



GUIONES PARA LA  
PRÁCTICA CLÍNICA



# LA HISTORIA CLÍNICA EN PSIQUIATRÍA

número **2**



**Director de la colección:**  
**Dr. Jesús Millán Nuñez-Cortes**  
**Catedrático - Jefe de Servicio de Medicina Interna**

**AUTORES:**

**M<sup>a</sup> INÉS LÓPEZ-IBOR ALCOCER**

**Profesor Titular**  
**Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica**  
**Facultad de Medicina**  
**Universidad Complutense Madrid**

**JUAN JOSÉ LÓPEZ-IBOR ALIÑO**

**Catedrático de Psiquiatría**  
**Director del Instituto de Psiquiatría y Salud Mental.**  
**Hospital Clínico San Carlos**  
**Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica**  
**Facultad de Medicina**  
**Universidad Complutense Madrid**

DEPÓSITO LEGAL: M-3500-2012

ISBN: 978-84-694-2399-8

2012

Cátedra de EDUCACIÓN MÉDICA FUNDACIÓN LILLY-UCM

---

GUIONES PARA LA  
PRÁCTICA CLÍNICA

# LA HISTORIA CLÍNICA EN PSIQUIATRÍA

---

## ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA

En la medicina clínica la entrevista es el proceso por el cual se recogen los datos esenciales para el diagnóstico y se discuten las opciones terapéuticas. El médico deberá tener en cuenta que el síntoma o la queja principal tienen un valor somático, psicológico y social.

La relación que se establece durante la entrevista tiene fines no sólo diagnósticos sino también en cierta medida terapéuticos ya que contiene los ingredientes básicos de psicoterapia como son apoyo y clarificación.

La entrevista es el instrumento nuclear de la medicina clínica, que tiene cuatro objetivos básicos:

1. Averiguar lo que sucede al enfermo.
2. Realizar una historia clínica.
3. Proporcionar la información necesaria sobre la enfermedad, su pronóstico y las alternativas de tratamiento y establecer alianzas con el enfermo sobre el plan de tratamiento a seguir.
4. Establecer una relación adecuada entre el enfermo y el médico.

El principal método individual para llegar a una comprensión del paciente que muestra signos o síntomas de enfermedad mental es la entrevista psiquiátrica, que tiene por objetivos no solo hacer un diagnóstico, sino también entender cómo se relaciona con el ambiente, sus motivaciones, la influencias significativas de su vida (sociales, religiosas, culturales...), las estrategias de afrontamiento, los mecanismos de defensa que utiliza los sistemas de apoyo y redes sociales disponibles, los factores de vulnerabilidad

En el manual diagnóstico de clasificación de las enfermedades mentales (DSM-III) se define como trastorno mental a *“un síndrome o patrón psicológico o conductual clínicamente significativo que aparece en una persona y que se halla asociado a un malestar presente (síntoma) o a una incapacidad (déficits de una o más áreas de funcionamiento) o como riesgo significativamente más elevado de fallar, padecer dolor o incapacidad o una pérdida importante de libertad, además este síndrome no debe ser una respuesta previsible a un acontecimiento particular”*.

## LA HISTORIA CLÍNICA EN PSIQUIATRÍA

Es el documento esencial de la actividad clínica en él se recoge toda la información obtenida mediante la entrevista y las exploraciones clínicas y complementarias y la lógica del pensamiento necesarias para la práctica de la medicina.

Debe de incluir referencias a la personalidad del enfermo y a su entorno familiar y social, en tanto en cuanto sean relevantes para la práctica clínica.

También debe incluir información sobre la exploración la personalidad y la valoración de la posible influencia de factores personales y sociales.

**Para ello, el entrevistador deberá obtener información sobre:**

- la enfermedad actual y la biografía del enfermo,
- realizar las exploraciones clínicas (el examen físico y el examen mental o exploración psicopatológica),
- investigar la dinámica familiar y su capacidad para cuidar del enfermo
- y otros datos sobre la situación laboral, familiar y vida social en general para valorar sus posibles influencias en los padecimientos del enfermo y la repercusión de la enfermedad en ella.

**Los datos de una historia clínica deben permitir llegar a:**

- una formulación diagnóstica
- a un plan de tratamiento adecuados
- y conocer al enfermo como persona

**Una historia clínica en psiquiatría como en cualquier otra especialidad consta de los siguientes apartados:**

1. Filiación: Nombre, apellidos, fecha de nacimiento, domicilio, identificación, etc.

2. Datos sobre el médico y el dispositivo asistencial en el que es atendido el enfermo.
3. Motivo de la consulta: Suele ser útil empezar con la llamadas preguntas hipocráticas, que delimitan de entrada el ámbito de la actuación y relación profesional:
  - 3.1. ¿Qué le pasa?
  - 3.2. ¿Desde cuándo?
  - 3.3. ¿A qué lo atribuye?
4. Antecedentes:
  - 4.1. Personales
  - 4.2. Desarrollo (curva o curso vital: educación, formación, empleos, actividades, relaciones, familia, etc.)
  - 4.3. Personalidad
  - 4.4. Hábitos
  - 4.5. Enfermedades
  - 4.6. Circunstancias vitales, familiares y laborales
  - 4.7. Enfermedad actual (historia natural)
  - 4.8. Funciones del organismo (interrogatorio por órganos y aparatos)
5. Exploraciones:
  - 5.1. Exploración clínica
  - 5.2. Física
  - 5.3. Psicológica y psicopatológica
  - 5.4. Exploraciones auxiliares, complementarias
6. Juicios clínicos
  - 6.1. Diagnóstico
  - 6.2. Pronóstico
  - 6.3. Terapéutico
7. Evolución y epicrisis

## ENTREVISTA EN PSIQUIATRÍA: MOTIVO DE CONSULTA

Durante la entrevista lo primero que haremos será tratar de identificar las quejas de los pacientes y las consecuencias que le suponen (síntomas y deficiencias).

El análisis de los síntomas nos permite identificar un síndrome o un trastorno pero para poder llegar a un diagnóstico será necesario en muchas ocasiones hacer exploraciones complementarias (exploraciones neuropsicológicas, analíticas...).

El análisis de las discapacidades nos permitirá identificar como interfiere la enfermedad en su vida personal y social.

**Una entrevista integral se mueve en tres niveles diferenciados:**

1. El nivel puramente orgánico, el de los síntomas y signos de la enfermedad, que se completa con las exploraciones clínicas complementarias.
2. El nivel del funcionamiento del enfermo como individuo en un contexto social concreto. Aquí se revelan datos sobre el impacto del estilo de vida sobre la enfermedad, y viceversa. En ocasiones es necesario completar la entrevista con tests psicológicos que miden rendimientos y características de la personalidad.
3. El nivel del enfermo como persona, en el que hay que ver más al ser humano en la enfermedad que la enfermedad en el ser humano (Marañón), el de la relación médico-enfermo.

**La meta de la entrevista es poder responder a dos cuestiones básicas:**

1. ¿Qué enfermedad padece?
2. ¿Qué tipo de persona es?  
y tres accesorias:
3. ¿Qué factores han contribuido al desarrollo de esa enfermedad?

4. ¿Por qué en ese preciso momento?
5. ¿Qué factores incidieron en su evolución y en su respuesta terapéutica?

**La calidad de un buen entrevistador se pone de manifiesto en su capacidad para sortear las dificultades del proceso de comunicación. Los buenos entrevistadores son aquellos que:**

- 1) obtienen la mayor cantidad de información exacta que es relevante para el diagnóstico y manejo del caso
- 2) en el periodo de tiempo más corto
- 3) y lo hacen creando y manteniendo una buena relación con el enfermo.

**Para mejorar la comunicación entre el paciente y el médico es necesario tener en consideración lo siguiente:**

- Realizar la entrevista en un lugar adecuado que garantice la privacidad, atención y comodidad tanto del paciente como del médico.
- Saludar al paciente de la forma adecuada según las normas de educación, teniendo en cuenta edad, sexo, nivel cultural, etc.
- Escuchar de forma activa, lo que incluye tanto las formas de comunicación verbal como la no verbal (gestos, etc.).
- Empatía, respeto, interés, apoyo, evitando juzgar al enfermo.
- Utilizar un lenguaje claro y conciso evitando tecnicismos.
- El enfermo debe sentir que el médico entiende sus necesidades y que está dispuesto a ayudarle.
- Terminar la entrevista resumiendo lo que se ha dicho, aclarando las expectativas de la entrevista, la información que el enfermo aporta.

**Entre los factores que pueden ejercer una acción yatrogenizante destacan:**

- Utilizar palabras y gestos traumatizantes,
- Porque disminuyen la seguridad del enfermo en sí mismo.

- Porque aumentan la hipocondría del enfermo.
- Porque introducen elementos de desconfianza en los demás.
- Porque ocasionan que se derrumbe el estado de ánimo.
- Decir al enfermo que no tiene nada, cuando en estos casos casi siempre existe una psicopatología subyacente.
- Hacer confidencias al enfermo de problemas propios o ajenos.
- Excederse en la exposición de razonamientos lógicos.
- Dar consejos, porque esto aumenta la dependencia del enfermo.
- Transferir la propia ideología al enfermo.
- Emitir pronósticos destructivos o por el contrario, anticiparse en tranquilizar al enfermo.
- Utilizar términos excesivamente técnicos.
- Abusar de la autoridad, que sólo estará justificado en casos de peligro vital, de urgencias.

## MÉTODO DE LA ENTREVISTA.

El médico deberá identificar siempre los componentes orgánicos, psicológicos y sociales de las quejas y síntomas. Para ello utilizará preguntas abiertas, que permiten que el individuo se exprese con sus propias palabras.

Es necesario identificar la naturaleza del síntoma, su intensidad, cualidad, localización, frecuencia, duración, cómo influye en sus relaciones y por último el significado que el síntoma tiene para el que lo padece. Todo esto hay que hacerlo para todos y cada uno de los síntomas y quejas que exprese el enfermo.

Cuando el enfermo expresa libremente sus síntomas el médico es capaz de identificar otras causas o factores que puedan tener una influencia.

Para averiguar el motivo de la consulta el médico y enfermo intercambian información en torno a preguntas como ¿Qué? ¿Cuándo? ¿Cómo? ¿Dónde?.

Además de analizar las características del síntoma es necesario identificar la reacción del paciente cuando se presentan los síntomas: ¿Cuáles son sus fantasías, miedos y ansiedad acerca de los síntomas?, ¿Lo ha sentido en otras ocasiones?, ¿Conoce a alguien que lo ha padecido?.

Las relaciones interpersonales e intrapersonales incluyen la importantísima información sobre el material psicológico muchas veces reprimido: sentimientos y afectos, opiniones, temores, valores, y actitud frente a sí mismo, los demás, hacia el mundo. Aquí se pregunta ¿Quién? ¿Quiénes? ¿Por qué?

Entre los rendimientos de la vida cotidiana se incluyen preguntas acerca del ritmo y modos vitales: sueño, descanso, aficiones, rutina diaria.

Aunque durante la entrevista la atención se centra en la información que el paciente aporta, en la comunicación verbal, es necesario, también, tener en cuenta aspectos no verbales de toda comunicación, tales como la entonación que utiliza, los gestos, si es capaz de emitir una sonrisa o si su expresión facial es de tristeza, miedo o cualquier otra emoción.

## LA EXPLORACION PSICOPATOLOGICA (O DEL ESTADO MENTAL)

La exploración psicopatológica o del estado mental consiste en una descripción de todas las áreas del funcionamiento mental del paciente, trata de recoger toda la información posible en el curso de la entrevista y mediante la exploración de áreas funcionales concretas.

### A DESCRIPCIÓN Y COMPORTAMIENTO GENERALES:

Es necesario hacer una descripción de la apariencia del sujeto de la forma más completa posible y de lo que se observa de su comportamiento: ¿cómo pasa el día?, hábitos de alimentación, sueño, higiene en general, vestido, comportamiento hacia otros pacientes, médicos y personal de enfermería. El individuo, ¿está relajado o inquieto?, sus actitudes y movimientos ¿tienen una intención y significado?, ¿cómo responde ante varias situaciones?, ¿tiene respuestas anormales ante situaciones externas?, ¿puede desviarse su atención?. El paciente, ¿está asustado o asusta?.

- Apariencia: en este punto se valora la impresión general física y emocional que transmite el paciente, incluyendo su postura, comportamiento, salud física aparente, aseo expresión facial, vestimenta, limpieza.
- Actitud; manera de relacionarse con el entrevistador (amigabilidad, desconfianza, madurez, hostilidad, defensiva, cautela...)
- Conducta: coordinación, agilidad, modo de andar, gestos...

La apariencia y la manera de entrar en la consulta pueden ser un indicio indirecto de patología o identificar algunos rasgos de personalidad, el grupo de pertenencia social, autoestima, sociabilidad,...

#### Incluye

- Apariencia, atractivo personal, modales, manera de vestir, alguna prueba de descuido

- Respuesta a la separación de los familiares, modo de entrar en la sala de la consulta y a los intentos del doctor de entrar en contacto.
- Cantidad de movimiento: reducido o incrementado.
- Coordinación
- Movimientos involuntarios (temblores, tics, movimientos,...)
- Actitud (postura)
- Grado de agitación
- Presencia de rituales
- Hiperventilación

Por ejemplo un paciente depresivo suele escoger ropa de tonalidades apagadas, tiene un aspecto triste, o tendencia a descuidarse,...

Las actitudes exageradas, teatrales o minimizadoras y de ocultación de síntomas deben tenerse en cuenta sobretodo cuando se sospeche consumo o abuso de sustancias tóxicas, trastornos del comportamiento alimentario o ideación autolítica.

También es importante fijarse en la complexión, talla, peso aproximado, porque los tratamientos en muchas ocasiones deben adaptarse a la masa corporal.

Observar si el comportamiento del paciente sugiere que está desorientado. Describir gesto, expresiones motoras, nivel de actividad, si es o no espontáneo.

Si el paciente permaneciese inactivo es necesario recoger si responde o no a órdenes, si se resiste a movimientos pasivos, si mantiene una determinada posición durante un tiempo prolongado. Si se observa algún problema, completar una evaluación neurológica según sea necesario.

Incluso aunque el individuo no hable, siempre ha de ser posible realizar una descripción adecuada y completa de su apariencia y comportamiento general.

## **B** LENGUAJE

### Incluye:

---

- Lenguaje hablado: sonido, lenguaje.
- Comprensión
- Expresión, vocalización, fluidez:
- a) Espontaneidad
- b) Cantidad
- c) Tipo de entonación y acento
- d) Articulación: por ejemplo, disartria
- e) Precisión gramática y complejidad
- f) Anormalidades específicas, ej. Repetición, rasgos estereotipados, trastorno del yo/tu (contemplo escrito si es necesario)
- g) Gesticulación (gesto): imitación, comprensión, empleo adecuado.

Es importante considerar más que el contenido del mensaje, la forma.

¿Dice mucho o poco?, ¿habla de forma espontánea o por el contrario sólo responde a preguntas?, ¿habla de manera rápida, ansiosa, sin interrupciones o con repentinos silencios?, ¿cambia de tópico con frecuencia?, ¿utiliza de forma adecuada las reglas gramaticales y sintácticas?

### ENTRE LA PSICOPATOLOGÍA DEL LENGUAJE DESTACA:

#### Mutismo.

---

Es una ausencia de lenguaje, el enfermo puede estar privado del habla por motivos psíquicos, podría originarse por un negativismo, por ideas delirantes, por ideas delirantes, o por el hecho de que los enfermos esquizofrénicos no sienten la necesidad de comunicarse.

#### Trastornos del ritmo del lenguaje.

---

- Taquifemia: hablar muy deprisa; suele asociarse a un hablar excesivo que es la logorrea o verborrea.
- 

- Bradifemia (bradifasia) un habla enlentecida.
- Musitación: hablar en voz baja.
- Espasmodia o tartamudez.

#### Trastornos de la articulación del lenguaje.

---

- Disartria.: Es un trastorno de la articulación en perturbaciones de la fonación por lesiones motoras centrales.
- Disfonías: son trastornos de la articulación por lesiones de los espacios de la fonación o respiratorios.
- Dislalías: Son una emisión defectuosa de sonidos.

#### Trastornos iterativos del lenguaje.

---

- Palilalia: es la repetición uniforme de sílabas y palabras que aparecen en algunos individuos con afasias, también aparece en la enfermedad de Parkinson.
- Logoclonia: es la repetición es la repetición espasmódica de una sílaba en medio o al final de la palabra.
- Estereotipia verbal: es la repetición de sílabas, palabras o frases en el marco de una perturbación psíquica general. Adopta diversas formas:
  - Verbigeración, consiste en la necesidad repetición de las mismas palabras y frases.
  - Coprolalia es la inclusión constante de palabras obscenas. Se asocia a tics espasmódicos y tics verbales, junto con ecolalia, en el cuadro clínico de inicio puberal conocido como Enfermedad de Gilles de la Tourette.
  - Ecolalia es la repetición de palabras o frases pronunciadas por el interlocutor y acompañando su entonación original, aparece en la oligofrenia, demencia, esquizofrenia, en enfermedades extrapiramidales y en las afasias.

#### Trastornos de la significación del lenguaje.

---

- Neologismos: son las formaciones extrañas de nuevas palabras, surgen por la necesidad de expresión de sentimientos y sensa-
-

ciones nuevas y extrañas, pero también como consecuencia de alucinaciones y de ideas delirantes

- Paralogismos: consiste en la utilización de palabras ya existentes con un significado nuevo.
- Asintaxia o lenguaje telegráfico: es la simplificación progresiva del lenguaje por la omisión de los signos de puntuación preposiciones, etc.
- Esquizoafasia: provoca un lenguaje confuso e incoherente que cursa sin una alteración grave del pensamiento. Es un trastorno del lenguaje muy característico de los esquizofrénicos.

#### Otras alteraciones del lenguaje.

- Lenguaje incoherente: lenguaje incomunicativo que aparece en las obnubilaciones de conciencia.
- Pararrespuestas: son respuestas caracterizadas por su carácter extravagante y por no ser apropiadas a las preguntas que las desencadenan.
- Parafasias: consiste en la inserción habitual de palabras equivocadas en el lenguaje, con conciencia del error por parte del enfermo. Suelen aparecer en afectaciones del sistema nervioso central.

En este momento de la entrevista, el médico será capaz de reconocer la existencia de **trastornos formales del pensamiento que son:**

- Pensamiento inhibido.  
El enfermo siente que todo su pensar está frenado, es irregular o entrecortado.
- Pensamiento enlentecido.  
Se refiere al curso del pensamiento lento, que generalmente corresponde a una inhibición en el flujo de las ideas.
- Pensamiento divagatorio.  
No se distingue lo esencial (referido al tema de la entrevista) de lo accesorio y tiende a perderse en detalles, sin por ello totalmente el hilo (pensamiento prolijo).
- Pobreza del pensamiento.

Reducción del contenido de las ideas, limitación a uno o pocos temas, fijación a pocas áreas de interés o contenidos, el enfermo tiende a volver continuamente al mismo tema.

- Perseveración del pensamiento.  
Se trata de una perseveración verbal, es decir, la limitación a palabras o frases previamente utilizadas, pero que hayan perdido sus sentido en el contexto de la conversación. Suele presentarse en forma de repetición sin sentido de palabras (verbigeración).
- Rumiación.  
Consiste en darle vueltas constantemente a temas que general mente, aunque no siempre, son desagradables que por el enfermo son vivenciados cómo extraños a él y que suelen tener relación con la situación actual.
- Aceleración del pensamiento.  
El enfermo se siente bajo la presión de muchas impresiones o de pensamientos que se repiten continuamente
- Fuga de ideas.  
Aumento del contenido de ideas. El pensamiento no sigue un hilo conductor definido, sino que cambia de meta continuamente por la interferencia de asociaciones intercurrentes.
- Bloqueo, interceptación del pensamiento.  
El pensamiento del enfermo es incoherente e incomprensible. En las formas ligeras (paralogía) puede aún conservarse la estructura gramatical, pero ésta se pierde en las más intensas (paragramatismo), hasta la incomprensión más absoluta en la ensalada de palabras o esquizoafasia.

## ESTADO DE ÁNIMO

Deben recogerse respuestas a preguntas tales como: ¿cómo se siente consigo mismo?, ¿cómo es su estado de ánimo?, ¿cómo es su humor?.

### **Incluye:**

---

- Expresividad y alcance emocional
- Felicidad
- Ansiedad: sensación de flotar, alteración de la situación o fobias específicas
- Ataques de pánico, angustia.
- Tensión observable
- Alteraciones del sistema autónomo
- Tristeza, desdicha, descontento, apatía
- Vergüenza, perturbación, perplejidad
- Ira, agresividad
- Irritabilidad

Cuando se sospeche un humor depresivo se deberán hacer preguntas sobre si el paciente llora sin motivo, si tiene variaciones circadianas del estado de ánimo, su actitud hacia el futuro, autoestima, sentimientos de culpa, apetito, peso y líbido.

Se explorarán a continuación funciones vitales que se pueden ver afectadas por alteraciones del estado de ánimo.

### **Sueño:**

---

Las alteraciones del sueño son síntomas muy frecuentes en cualquier tipo de enfermedad psiquiátrica y no psiquiátrica. Esta función es especialmente sensible a las alteraciones emocionales. Los enfermos pueden referir dos quejas principales la hipersomnia, o somnolencia excesiva, y el insomnio. El insomnio puede ser parcial o total, en el primero se distingue entre el insomnio de conciliación y el insomnio tardío. El primero consiste en la dificultad para conciliar el sueño, pero una vez que se consigue el enfermo logra dormir de manera continuada. Esto es característico de los trastornos de ansiedad. El segundo consiste en un despertar en mitad de la noche, después de haber dormido algunas horas. Aunque el enfermo intenta volver a dormirse no lo consigue. Esto es muy característico de los enfermos depresivos.

### **Vitalidad o nivel de energía:**

---

Tiene que ver con la capacidad del enfermo de mantener un nivel de actividad razonable. Muchos enfermos refieren sentirse cansados, para realizar las actividades cotidianas, otros las inician bien y se cansan pronto.

### **Variación circadiana del estado de ánimo:**

---

Existe la tendencia en algunos enfermos a sentirse mejor en algún momento del día. Los enfermos con una depresión grave suelen sentirse peor durante la mañana, y a medida que va pasando el día se sienten con un poco más de energía y ánimo, sintiéndose casi normales a la hora de acostarse. Sin embargo, en el momento de levantarse por la mañana se sienten prácticamente vacíos de energía, y les supone un gran esfuerzo el mero hecho de levantarse de la cama.

### **Interés y rendimiento sexuales:**

---

El funcionamiento sexual es uno de los mejores indicadores de bienestar en el individuo, por ello un déficit en este campo indica malestar.

### **Apetito**

---

Las alteraciones en el apetito también aparecen de forma inespecífica en innumerables enfermedades psiquiátricas y no psiquiátricas. La falta de apetito es un indicador de malestar; y cuando el enfermo tiene su atención en diferentes preocupaciones o molestias físicas el interés por la comida decrece. Por otro lado hay enfermedades psiquiátricas en las que la disminución, o el incremento, de la ingesta son el síntoma cardinal.

## Estresores

---

Otro elemento fundamental de la evaluación durante una entrevista clínica es la investigación de posibles factores que estresantes. Conviene distinguir, por un lado, los factores estresantes agudos, o acontecimientos vitales; por otro lado, están las situaciones de estrés crónico. En el primero se trata de acontecimientos concretos, que exigen del individuo un gran esfuerzo de adaptación a una nueva situación. Suelen ser de carácter inesperado (fallecimiento de un ser querido, pérdida de un puesto de trabajo, ruptura sentimental, etcétera). El estrés crónico es algo mantenido en el tiempo, que el sujeto ha podido afrontar a costa de un gran esfuerzo, pero en un momento determinado se produce el fracaso en el funcionamiento del individuo (situaciones de falta de recursos económicos; Fecha de comienzo del episodio actual.

### Se valorarán las alteraciones de los estados de ánimo entre las que se incluyen:

---

- Afecto inapropiado: disarmonía entre el tono emocional y la idea, pensamiento o expresión verbal que lo acompañan.
- Embotamiento (aplanamiento) afectivo: grave reducción de la intensidad de los sentimientos expresado, con la ausencia o mínimos signos de expresión afectiva, voz monótona, facies inmóvil.
- Restricción del afecto: clara reducción en la intensidad de la expresión de los sentimientos, aunque menos grave que el embotamiento afectivo.
- Labilidad afectiva o del humor: cambios bruscos y abruptos en el tono emocional, no relacionados con estímulos.
- Paratimia o discordancia afectiva: presencia de afectos paradójicos, en los que no coinciden su expresión y su contenido vivencial.
- Incontinencia afectiva: explosión de todos los afectos, que no pueden ser dominados.
- Anhedonia: pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar de las cosas.

- Ambivalencia: coexistencia simultánea de dos sentimientos opuestos hacia un objeto en una misma persona.
- Alexitimia: literalmente falta de palabras para expresar los sentimientos. Es la incapacidad o dificultad para expresar o darse cuenta del estado de ánimo o de las propias emociones.
- Apatía: tono emocional anodino, que se relaciona con sentimientos de indiferencia.
- Abreacción: liberación o descarga emocional tras recordar una experiencia dolorosa.
- Depresión: tristeza patológica, generalmente un sentimiento vital.
- Duelo o aflicción: tristeza apropiada a una pérdida real.
- Humor exaltado (hipertimia): humor más alegre de lo normal.
- Euforia: alegría intensa acompañada de sentimientos de grandeza.
- Estado de ánimo expansivo (maniaco): expresión de los propios sentimientos sin ningún tipo de restricción, suele estar asociado con una sobreestimación de la propia importancia o significación.
- Eutimia: rango normal del humor, que implica la ausencia de un humor deprimido o elevado.
- Estado de ánimo disfórico: estado de ánimo no placentero del humor.
- Irritabilidad: estado de ánimo en el que uno se molesta y se pone iracundo con facilidad.
- Ansiedad: sentimiento de aprensión causado por la anticipación a un peligro no identificado, que puede ser externo o interno.
- Miedo: reacción anímica ante un peligro real, identificado y reconocido conscientemente.
- Fobias: miedos recurrentes ante determinadas situaciones u objetos, que pueden acompañarse de conductas de evitación.
- Agitación: ansiedad intensa asociada a inquietud psicomotriz.
- Tensión: incremento de la actividad motora y psicológica que resulta molesto.
- Pánico: ataque episódico, agudo e intenso de ansiedad, que se asocia a sentimientos sobrecogedores de terror y descarga autonómica.
- Vergüenza: el fracaso en satisfacer las expectativas.
- Culpa: emoción que aparece cuando se hace algo considerado como malo.

- **Hipocondría:** relación angustiosa con la propia corporalidad, manifestada por la percepción exagerada de sensaciones corporales más o menos extrañas o por una actitud temerosa hacia el organismo o sus funciones.

Es esencial que el psiquiatra pregunte acerca de los pensamientos que el paciente haya podido tener frente al suicidio, si alguna vez lo ha intentado, ¿qué planes tiene actualmente y qué le impide llevarlos a cabo?, teniendo siempre presente que por el mero hecho de preguntar no se está incrementando el riesgo: ¿piensa que la vida no vale la pena ser vivida?, ¿ha pensado alguna vez en la posibilidad de quitarse la vida?, ¿lo ha intentado en alguna ocasión o tiene algún plan?.

El tema del suicidio se introduce con preguntas muy generales como por ejemplo: le han ido tan mal las cosas que ha pensado en poner fin a su vida?, alguna vez ha pensado que la vida no vale la pena ser vivida? si el paciente responde que sí se le insta a que hable de ello, y se continúa la entrevistando de averiguar si alguna vez lo ha intentado y cómo lo hizo, y después se le pregunta sobre si actualmente tiene planes para hacerse daño o quitarse la vida, como son esos planes y que le impide llevarlos a cabo (creencias religiosas, valores,...)

## **D** CONTENIDO DEL PENSAMIENTO

Se refiera a la existencia de preocupaciones o pensamientos mórbidos, se refiere a aquello sobre lo que el paciente habla.

Se harán preguntas tales como: ¿cuáles son sus principales preocupaciones?, ¿está usted preocupado con su situación vital, con el futuro o con el pasado, por su seguridad personal o la de otros?, ¿interfieren estas preocupaciones con su concentración o le afectan el sueño?, ¿tiene alguna fobia o rumiaciones obsesivas compulsivas o rituales?.

El psiquiatra evalúa cómo formula, organiza y expresa sus pensamientos, si coherente es claro, fácil de seguir y lógico, también registra la cantidad y la velocidad del pensamiento, la direccionalidad y continuidad, es decir si el pensamiento es circunstancial (el paciente muestra falta de dirección, incorpora detalles superficiales e innecesarios y tiene dificultades para llegar a un punto final) o tangencial (el paciente divaga sobre el tema e introduce pensamientos no relacionados e irrelevantes) o presenta asociaciones ilógicas (salta de un tema a otro sin conexiones)

Explora la presencia de obsesiones (pensamientos repetitivos, no deseados que se imponen al sujeto que trata de resistirse a ellos) y compulsiones (presencia de rituales o conductas repetitivas desarrolladas para tratar de controlar las obsesiones).

También explora la existencia de delirios: que son convicciones sin fundamento en la información disponible (por consiguiente generalmente falsas), mantenidas firmemente a pesar de los argumentos lógicos y pruebas en contra, y no son compartidas por otras personas pertenecientes al mismo grupo sociocultural. El delirio es definido como una creencia personal falsa, basada en una inferencia incorrecta acerca de la realidad externa (DSM-IV, 1994)

Los delirios se diferencian de las obsesiones en que en éstas últimas el sujeto es consciente que le pertenecen, que son sus propias ideas, las que quisiera rechazar. Las ideas sobrevaloradas (convicciones firmes que dominan la mente del sujeto y tiene una influencia en su vida), se distinguen de los delirios en que no son tan incorregibles, son compartidas por un grupo de personas el sujeto no se esfuerza por hacerlas desaparecer (como ocurre en las obsesiones), pueden aparecer en personas normales en cuestiones relacionadas con el amor, el odio, la salud, la política o la religión.

**Es necesario especificar el contenido, el modo de aparición y el grado de fijación de cada una de las creencias anormales.**

- En relación con el ambiente: ideas de referencia, mal interpretaciones o delirios, sentimientos de ser perseguido, de que es tra-

tado de manera especial o que está sujeto a algún tipo de experimentación.

- En relación con el propio cuerpo, ideas o delirios sobre cambios corporales.
- En relación a uno mismo, por ejemplo delirios de pasividad, influencia, difusión del pensamiento o intrusión.

#### Existen muchas maneras de presentarse estas ideas delirantes:

- Humor delirante: consiste en una vivencia de confusión y pereplejidad, llena de significados de transformación del mundo o de sí mismo, que no suele acompañarse de un contenido concreto. El enfermo no puede encontrar un significado preciso a ese cambio, que le parece inmotivado e irracional.
- Percepción delirante: percepciones adecuadas se acompañan de la vivencia de un significado anormal, generalmente de referencia en sí mismo, que no tienen justificación objetiva. La percepción delirante es, pues, una interpretación falsa de una percepción correcta.
- Intuición u ocurrencia delirantes: al enfermo se le ocurren, intuye súbitamente significados que son delirantes, acompañadas de una certeza absoluta.
- Delirio sistematizado: creencia o creencias falsas unidas por un suceso o tema único (ej. el paciente es perseguido por la policía, una banda terrorista o su jefe).
- Delirio congruente con el estado de ánimo: es un delirio con un contenido adecuado al estado de ánimo (un paciente depresivo que cree que es responsable de la destrucción del mundo)
- Delirio no-congruente con el estado de ánimo: delirio cuyo contenido no se asocia con el estado de ánimo o es neutral respecto a éste (ej. un paciente depresivo que tiene un delirio de difusión o control de su pensamiento).
- Delirio de referencia: aparece en primer plano la referencia delirante hacia sí mismo, en la cual las personas y las cosas del entorno adquieren un significado anormal.
- Los enfermos están convencidos firmemente que acontecimientos que en realidad les son ajenos tienen un significado especial para ellos. Las conversaciones entre personas de la calle aluden

a ellos, las miradas más casuales van destinadas a ellos y significan algo peculiar, por ejemplo, un mensaje especial. El enfermo se siente el centro de la atención de lo que le rodea y toma por significativo, con un convencimiento absoluto, acontecimientos ajenos a él.

- Delirios de influencia y de persecución: el enfermo se considera meta de hostilidad. Se siente amenazado de lo que le rodea, mortificado, injuriado, burlado, escarnecido. Lo que le rodea atenta contra su fortuna, su salud, o su vida.
- Delirio de control (de ser controlado): se trata de la creencia falsa de que la voluntad, los pensamientos o los sentimientos propios son controlados por fuerzas externas. Incluye fenómenos como:
  - Robo del pensamiento: delirio en que los pensamientos propios son sustraídos de la mente por otras personas o por fuerzas externas.
  - Inserción de pensamientos: delirio en que los pensamientos son implantados en la mente por otras personas o por fuerzas externas.
  - Difusión del pensamiento: delirio en el que los pensamientos propios pueden ser oídos por otros, como si fuesen difundidos por el aire.
  - Control del pensamiento: delirio en el que el propio pensamiento es controlado por otras personas o fuerzas externas.
- Delirio de celos (celotipia): convencimiento delirante de ser engañado y traicionado por la pareja.
- Delirio erótico (erotomanía): se trata de la creencia delirante, más común en mujeres que en varones, de que alguien (normalmente inaccesible por su posición social, riqueza o belleza) está profundamente enamorado de él o ella (también denominado complejo de Clèrambault-Kandisky).
- Delirio mesiánico: la persona afirma que tiene una misión especial en el mundo, para la que ha sido escogida, que se comunica directamente con Dios a través de mensajes verbales y de influencias sobre el pensamiento (alucinaciones y alteraciones del pensamiento o ideas delirantes de control), que ha recibido po-

deres divinos, que está poseído por el diablo o por algún otro espíritu.

- Delirios inducidos (*folie a deux*): a veces personas cercanas a un enfermo con ideas delirantes llegan a creer en su veracidad. Para el desarrollo de este síndrome es necesario que domine el sujeto que induce el delirio en el otro, que los dos sujetos mantengan unas relaciones muy estrechas durante años y que exista un cierto aislamiento social.

## **E** LOS RENDIMIENTOS COGNITIVOS

Su evaluación es el punto más significativo del examen mental.

Consideramos la conciencia en sentido amplio, se refiere al conocimiento sobre uno mismo, a la capacidad de conocimiento que tiene sobre sí mismo, sobre su existencia; de sus estados o de sus actos (responsabilidad, libertad, ...)

### **En la evaluación del estado de conciencia se valorará:**

- Grado de activación del sistema nervioso o vigilia (estar adormilado, somnoliento, hipoalerta, en vigilia normal o hiperalerta)
- Brillo o lucidez de la conciencia, entendida como la capacidad de identificar estímulos nítidos, con los órganos de los sentidos
- Conciencia del propio yo, consiste en darse cuenta de la actividad, unidad e identidad propia y de los límites del yo

Hay que valorar la forma de inicio; ante toda alteración que surja de manera brusca debe sospecharse un trastorno orgánico o consumo de sustancias: según la forma de inicio pueden clasificarse en alteraciones agudas (confusión, obnubilación, estupor, delirium, coma) o subagudas (demencia, hipersomnias, estado vegetativo, mutismo, síndrome apático, ...)

En otras ocasiones existen variaciones del estado de conciencia como la fluctuación, la confusión (en las que el pensamiento no es claro y se pierden los encadenamientos lógicos) o estupor (ausencia de relación con el entorno básicamente por el cese de res-

puestas motrices y verbales (el paciente puede tener un estado de alerta normal pero no puede comunicarse).

El estado cognitivo deberá recogerse en todos los pacientes, de manera breve y en relación con su inteligencia. En individuos jóvenes en los que no se sospeche ninguna enfermedad de origen orgánico se realizarán unos tests de características más generales, pero si por el contrario se tratase de individuos mayores o con alteraciones de origen cerebral se realizarán tests más específicos.

---

## **ORIENTACIÓN**

---

Si existe alguna razón para dudar de la capacidad de orientación del individuo, se le preguntará acerca de su identidad, el lugar donde está, la hora del día y la fecha.

---

## **ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN**

---

Es el grado con el que un paciente puede advertir estímulos necesarios para orientarse

Observar si el paciente es capaz de fijar y mantener su atención o si por el contrario permanece distraído. Existen algunos tests que ayudan a valorar la capacidad de atención del sujeto como por ejemplo preguntarle los días de la semana en orden inverso u operaciones matemáticas como hacer sustracciones de 7 empezando desde el 100, considerando tanto las respuestas correctas como el tiempo que emplea.

---

## **MEMORIA**

---

En cualquier caso se deberá comparar los datos que el paciente aporta en relación a acontecimientos vividos y la información recogida de familiares y amigos. Se deberá prestar especial atención a la memoria para acontecimientos recientes, como ingreso en el hospital y lo que ha sucedido desde entonces.

Las pruebas de memoria se alteran por los déficits sensoriales se explorará la memoria reciente (captar, retener y reproducir), cubre

de minutos a horas...solemos pedirle que recuerde algunas palabras al cabo de unos minutos. Para explorar la memoria remota (evocar e identificar) les solemos preguntar por eventos sociales, culturales, familiares.

Si se sospecha alteraciones de memoria se le pedirá al individuo que repita el nombre de algunos objetos al cabo de un tiempo, por ejemplo se le pedirá que repita el nombre de una flor, un color y una ciudad, al cabo de 1 y 5 minutos.

---

## INTELIGENCIA

---

Es un concepto extremadamente complejo en el que se incluyen multitud de dimensiones

El coeficiente intelectual del paciente se podrá estimar en función de sus conocimientos generales, su educación y labor profesional.

Cuando estos datos son desconocidos, se valoraran sus experiencias e intereses. Una medida también indirecta de la inteligencia, la aportarán sus resultados académicos, niveles de estudios alcanzados, habilidades de lectura, escritura.

## **F** VALORACIÓN DEL PROPIO PACIENTE DE SU ENFERMEDAD, DE SUS DIFICULTADES Y PERSPECTIVAS (INTROSPECCION O INSIGHT)

Es la capacidad que tiene un paciente para percibir y entender que tiene un problema de enfermedad, y de ser capaz de revisar sus causas y llegar a una solución

¿Cuál es la actitud actual del paciente?, ¿en qué modo y de qué manera se siente afectado por su enfermedad?, ¿piensa que necesita tratamiento?, ¿a qué le atribuye su enfermedad o su condición actual?, ¿se da cuenta de los errores cometidos en los tests?, ¿son sus actitudes positivas o negativas, constructivas o destructivas?, ¿qué planes tiene de futuro, cuando finalice el tratamiento o le dan el alta hospitalaria?, ¿son estos planes, realistas o no? Y por último,

¿cuál es su actitud respecto a supervisión y cuidados, cree que los necesita o no?.

- Vulnerabilidad percibida: algunas personas consideran que tienen una probabilidad mucho mayor que otras de padecer la enfermedad. Esto ocurre tanto en la enfermedad como en otros aspectos de la vida. Imaginemos el caso de los accidentes de tráfico donde unas personas ven el riesgo mucho más cercano que otros.
- Gravedad percibida: cada enfermo realiza su propia estimación sobre la gravedad de la enfermedad que padece.
- Creencias sociales: el entorno cultural en el que se mueve el enfermo condiciona en gran medida la imagen que tiene sobre la enfermedad.
- Creencias en la eficacia del tratamiento: la eficacia del tratamiento también está condicionada por numerosas variables socio-culturales.
- Motivación: el interés por la salud y la evitación de situaciones de riesgo varía mucho en la población y es otra variable a tener en cuenta.

## **G** TIPO DE COMUNICACIÓN QUE SE ESTABLECE DURANTE LA ENTREVISTA

En este punto se evalúa la fiabilidad de la información obtenida, y los factores que afectan a esa fiabilidad como la honestidad, motivaciones, presencia de psicosis o trastornos orgánicos y la tendencia a magnificar o minimizar los problemas

### Incluye:

---

- Responsabilidad social hacia el método y comentarios del examinador, ej. Elogio, gratificación
-

- Rapport y contacto visual: cantidad y calidad
- Reciprocidad y empatía
- Carácter: por ejemplo reservado, tímido, expansivo
- Desinhibido, descarado, precoz, atormentado
- Negativo, desobediente, incrédulo, malhumorado
- Ingrato, manipulador

Se deberá recoger de manera breve, de qué manera que el médico o entrevistador se siente afectado por el comportamiento del paciente, ¿fue una entrevista fácil o difícil, perdió el control de la entrevista?, ¿el paciente provoca sentimientos de simpatía, preocupación, tristeza, ansiedad, irritación, frustración, enfado en el médico?

#### Aspectos sociales:

---

Es importante saber con quién convive el paciente y quiénes son sus apoyos por varios motivos:

- 1.- razón diagnóstica, a veces existen problemática familiares y sociales que pueden suponer o bien un factor precipitante o pre-disponible del cuadro clínico
- 2.- razones de manejo clínico, a veces es más fácil contener a los pacientes con ayuda de los acompañantes
- 3.-razones terapéuticas y pronósticas, a menudo el paciente no puede entender con claridad nuestras explicaciones y necesita de sus familiares para que le ayuden a cumplir nuestras indicaciones

#### Exploración neurológica: ¿cuándo está indicado?

---

La exploración psicopatológica no arrojará información fiable mientras existan dudas sobre el origen del trastorno orgánico, por lo que es imprescindible que como en cualquier otro paciente que acuda al hospital, hacerle un examen médico básico (tensión arterial, pulso, frecuencia respiratoria, nivel de conciencia) y un examen neurológico básico en busca de lesión, de semiología

extrapiramidal, cerebelosa y vestibular:

Signos de sospecha de trastorno mental orgánico: comienzo brusco sin historia previa de enfermedad psiquiátrica, presencia de alucinaciones visuales o alucinaciones con juicio preservado, presencia de síntomas inusuales o refractarios al tratamiento, confusión deterioro cognitivo, presencia de signos médicos (pupilas dilatadas, temblores, incontinencia de esfínteres, síntomas neurológicos focales....) consumo de sustancias,...

El psiquiatra debe ser capaz de hacer una exploración neurológica convencional ya que puede resultarle de mucha utilidad para el diagnóstico:

Reflejos de liberación frontal (reflejos de presión, palmomentoniano, reflejos de hociqueo, chupeto,...

Exploración de síndrome parkinsoniano (aparición de rigideces en rueda dentada, temblor de reposo, ...), habla (rápida pero hipofónica,) síntomas vegetativos (sialorrea, hiperhidrosis, dermatitis seborreica y afectivas

Exploración de signos cerebelosos (ataxia, disartria, dismetría, adiadococinesia, temblor dinámico,.....)

#### Pruebas complementarias ¿cuáles?

---

Como en cualquier otra especialidad para poder confirmar el diagnóstico o un diagnóstico diferencial en muchas ocasiones habrá que solicitar algunas pruebas complementarias.

- Analítica sanguínea (hemograma completo, perfil renal, glucemia, ionograma..)
- Gasometría arterial o venosa
- Test de embarazo (en toda mujer en edad fértil)
- Parámetros de función tiroidea

- En caso necesario se pedirán concentraciones plasmáticas de fármacos anticomociales, litio antidepresivos triciclicos, alcohol,...
- Analítica de orina
- Electrocardiograma
- Electroencefalograma
- En caso necesario se solicitará punción lumbar; radiografía de torax y abdomen, neuroimagen

## BIBLIOGRAFÍA

- Borrel i Carrió (1989). La entrevista clínica. Barcelona. Doyma
- López-Ibor Aliño, J.J. (1982). La entrevista psiquiátrica. En C. Ruíz Ogara, D. Barcia Salorio y J.J. López Ibor Aliño (Eds.): Psiquiatría. Barcelona: Toray.
- López-Ibor Aliño, J.J., Ortiz Alonso, T. y López-Ibor Alcocer, M.I. (1999). Lecciones de Psicología Médica: Barcelona: Masson.
- Maj M; Gaebel W, López-Ibor JJ, Sartorius N: Psychiatric diagnosis and classification; World Psychaitryc Association; Wiley eds 2002
- Othmer E, Othmer SC (1996) DSM-IV La entrevista clínica-Fundamentos. Tomo I. Barcelona
- Oxford Textbook of Psychiatry, Andreassen, N, Gelder M, López-Ibor JJ eds. Marzo 2009