. No mostrarse nervioso, fijando límites con naturalidad. Evitar reproches e intentar aparentar un tono de voz natural son factores que ayudan con este tipo de pacientes. Si el paciente parece demasiado agitado, dé por finalizada la entrevista inmediatamente.

Paciente histriónico

Estos pacientes se muestran seductores con los médicos y su interacción es abiertamente emocional e íntima. El médico precisa mostrarse tranquilo, firme, dando tranquilidad y seguridad al paciente pero evitando el flirteo. Hemos de recordar que estos pacientes no pretenden seducir al médico, pero no conocen otras formas de conseguir aquello que consideran necesario. No es recomendable mostrar nuestro desagrado por estos pacientes.

Pacientes demandantes y dependientes

Estos pacientes precisan gran cantidad de información tranquilizadora, pese a lo cual muestran resistencia a nuestros comentarios y sugerencias. Tienen alta probabilidad de realizar varias llamadas de urgencias y demandar un trato especial por parte del médico. En estos pacientes es importante establecer unos límites determinados en el contexto de una voluntad manifiesta de escuchar y tratar al paciente.

Historia clínica

La historia clínica es el registro de los datos derivados de las diversas exploraciones efectuadas al paciente. Consta de diferentes apartados, que veremos en las siguientes páginas. La anamnesis es el interrogatorio de, entre otros, datos de filiación, motivo de consulta, historia de la enfermedad actual, valoración de los antecedentes psiquiátricos familiares y los antecedentes personales somáticos y psiquiátricos (tabla 2).

A menudo se confunden los términos historia clínica y anamnesis; nosotros consideramos que la primera denominación se refiere a un concepto más general que incluye no sólo la anamnesis, sino otros aspectos complementarios pero imprescindibles como las exploraciones, el tratamiento o la evolución y pronóstico.

TABLA 2
Apartados que componen la historia clínica

Anamnesis
Datos de filiación
Motivo de consulta
Historia de la enfermedad actual
Antecedentes personales
Antecedentes familiares
Exploración
Física
Psicopatológica
Complementarias
Orientación diagnóstica
Orientación terapéutica
Evolución y comentarios
Epicrisis, si procede

Anamnesis

Anamnesis significa interrogatorio. El médico ha de recoger de forma sistemática una serie de datos relevantes que le permita elaborar una historia clínica precisa. La anamnesis como parte de la historia clínica recoge una serie de variables como los datos de filiación, el motivo de consulta, los antecedentes, etc. Generalmente en medios médicos se suele decir que el diagnóstico del paciente se realiza el 80 %-90 % de las veces mediante la anamnesis, y si no es así, difícilmente se realiza con las exploraciones complementarias. El interrogatorio se ha de hacer con calma y tiempo, dejando hablar al paciente e intentado precisar aquellos aspectos más relevantes para nuestra actividad. La anamnesis no sigue un esquema rígido, y en muchas ocasiones los esquemas teóricos son semejantes, con diferencias en pequeños factores no relevantes.

Datos de filiación

En este apartado se consignarán datos como edad, sexo, ocupación, estado civil, lugar de residencia, nivel educativo, fecha de nacimiento, etc. Estos datos generalmente son recogidos por personal administrativo, pero es importante que los tengamos a mano para disponer de mayor información acerca del paciente, circunstancia que contribuirá a mejorar la comunicación con el mismo.

Motivo de consulta

Esta área nos obligará a realizar preguntas como ¿qué le ocurre?, ¿desde cuándo? A ser posible se ha de recoger la información con las propias palabras del paciente. En muchas ocasiones nos olvidamos del motivo de consulta y no pocas veces este dato aporta información relevante. El paciente puede consultar por razones muy variadas, desde pedir consejo, referir diversas molestias (físicas o no), hasta solicitar un informe por diversos motivos. En cualquier caso acude porque presenta o percibe un problema y requiere una solución. El motivo de consulta, sobre todo en pacientes con trastornos mentales, puede presentar una mezcla de aspectos psiquiátricos médicos, físicos, psicológicos, sociofamiliares e incluso laborales. En primer lugar el médico ha de intentar clarificar estos diversos aspectos y recoger la demanda del paciente de la forma más precisa posible.

Historia de la enfermedad actual

El conocimiento del inicio y evolución de los síntomas actuales constituye una tarea que no es fácil y que requiere un interrogatorio hábil y bien elaborado. Es importante el momento de aparición de los primeros síntomas y la posible existencia de circunstancias o acontecimientos vitales en relación a la aparición de dichos síntomas. En este apartado se ha de explorar la evolución de la enfermedad, prestando especial atención a las exacerbaciones o remisiones si las hubo y a las circunstancias que las rodearon. Es importante especificar el curso de la enfermedad (episódico, continuo, crónico, recurrente, crítico, intermitente, etc.). También registraremos los tratamientos realizados y su grado de eficacia. Puede ser relevante conocer los cambios respecto al nivel previo de adaptación producidos por la enfermedad, tanto a nivel familiar como personal, físico, social y laboral. No se ha de temer preguntar acerca de la exis-

tencia de factores mantenedores de los síntomas e incluso posibles factores estresantes ambientales que puedan contribuir a la sintomatología.
En determinados pacientes (ancianos, no colaboradores, agresivos, confusos, etc.) es necesario recabar más información a través del concurso de la familia o de algún conocido.

Antecedentes familiares

Es preciso que obtengamos información acerca de la posible existencia de antecedentes psiquiátricos en miembros de la familia, sobre todo en familiares de primer grado. En no pocas ocasiones el paciente desconoce esta circunstancia, por lo que se ha de recoger este desconocimiento, que no ausencia. La historia familiar de posibles intentos de autólisis, incluso muertes extrañas, consumo de tóxicos o posible alteración de conducta son datos relevantes. Se han de consignar respuestas favorables a fármacos ya que los antecedentes familiares de respuesta positiva a un fármaco concreto constituyen un índice predictor de buena respuesta en los descendientes. La recogida de estos antecedentes familiares de patología psiquiátrica ha de intentar ser lo más precisa posible, incluyendo aspectos como edad de inicio, evolución, tratamientos y grado de respuesta. Estos antecedentes familiares no sólo tienen interés a nivel de vulnerabilidad genética, sino también como factor ambiental y relacional, es decir, se ha de analizar la valoración, por el paciente, de su ambiente familiar, a nivel afectivo, situación económica, relaciones familiares y sociales. La información acerca de la familia se extiende no sólo a la familia anterior, sino también a la actual, siendo valioso obtener datos sobre su composición, vínculos, funcionamiento, cohesión y nivel socioeconómico y cultural.

Antecedentes personales

Este apartado es preciso que tenga un carácter psicobiográfico, es decir, centrado no sólo en la información objetiva, sino en las vivencias subjetivas del paciente ante todas las circunstancias de su vida. La recogida de estos antecedentes exige un breve repaso a las diferentes épocas en la vida del individuo. La profundidad de este análisis dependerá de diferentes factores, como la disponibilidad de tiempo, características o cuadro clínico del sujeto.
Este apartado comienza por el recuerdo del embarazo, parto, lactancia y posterior desarrollo psicomotor del paciente, prestando especial atención a la posible aparición de alteraciones a estos niveles. La conducta y carácter en la infancia, así como la existencia de trastornos infantiles como los terrores nocturnos, la ansiedad de separación, enuresis, etc., pueden ayudar a precisar el diagnóstico. La escolaridad, sobre todo en cuanto a rendimiento e interacción con los compañeros, y la valoración de la adolescencia del individuo son otras áreas a explorar. No nos podemos olvidar de la edad adulta, situación familiar, laboral, social e incluso actividades de ocio. La historia sexual en sus diferentes aspectos puede contribuir a enriquecer la psicobiografía del sujeto.
Lógicamente en este apartado se consignará la posible existencia de antecedentes personales somáticos como alergias, hipertensión, diabetes, etc. Es importante conocer el consumo pasado o actual de sustancias tóxicas y su repercusión funcional, si la hubiera. El intento de análisis de la personalidad premórbida del sujeto intenta recabar información sobre aspectos relativos al paciente como carácter, actitudes y estilo de vida, valores, aficiones, etc.
Una vez hemos concluido la elaboración de la anamnesis, comenzaremos la realización de las diferentes exploraciones pertinentes a cada caso.

La exploración psicopatológica

La historia clínica debe seguirse de una exploración psicopatológica en la que se trata de evaluar el estado de diversas funciones psíquicas y detectar y describir sus anomalías. Disponemos de 4 métodos para evaluar el estado psicopatológico de un paciente:
1. Observación, mediante la cual apreciamos el aspecto, vestimenta, grado de vigilia y aspectos psicomotores del paciente.
2. Conversación, a través de la cual obtenemos información directa e indirecta ya que el paciente se muestra menos defensivo frente al médico.
3. Exploración propiamente dicha, con la que evaluamos los diferentes aspectos que componen una evaluación psicopatológica rigurosa (afectividad, sensopercepción, etc.).
4. Pruebas o exploraciones psicométricas que intentan determinar funciones concretas mediante los tests correspondientes.
En la tabla 3 recogemos los diferentes aspectos a evaluar en una exploración psicopatológica.

Apariencia general y contacto inicial

Los momentos iniciales de la entrevista son fundamentales ya que establecen la base de la relación y de entrevistas posteriores. Un dato que surge inmediatamente tras iniciar una exploración es la denominada *abordabilidad*. Consiste en la capacidad y disponibilidad del sujeto para ponerse en contacto con el entrevistador. Es abordable el que contesta a las preguntas, sea de forma incoherente, desanimada o inapropiada. Consideramos que un paciente es inabordable cuando no responde a nuestras preguntas, sea por mecanismos activos (negativismo, mutismo) o involuntarios (estupor, coma). La entrevista será diferente según el paciente sea abordable o no. Otro dato inicial consiste en la posible existencia de *énfasis sobrevaloradores* o *minimizadores* de los síntomas. Dos ejemplos típicos lo constituyen la disimulación (el paciente oculta deliberadamente síntomas) o la simulación (el sujeto quiere aparentar un trastorno mental).
La *presentación del paciente*, su aspecto, su arreglo y su limpieza corporal son elementos a tener en cuenta. Igualmente importante es la observación de las características de la indumentaria del paciente, tanto en lo referente a prendas de vestir como a joyas, tatuajes, etc., debiendo hacerse especial hincapié en su congruencia con el tiempo y el lugar. La observación de la marcha, la postura, los gestos y las expresiones faciales constituyen una fuente de información. Un signo importante en la exploración psiquiátrica es el contacto visual; generalmente dos personas

TABLA 3
Exploración psicopatológica

Conciencia y orientación
Atención, memoria y otras funciones superiores
Psicomotricidad
Afectividad
Sensopercepción
Pensamiento y lenguaje

que conversan se miran uno al otro a menudo, sin fijarse ni reparar en ello. En psiquiatría determinados pacientes suelen evitar la mirada, como por ejemplo los fóbicos, depresivos y paranoides. Otros pacientes como los maníacos, suelen mirar con fijeza e incluso incomodan al entrevistador (tabla 4).

TABLA 4
Apariencia general y contacto inicial

Apariencia física
Movimientos
Postura
Contacto ocular
Expresión facial
Excitación emocional
Variables del habla

Conciencia

La conciencia es la función que nos permite conocer los propios pensamientos y los sentimientos internos, así como la capacidad de reconocer el ambiente externo. Este concepto comprende un sentido cuantitativo y otro cualitativo. Los trastornos cuantitativos hacen referencia a distintos grados de afectación del nivel de vigilancia, abarcando desde la elevación del nivel de conciencia o hipervigilancia hasta la disminución del mismo, cuyo grado máximo sería el estado de coma (tabla 5). Los trastornos cualitativos se refieren a la percepción subjetiva del mundo interno, del yo corporal y del yo psíquico. Entre estos trastornos nos encontramos la anosognosia, el fenómeno del miembro fantasma y los síndromes de despersonalización-desrealización.

La exploración de la conciencia se realiza mediante la observación de la fisonomía, la reacción a nuestras preguntas y otros estímulos. En no pocas ocasiones vemos alteraciones de otras áreas, como la orientación o la atención, que se verán afectadas de manera secundaria. Por este motivo una correcta exploración, si procede, de la conciencia permite descartar la existencia de un cuadro confusional (tabla 6).

TABLA 5
Alteraciones del nivel de vigilancia

Hipervigilancia
Vigilancia normal
Somnolencia
Obnubilación
Estupor
Coma

TABLA 6
Signos clínicos del síndrome confusional

Afectación cognitiva difusa
Alteraciones del pensamiento y el lenguaje
Alteraciones de la percepción
Trastornos psicomotores
Alteración del ciclo sueño-vigilia
Ideas delirantes
Labilidad afectiva

Orientación

Esta función nos permite apreciar nuestra situación real respecto al mundo circundante. La memoria y la integración de la información han de estar conservadas. En general se divide entre orientación alopsíquica, que considera la orientación en el tiempo y el espacio, y la orientación autopsíquica, sobre la propia persona. La exploración de la orientación se puede realizar mediante preguntas como las recogidas en la tabla 7.

Los trastornos que afectan la orientación suelen alterar inicialmente la orientación cronológica, posteriormente la espacial y por último la personal. La desorientación puede ser total o parcial e incluso puede fluctuar, como ocurre en los cuadros confusionales.

TABLA 7
Exploración de la orientación

Orientación espacial
¿En qué ciudad estamos?
¿Qué lugar es éste?
Señale dónde se halla la puerta, una ventana o la mesa
Orientación temporal
¿Qué hora es?
¿Qué fecha es hoy?
¿Qué día de la semana?
¿Qué mes?
¿En qué año estamos?
¿Cuánto hace que estamos hablando?
Orientación personal
¿Cómo se llama?
¿Qué edad tiene?
¿Está casado?
¿Cuál es su profesión?
¿Tiene hijos?

Memoria

La memoria es el acto, capacidad o proceso de recordar o evocar. Constituye la capacidad de reproducir lo aprendido o experimentado. Las representaciones del mundo exterior e interior quedan retenidas en nuestro cerebro en forma de engramas o recuerdos. El procedimiento se conoce como memoria de fijación. La memoria de reproducción o evocación lleva a cabo la evocación de los recuerdos o engramas.

Se pueden distinguir diversos tipos de memoria:

1. Memoria a corto plazo o inmediata. Se refiere a la retención inmediata, por ejemplo sucesos de los últimos momentos. Se examina a través de lo que el paciente identifica y reproduce. Es preciso pedir las respuestas casi seguidamente a la presentación del material. Una de las pruebas más utilizadas es la de la repetición de dígitos, que consiste en mostrar una serie de números o palabras, aproximadamente 10 con intervalos de 1 segundo, y se solicita al paciente que los reproduzca al final.

2. Memoria reciente, se refiere a los sucesos de los últimos días. La exploración de la misma se realiza a través de preguntas en relación a sucesos ocurridos en los últimos días, como por ejemplo qué cenó ayer, con quién estuvo el día anterior o qué ha hecho en las últimas horas.

3. Memoria remota o a largo plazo. Se centra en sucesos del pasado lejano. Se examina a través de lo que el paciente recuerda e identifica. La anamnesis nos proporcionará una primera evaluación aproximada de la memoria remota. El relato espontáneo o dirigido del paciente nos informa de aspectos biográficos, así como datos de infancia o juventud.

En la exploración de la memoria es necesario valorar la atención y la concentración del paciente y su estado de ansiedad, puesto que pueden alterar sensiblemente los resultados. Un elemento importante en la exploración de la memoria son lo que podríamos llamar la diferencia objetiva-subjetiva de la queja de memoria. Hay que preguntar al paciente cómo considera que está funcionando su memoria. Nos encontraremos pacientes con sobrevaloración de sus quejas, como los hipocondríacos o los que padecen trastornos distímicos, mientras otros pacientes con cuadros clínicos con déficits graves parecen no percatarse de ellos, como algunos pacientes con síndrome de Korsakoff.

Atención

La atención permite concentrar nuestra actividad psíquica sobre un objeto o evento sensorial o intelectual, con preferencia a otros, fijando, definiendo y seleccionando

sensopercepciones, representaciones o ideas.

La exploración de la atención debe abarcar su excitabilidad, fatigabilidad, oscilaciones y movilidad, observando la participación del paciente en el interrogatorio, su rapidez o lentitud en las respuestas o los cambios súbitos de atención. Las pruebas más específicas y sencillas constituyen la tarea de tachar determinadas letras de un texto de cien palabras o tachar determinadas figuras geométricas de una serie. La repetición de dígitos es otra prueba sencilla y que permite explorar esta función.

Psicomotricidad

Previamente a la exploración de la psicomotricidad es imprescindible una exploración neurológica que permita disponer de una información suficiente para descartar o diagnosticar trastornos neurológicos motores.

La exploración de la psicomotricidad se basa en los datos proporcionados por la expresión facial, las características del habla y la motórica general.

La exploración de la psicomotricidad ha de incluir el análisis de la actividad espontánea e inducida. La primera se determina mediante la exploración facial, mirada, características del habla, postura y tipo de marcha. Otros datos en relación a la actividad espontánea son los gestos, hábitos, parálisis, movimientos involuntarios o la posible existencia de manierismos, compulsiones o estereotipias. La actividad psicomotora inducida se basa en la obediencia motora, el negativismo activo y pasivo, la repetición, los movimientos de defensa automáticos, la flexibilidad cérea y reacciones psicomotoras de inhibición o excitación. La flexibilidad cérea consiste en el mantenimiento durante largo tiempo de actitudes forzadas. El negativismo activo consiste en que el paciente ejecuta lo contrario a lo solicitado, y el pasivo, en que hay resistencia a las órdenes recibidas o movimientos intentados.

Lenguaje

Se debe explorar el tono del habla, el ritmo, el volumen, la intensidad y la articulación de las palabras. En los trastornos del ritmo se deben distinguir las alteraciones ya existentes en la niñez como la sordomudez, la tartamudez o la dislexia, de otras alteraciones adquiridas como la disartria, la ecolalia, la palilalia (repetición de la última palabra escuchada) o la logoclonia (repetición múltiple de la sílaba final de la palabra pronunciada). Se puede encontrar habla retardada en pacientes depresivos o acelerada (logorrea) en pacientes maníacos. En ocasiones puede ser útil explorar el lenguaje escrito.

Afectividad

La experiencia afectiva es subjetiva, íntima y personal, pero se puede observar lo que expresa y comunica el paciente. Es difícil definir este concepto ya que incluye diferentes aspectos como las emociones (afectos bruscos, breves e intensos desencadenados tras una percepción interna o externa, se acompañan de manifestaciones fisiológicas y afectan la cognición y la conducta) o el estado de ánimo o humor (afecto de instauración más lenta y progresiva, con variaciones cíclicas, en el que los estímulos externos y el medio sociocultural pueden influir y que suelen durar desde horas hasta días).

La exploración de la afectividad es un área difícil. Se deben conocer las características del estado de ánimo del paciente así como la posible existencia de estímulos desencadenantes y también las características del afecto fundamental, su forma de aparición, su duración, su intensidad, las variaciones que presenta y el grado de adecuación y proporcionalidad respecto al estímulo desencadenante. La irradiación afectiva es la capacidad del individuo para que los demás sintonicen con su estado de ánimo y su valoración puede ser especialmente útil en cuadros maníacos. También es necesario recoger los síntomas somáticos relacionados con el cuadro afectivo.

Sensopercepción

La sensopercepción es el proceso por el que las sensaciones originadas por los estímulos periféricos se convierten en percepciones y éstas en representaciones, es decir, en conceptos o ideas. Las alteraciones de la sensopercepción pueden ser cuantitativas (hiperpercepción en cuadros maníacos o la hipopercepción en pacientes depresivos) o cualitativas. Las alteraciones cualitativas más relevantes son las siguientes. La *ilusión* aparece cuando la sensopercepción no corresponde al objeto exterior percibido. Puede aparecer sin enfermedad psiquiátrica subyacente, por ejemplo en estados emocionales intensos. En la *alucinosis* existe una percepción sin objeto, generalmente son visuales e indican, la mayoría de las veces, la existencia de un trastorno orgánico.

Las *alucinaciones* son identificaciones anómalas donde la percepción existe sin objeto, pese a lo cual se muestran claras, corpóreas, intensas, automáticas y proyectas al exterior. Son expresiones de enfermedades mentales caracterizadas por experiencias alucinatorias numerosas o continuas, la pérdida del juicio de la realidad, la resistencia a comunicar su existencia y la agrupación sindrómica, es decir, la incardinación de las alucinaciones en un síndrome neuropsiquiátrico. Estas alucinaciones pueden dividirse según el canal sensorial. Se ha de interrogar en relación a su posible existencia. Las preguntas son variadas, como las recogidas en la tabla 8. Existen otras alteraciones de la sensopercepción, quizá menos relevantes, como la *deformación de la percepción del esquema corporal* que aparece en determinados trastornos de la conducta alimentaria, como en la anorexia nerviosa.

Pensamiento

La exploración psicopatológica incluye la valoración del curso y contenido del pensamiento, es decir, la cantidad de ideas producidas por unidad de tiempo y su forma de producción y asociación, junto al contenido del mismo pensamiento, es decir, el tipo de ideación que contiene. El pensamiento se explora a través del análisis del lenguaje, aunque en ocasiones los pacientes refieren las características de sus pensamientos que difieren del curso del lenguaje. El curso del pensamiento puede estar acelerado incluso hasta la taquipsiquia. La fuga de ideas constituye otro paso

TABLA 8
Preguntas para detectar alucinaciones

¿Ha oído algo que no puede explicar?
¿Oye voces y no sabe de dónde vienen?
¿Oye voces dentro de su cabeza?
¿Ha visto algo que no pueda explicar?
¿Ha notado mal sabor u olor en la comida?
¿Le molestan corrientes o influencias extrañas?
¿Ha hecho movimientos en contra de su voluntad?
¿Han cambiado las posiciones de su cuerpo?
¿Ha sentido como si le levantaran en el aire?

superior, típica de los maníacos. También puede estar enlentecido, rumiativo y centrado en temas concretos, caso de los depresivos. El bloqueo del pensamiento es una súbita detención de la producción de ideas que clínicamente se manifiesta porque el paciente se para en medio de una frase. La perseveración es otra alteración en la que diferentes estímulos ponen en juego las mismas representaciones, apreciándose una repetición persistente de una palabra o una frase. Las ideas se pueden suceder sin orden lógico y de forma incoherente e incomprensible, características que definen la disgregación.

En la exploración del pensamiento es importante descartar la existencia de ideas delirantes. El delirio es una idea engendrada patológicamente, incorregible, inverosímil, con tendencia al crecimiento y a la difusión, con certeza subjetiva y no influenciable por la experiencia. Pueden ser incomprensibles para el observador e invadir progresivamente toda la personalidad del paciente. Para que una idea se considere delirante ha de ser imposible, incorregible, persistente y que aparezca en presencia de una alteración del juicio crítico de la realidad. Los tipos de delirio son diversos: paranoides (perjuicio), delirio de control, místico, celos, erotomaníaco, culpa, ruina, hipocondríaco o megalomaniforme, sólo por citar algunos de los más relevantes.

Conclusiones

Una vez se ha realizado una exploración psicopatológica completa y exhaustiva tenemos información suficiente para orientar, al menos sindrómicamente, el cuadro clínico. El sistema americano de clasificación de enfermedades mentales (DSM-IV) para Atención Primaria establece diferentes etapas en el diagnóstico psiquiátrico. El algoritmo diagnóstico se elabora respondiendo a las siguientes preguntas y tras las sucesivas respuestas negativas previas:

1. ¿Los síntomas son debidos a una enfermedad somática?
2. ¿Son debidos al uso de sustancias?
3. ¿Hay un estado de ánimo deprimido?
4. ¿Hay síntomas de ansiedad?
5. ¿Hay síntomas somáticos inexplicables?
6. ¿Hay deterioro de la memoria o de otras funciones superiores?
7. ¿Hay abuso de sustancias y/o síntomas de abstinencia?
8. ¿Hay alteraciones del sueño?
9. ¿Hay trastornos sexuales?
10. ¿Hay trastornos de la conducta alimentaria?
11. ¿Hay síntomas psicóticos?
12. ¿Existen problemas psicosociales que puedan afectar a la salud?
13. ¿Hay pérdidas del control de impulsos, agresividad, etc.?
14. En la infancia-adolescencia ¿hay déficit intelectuales, problemas del aprendizaje, conducta, etc.?

Este esquema diferencial es orientativo y aporta información en relación a la elaboración de un diagnóstico, pero para ello es imprescindible conocer los aspectos más relevantes de la exploración psicopatológica, base del diagnóstico psiquiátrico.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

American Psychiatric Association. Autoevaluación y actualización en psiquiatría. Barcelona: Medical Trends, 2000.

Asociación psiquiátrica americana. DSM-IV AP. Barcelona: Masson, 1997.

Borrell i Carrio F. Manual de entrevista clínica. Barcelona: Doyma, 1989.

Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocron Bentata L, Fernández Alonso C, García Campayo J, Monton Franco C, et al, del Grupo de Prevención en Salud Mental del PAPPS. Prevención de los trastornos de la salud mental desde la atención primaria de salud. Aten Primaria 1999;24 (Suppl 1):133-92.

Comissió de Salut Mental de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària: Metge de capçalera i Salut Mental. Barcelona: EdiDe, 1996.

Echevarría Pérez R, Fernández de Sanmamed Santos MJ, Iglesias Serrano C. Protocolo de ansiedad y depresión. Formación Médica Continuada 1997; Vol. 4. Suppl 3.

Fernández Rodríguez LJ. Aspectos básicos de Salud Mental en Atención Primaria. Madrid: Editorial Trotta, 1999.

Gastó C, Vallejo J. Manual de diagnóstico diferencial y tratamiento en psiquiatría. Barcelona: Masson, 1992.

Golberg D, Huxley P. Common mental disorders: a biosocial model. London: Tavistock, 1992.

Goñi AI, Fernández, LJ. Descartando factores orgánicos. En: Fernández Rodríguez LJ, editor. Aspectos básicos de Salud Mental en Atención Primaria. Madrid: Trotta, 1999. p. 43-66.

Kaplan HJ, Sadock BJ. Psiquiatría Clínica. Madrid: Waverly Hispánica, 1996.

Morihisa JM, Rosse RB, Cross CD. Análisis clínico y otras pruebas diagnósticas en psiquiatría. En: Talbot JA, Yudofsky SC, Hales RE, editores. Tratado de psiquiatría. Barcelona: Áncora, 1996; p. 291-324.

Palao Vidal D, Márquez Rowe M, Jódar Ortega I. Guía psiquiátrica en Atención Primaria. Madrid: SmithKline Beecham, 1996.

Rojo Rodes E, Cirera Costa E. Interconsulta psiquiátrica. Barcelona: Masson, 1997.

Tizón García JL. Atención primaria en salud mental y salud mental en atención primaria. Barcelona: Doyma, 1992.

Tizón JL, San José J, Nadal D. Protocolos y programas elementales para la atención primaria a la salud mental. Barcelona: Doyma, 1995.

Vallejo Ruiloba J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (4.ª ed.). Barcelona: Masson, 1998.

Vázquez Barquero, editor. Psiquiatría en Atención Primaria. Madrid: Aula Médica, 1998.