



23. EXPLORACIÓN BÁSICA Y EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA



Autores: Ramón Bellot Arcís, Ignacio Díaz Fernández-Alonso y Vanessa Saiz Alarcón
Tutor: Alejandro Povo Canut
Hospital Universitario La Fe. Valencia

CONCEPTOS ESENCIALES

El instrumento básico para la evaluación psiquiátrica es la entrevista clínica.

La historia clínica recoge y estructura la información obtenida mediante la entrevista, incluyendo siempre unos apartados básicos.

Las pruebas complementarias ayudan a descartar la presencia patología orgánica asociada y a orientar el diagnóstico final.

En psiquiatría, la entrevista clínica constituye un instrumento fundamental para realizar la evaluación del paciente y en definitiva para alcanzar un diagnóstico y plantear un plan terapéutico; además sirve para establecer una buena relación terapéutica. La historia clínica recoge la descripción de la sintomatología obtenida en la anamnesis. En su redacción, si bien pueden existir variaciones, se debe seguir un orden, que permitirá estructurar la información recogida. Se suele recomendar iniciar la entrevista con preguntas abiertas, dejando hablar al paciente libremente durante varios minutos. De este modo, podemos apreciar cómo se expresa e intuir el probable desarrollo de la entrevista. Posteriormente, conviene ir realizando preguntas más directivas con el fin de recoger datos más concretos. La duración de la entrevista es variable, oscilando generalmente entre 30 y 60 minutos. Más breve puede resultar insuficiente para recoger la información de interés y, contrariamente, más larga puede cansar al paciente y dificultar el encuadre de las visitas posteriores. No obstante, la duración de la entrevista estará en función de las características del paciente, de modo que será más breve en pacientes agitados, psicóticos agudos o agresivos para evitar ocasionar demasiada tensión.

Los distintos apartados de la historia clínica psiquiátrica son los siguientes:

1. DATOS DE FILIACIÓN

Permiten identificar al paciente: nombre, sexo, edad, etnia, lugar de nacimiento, domicilio, estado civil, profesión, situación laboral y religión. Es recomendable disponer del nombre y teléfono de un familiar o allegado.

2. MOTIVO DE CONSULTA

Motivo por el que el paciente se encuentra en la consulta y origen de la derivación. Suele expresarse de manera breve y puede resultar útil plasmar de forma literal la queja principal del paciente. Para ello podemos consultar, previa o posteriormente a la entrevista clínica, diferentes fuentes de información, entre ellas, el volante de derivación, informes clínicos existentes, el relato de familiares y otras personas cercanas al entorno del paciente. Conviene recoger información sobre si el paciente ha acudido solo (puede indicar conciencia de enfermedad) o acompañado (puede apuntar hacia cierto grado de dependencia o denotar ausencia de conciencia de enfermedad); voluntaria



o involuntariamente; y el motivo de requerir atención en ese momento concreto.

↑ 3. ENFERMEDAD ACTUAL

Consiste en describir de forma cronológica la presentación de la sintomatología en el episodio actual. De este modo, conviene identificar los síntomas del paciente examinado, su evolución en cuanto a duración e intensidad, así como las posibles asociaciones temporales con eventuales factores predisponentes, precipitantes y mantenedores. Es importante, además, recoger la repercusión de los síntomas en el funcionamiento diario del paciente y, en caso de haber recibido tratamiento, la cumplimentación y respuesta terapéutica al mismo. De igual modo, conviene explorar el contexto social y familiar del paciente, que permitirá valorar de forma global el caso.

El ser capaz de valorar las dificultades concretas del paciente tal y como él las ha formulado y vincularlas a su entorno de manera coherente y certera, constituye una de las áreas de mayor dificultad en la práctica clínica del psiquiatra conformando uno de los pilares fundamentales de toda valoración psiquiátrica.

↑ 4. ANTECEDENTES PERSONALES

4.1. PSIQUIÁTRICOS

Debe incluir cualquier contacto previo con profesionales de salud mental, el motivo del mismo, su duración, posibles diagnósticos, intervenciones terapéuticas con respuesta terapéutica a las mismas, así como antecedentes de ingreso hospitalario (dónde han tenido lugar, qué tipo de tratamientos recibió, duración de la estancia y evolución). Este apartado nos permite valorar si la enfermedad actual constituye el primer episodio o, por el contrario, corresponde a una larga serie de episodios anteriores con periodos asintomáticos intercurrentes. Cobra especial interés la presencia de abuso y dependencia de tóxicos, incluyendo: cantidades, vía, frecuencia, circunstancias sociales en que se consumen, motivos y repercusiones en la vida del paciente.

4.2. SOMÁTICOS

Incluirá todos los antecedentes somáticos, especialmente los neurológicos o endocrinos que puedan

predisponer a la enfermedad mental (epilepsia, alteraciones tiroideas). Por tanto, convendrá recoger si presenta alergias medicamentosas conocidas, hipertensión arterial, dislipemias, diabetes mellitus, enfermedades médicas, cirugías previas y tratamiento médico actual.

4.3. FARMACOLÓGICOS

Se detallarán los tratamientos anteriores en los episodios previos, recogiendo ordenadamente cada fármaco, su dosis, la duración del tratamiento, y la causa de abandono o retirada del mismo, así como los antecedentes de reacciones adversas medicamentosas. Esencial en casos resistentes en los que dicha información nos permitirá plantear nuevas intervenciones terapéuticas.

↘ 5. HISTORIA FAMILIAR

5.1. GENOGRAMA

Consiste en realizar un esquema familiar a través de una representación gráfica de los integrantes de la familia y las relaciones que se establecen entre ellos, de modo que se recoja nombre, edad y ocupación de cada uno de ellos. Convendrá determinar si los padres del paciente son biológicos o no. En caso de separación de los padres o fallecimiento de alguno de ellos, es importante recoger la edad de éstos y la del paciente en dicho acontecimiento. Se describirá el tipo de vínculo entre el paciente con los miembros de su familia de origen y si lo hubiera con los miembros de su familia nuclear. De este modo, podremos conocer los patrones de interacción entre los padres del paciente, el entorno cultural y laboral, la estabilidad familiar (divorcios, separaciones, etc.), los valores de la familia, la relación del paciente con sus hermanos, así como el nivel actual de contacto o de apoyo familiar.

5.2. ANTECEDENTES FAMILIARES

5.2.1. Psiquiátricos

Es importante explorar la presencia de antecedentes familiares de enfermedad mental. Dicha información orienta sobre una posible predisposición biológica a determinados trastornos psiquiátricos, y permite completar la información sobre la dinámica familiar durante la infancia.

5.2.2. Somáticos

Debe incluir antecedentes familiares de tipo físico.

5.2.3. Terapéuticos

Se incluirán los antecedentes familiares de respuesta y eficacia a tratamientos farmacológicos o psicológicos. La existencia de antecedentes de buena respuesta a un tratamiento orienta hacia una mayor probabilidad de respuesta con dicho tratamiento en el paciente.

6. HISTORIA SOCIAL

Dada la influencia de factores sociales como precipitantes de múltiples trastornos mentales, es esencial recoger el nivel de apoyo social del paciente. Así conoceremos el nivel de funcionalidad o autonomía del paciente. Las áreas a explorar son:

- Área económica: ingresos y capital disponible, gastos habituales, deudas, desahucio y/o retirada de servicios domésticos, capacidad para planificar.
- Área externa: empleo, contactos sociales (familia, amigos, otros), capacidad para comprar, viajes y su finalidad y uso de recursos.
- Vivienda: cualidades de la misma (alquiler, en propiedad, tipo de vivienda, etc.), accesibilidad, medidas de seguridad, vecindario...
- Capacidad funcional: rutina diaria en un día normal, actividades de la vida diaria (higiene, tareas domésticas), ocio y hábitos religiosos y moralidad.
- Cuidadores: cuidadores informales (habitualmente familiares y amigos) y cuidadores profesionales (voluntarios, servicios sociales, profesionales sanitarios), objetivando las actitudes de cada uno de ellos hacia el paciente.

7. RUTINA DIARIA

Permite conocer la capacidad funcional del paciente y comprobar de qué modo está repercutiendo la sintomatología actual en la misma. Para ello, se puede solicitar al paciente que describa todo aquello que suele realizar en un día cualquiera.

8. PERSONALIDAD PREMÓRBIDA

Se trata de valorar el patrón habitual de comportamientos, actitudes y cualidades relacionales del paciente que existía antes del debut del trastorno mental, con objeto de evitar el sesgo que la personalidad puede provocar en la valoración de la psicopatología presente. Para ello, frecuentemente hemos de recurrir a informadores muy próximos al paciente que lo hayan conocido de forma continuada cuando no estaba enfermo. Existen una serie de pruebas psicométricas que podrán ayudarnos en esta tarea. Cabe resaltar que la descripción de la personalidad de un paciente debe realizarse con mucha prudencia y tras realizar una profunda valoración, siendo normalmente necesarias varias valoraciones para ello.

9. HISTORIA PERSONAL O PSICOBIOGRAFÍA

Por tratarse de aspectos personales del paciente, alguno de ellos íntimos, y/o por falta de tiempo, convenirá recoger esta información en sucesivas entrevistas.

- Embarazo y nacimiento.
- Principales miembros de la familia, ambiente familiar y en el domicilio anterior al nacimiento. Debe incluir las circunstancias del embarazo: si fue o no deseado, si se consumieron tóxicos o fármacos y durante qué períodos de la gestación, y si hubo dificultades en el parto (alteraciones obstétricas, presentación anómala o sufrimiento fetal). En cuanto al nacimiento tendremos en cuenta: el tipo de lactancia y la relación precoz con la madre o figura de referencia (lo cual puede aportar información sobre posibles carencias afectivas o emocionales).
- Desarrollo precoz. Debe incluir el desarrollo psicomotriz (gatear, andar...), así como el control de esfínteres.
- Salud durante la infancia. Puede ser útil conocer si ha habido convulsiones durante la infancia, traumatismos cráneo-encefálicos, ingresos prolongados en el hospital o limitaciones de la motilidad de larga evolución. Este apartado es importante ya que los pacientes con deficiente funcionamiento somático pueden haber sufrido experiencias difíciles o haber tenido dificultades de relación con sus iguales, con la siguiente re-



percusión psicológica. Además, es conveniente explorar manifestaciones psicopatológicas como hiperactividad, tics, tartamudeos, miedos exagerados, terrores nocturnos, etc...

- Relaciones fraternales y de amistad durante la infancia. Este apartado nos permitirá conocer cómo se fue estructurando emocionalmente el paciente a través de la interacción con sus hermanos e iguales.
- Escolaridad. Debemos recoger la edad de comienzo y finalización de la etapa escolar; si en algún momento se realizó una valoración del cociente intelectual del paciente; tipo y cambios de colegio, así como motivos de los mismos; relación con sus iguales y con el profesorado, además de problemas disciplinarios e historia de acoso escolar; nivel de estudios máximo alcanzado, la existencia de absentismo escolar (predictor de determinados trastornos mentales en el adulto) y experiencia subjetiva de la escolaridad.
- Desarrollo psicosexual y menstrual. Se preguntará sobre problemas menstruales en todos aquellos casos en los que sea relevante encontrar la presencia de dismenorrea, menorragia excesiva, tensión premenstrual o menopausia. Conviene tener en cuenta, que algunos psicofármacos producen alteraciones de tipo amenorrea o galactorrea.
- Historia relacional y sexual. En cuanto a las relaciones sentimentales, se ha de examinar la duración, profundidad y estabilidad de las mismas, identificando si hay patrones repetitivamente anormales. Asimismo, se debe recoger información sobre las expectativas del paciente en cuanto a la relación, si el inicio fue voluntario o forzado por un embarazo (podremos inferir estos datos por las fechas de nacimiento de los hijos o por la presencia de abortos), cómo afronta la pareja las responsabilidades y cómo tienden a tomar decisiones. Se deben explorar las tendencias de la pareja en cuanto a dominancia, sumisión, confianza, fidelidad, celos, violencia, etc. En cuanto a las relaciones sexuales, el grado de exploración dependerá del motivo de consulta. Las preguntas habituales son acerca de la pubertad, primera masturbación, actitudes de los padres y familia ante la sexualidad, orientación sexual, edad de los primeros contactos sexuales, seducción sexual o abusos sexuales

durante la niñez, presencia de parafilias, nivel de impulso sexual, presencia de menopausia, etc. En caso de abuso sexual en la niñez, describir a qué edad ocurrió, si fue abordado por un conocido o por un desconocido, la repercusión conductual y afectiva del hecho, etc.

- Historia ocupacional. Debemos averiguar el tipo de trabajos ejercidos, la estabilidad de los mismos con la capacidad del paciente para mantenerlos (cambios laborales y motivos), su manera de entenderlos y vincularse a ellos, así como la relación con sus superiores y compañeros de trabajo. Valorar el grado de satisfacción del paciente con su historia laboral, así como si sus planes son realistas y adaptados a sus capacidades y si tiene recursos formativos y funcionales suficientes para poder optar y luego mantener un trabajo.
- Servicio militar.
- Historial delictivo. En caso de que el paciente tenga antecedentes delictivos deberá recogerse información sobre las penas cumplidas o por cumplir, historia de violencia...

↑ 10. EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA O EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

- Descripción general (aspecto, comportamiento general, reacción al contacto, actitud).
- Nivel de conciencia o vigilia.
- Orientación temporo-espacial.
- Atención y concentración.
- Memoria.
- Percepción.
- Pensamiento (curso y contenido).
- Lenguaje y habla.
- Psicomotricidad.
- Afectividad (estado de ánimo, expresión afectiva y adecuación).
- Sueño.
- Conducta sexual.
- Conducta alimenticia.
- Introspección (*insight*).

11. EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA

Comprende la exploración de: funciones superiores, pares craneales, fuerza y tono muscular, sensibilidad, reflejos, equilibrio y coordinación, marcha y movimientos anormales.

12. EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

12.1. FÍSICAS

Dirigidas a explorar el estado físico del paciente, en especial en relación con los aparatos y sistemas relacionados con el sistema nervioso central u otros. Permitirán realizar un despistaje orgánico de los síntomas psiquiátricos cuando se sospeche la existencia de una patología médica de base.

12.1.1. Pruebas analíticas

Analítica general que incluya pruebas tiroideas, renales, hepáticas, ionograma, niveles séricos de vitamina B₁₂ y ácido fólico, así como serología luética VIH.

12.1.2. Exploraciones neurofisiológicas

Electroencefalograma (EEG), cuya aplicación práctica consiste en la detección de clínica epiléptica, en especial epilepsia temporal, que puede remedar sintomatología psiquiátrica.

12.1.3. Estudios de neuroimagen

- De estructura:
 - Tomografía computerizada (TAC): constituye una prueba rutinaria de detección en muchos centros hospitalarios.
 - Resonancia magnética (RM): con una resolución de la imagen superior a la de la TAC, es más adecuada para estudiar la fosa posterior, el cerebelo y el tegumento mesencefálico, así como para detectar lesiones desmielinizantes (esclerosis múltiple).

Las indicaciones para solicitar TAC o RM son las siguientes: estado confusional, demencia de causa desconocida, primer episodio psicótico de causa desconocida, primer episodio de depresión o manía después de los 50 años, cambio de personalidad tras los 50

años, antecedente de traumatismo craneal reciente, anorexia nerviosa con gran pérdida de peso y síntomas de deterioro cognitivo.

- De función: para estudiar el metabolismo y flujo sanguíneo cerebral. Se utilizan actualmente para investigación, no siendo utilizadas de rutina.
 - Tomografía por emisión de positrones (PET).
 - Tomografía computerizada por emisión de fótón único (SPECT), de menor coste e inferior resolución que la anterior.

12.2. PSICOLÓGICAS

Orientadas a investigar aspectos del sujeto que pueden tener relación con la clínica o con la personalidad. Se pueden dividir en los siguientes instrumentos:

12.2.1. Test de eficiencia

- En clínica, los test más indicados son los referidos a la medición de la inteligencia. Pueden ser útil para comprender las reacciones del sujeto así como las limitaciones en sus responsabilidades y conductas, sin constituir un diagnóstico clínico específico. Entre dichos test se encuentran el Test de Matrices progresivas de Raven (valora la capacidad general de abstracción y razonamiento lógico), así como La Escala de inteligencia de Termin-Merrill para niños o la de Weschler para adultos (WAIS) (desde los 15 años).
- Menos valorados en clínica psiquiátrica son los test de aptitudes específicas y los test de rendimiento o ejecución.

12.2.2. Test de personalidad:

- Psicométricos: los más utilizados en clínica para establecer perfiles de personalidad. Entre ellos podemos citar los test de personalidad EPI, EPQ, 16PF, MMPI.
- Proyectivos (test de apercepción temática o TAT, test de Rorschach, test de la figura humana o HTP).

12.2.3. Pruebas de evaluación conductual

Son pruebas que recogen información sobre aspectos generales de la psicopatología del sujeto (GAS,



Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica o BPRS, Cuestionario de 90 Síntomas o SCL-90) o sobre aspectos específicos, como la ansiedad (Ansiedad-Rasgo de Spielberger, Escala de Hamilton para la Ansiedad o HARS), la depresión (Escala de depresión de Beck, Zung, Hamilton), el trastorno obsesivo (Leyton, Lynfield, Escala de Obsesiones y compulsiones de Yale-Brown o Y-BOCS), la esquizofrenia (Escala para Trastornos afectivos y Esquizofrenia o SADS), Inventario del Estado Psiquiátrico o PSS u otros.

No son válidas para realizar un diagnóstico clínico, sino como instrumentos de medición de aspectos específicos del trastorno o la respuesta terapéutica.

12.3. NEUROPSICOLÓGICAS

Hacen referencia al estudio de funciones psíquicas superiores, que pueden sufrir un deterioro en enfermedades psiquiátricas graves y, más frecuente y prolongadamente, en pacientes con trastornos orgánicos cerebrales. Existen test generales (test de Barcelona, CAMDE) y específicos (atención: Stroop o Test del Trazo; memoria: Figura Compleja de Rey-Osterrieth, Escala de Memoria de Weschler; funciones frontales: Test de Wisconsin de Evaluación Neuropsicológica mediante ordenación de tarjetas o WCST).

↑ 13. ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA (INCLUYENDO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL)

Una vez que se haya recogido la suficiente información durante la anamnesis, se procederá a plantear un diagnóstico diferencial en el cual no habrá que olvidar la patología orgánica. El diagnóstico que se realice deberá estar apoyado en las impresiones clínicas y en los datos que se hayan obtenido en la entrevista clínica.

El diagnóstico clínico suele establecerse con cierta rapidez. Por el contrario, el diagnóstico personal, que precisa conocer las características de personalidad (principales conflictos psicológicos y sus capacidades más sanas y adaptativas) y las peculiaridades socioambientales del sujeto, suele requerir un periodo de tiempo prolongado.

14. PLAN TERAPÉUTICO Y DE SEGUIMIENTO

El primer paso en la realización de un plan de tratamiento adecuado consiste en explicar de forma clara los objetivos diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación del tratamiento. Se tendrán en cuenta todos los tratamientos que pudieran resultar eficaces valorando en todos los casos el riesgo/beneficio de cada posibilidad terapéutica. En definitiva, cuanto más precisa haya sido la evaluación diagnóstica más acertada será la estrategia terapéutica.

15. EVOLUCIÓN

Debe registrarse la evolución del caso a través de las sucesivas visitas. De las mismas se extraerá información que la evaluación inicial no permita obtener, ya sea la respuesta terapéutica, la tendencia del cuadro clínico a la cronicidad, el grado de compromiso del paciente en el plan terapéutico etc...

16. EPICRISIS

Supone la constatación de una valoración general del caso, desde su inicio hasta el momento del alta. Deben constar los errores diagnósticos u otros, si los hubiere, así como la confirmación o no del pronóstico y la respuesta terapéutica.

RECOMENDACIONES CLAVE

Adecuar la entrevista a las características de cada paciente y del momento.

Mantener una estructura básica en la historia clínica que permita ordenar la información recogida.

Una historia clínica completa y bien estructurada favorecerá un diagnóstico y orientación terapéutica adecuados.

Descartar patología orgánica a través de la evaluación y las pruebas complementarias correspondientes.

17. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Gradillas Regodón V, Gradillas González V. La entrevista clínica. Barcelona: Ars Médica. 2006.

Kaplan HI, Sadock BJ. Sinopsis de psiquiatría. Ciencias de la conducta. Psiquiatría clínica. 9ª ed. Madrid: Waverly Hispánica. 2004.

Palomo T, Jiménez-Arriero MA. Manual de psiquiatría. 1ª ed. Madrid: Ene Life Publicidad. 2009.

Poole R, Higgs P. Psychiatric interviewing and assessment. New York: Cambridge University Press. 2006.

Vallejo Ruiloba J. Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría. 6ª ed. Barcelona: Masson. 2006.

18. BIBLIOGRAFÍA DE AMPLIACIÓN

Cervilla JA. Valoración y tratamiento del enfermo mental. Madrid: Ed. Arán. 2002.

Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. Habilidades de entrevista para psicoterapeutas. Bilbao: Desclée de Brouwer. 2002.

Goldberg D. Manual Maudsley de psiquiatría práctica. Madrid: Arán Ediciones. 2000.

Vallejo J. Psiquiatría en atención primaria. Barcelona: Ars Médica. 2005.

Scheiber SC. Entrevista psiquiátrica, historia clínica psiquiátrica y exploración psicopatológica. En: Hales RE, Yudofsky SC. Tratado de psiquiatría clínica. 4ª ed. Barcelona: Masson. 2004:155-87.