

Capítulo 16

Anamnesis y exploración del enfermo psiquiátrico

JOSÉ LUIS GONZÁLEZ DE RIVERA Y REVUELTA

HISTORIA PSIQUIATRICA

En la primera entrevista, el psiquiatra debe obtener información detallada sobre los síntomas de su paciente, sus particularidades Caracteriológicas y la naturaleza de aquellos estreses presentes y pasados que puedan jugar un papel en el desarrollo de la enfermedad actual. Parte de esta información será comunicada espontáneamente por el paciente, bien de forma directa, bien indirectamente, por su expresión al tratar ciertos tópicos, su evitamiento de otros, etc. Sin embargo, una parte importante de la información necesaria será obtenida sólo mediante la intervención del entrevistador, que ha de guiar insensiblemente al paciente hacia los temas de interés, y que son mínimamente desvelados mediante un gesto, una duda o un balbuceo. Raramente es necesario interrogar directamente, pero cuando se decide hacerlo, es esencial eliminar de la pregunta todo rasgo de agresividad o desaprobación, teniendo en cuenta que el paciente psiquiátrico puede ser hipersensible a las más tenues ofensas. En ocasiones una pregunta franca proporciona seguridad al paciente, que percibe el deseo del médico de conocer a fondo su situación, sin sentirse él mismo afectado o desbordado. Algunos pacientes, por ejemplo los depresivos con ideas de suicidio, se han visto ya rechazados por los comentarios amables de amigos, familiares e incluso médicos: «Animo, hombre, a mal tiempo buena cara» o «Alégrese, que no es para ponerse así», etc., son exhortaciones inútiles para el paciente seriamente deprimido, que sólo puede empezar a ver la luz cuando el psiquiatra muestra abiertamente su capacidad de compartir los pensamientos más negros del paciente.

Aunque la anamnesis debe proseguir un curso adaptado a las necesidades del enfermo, siguiendo sus asociaciones y permitiendo toda disgresión que no sea claramente un intento de entorpecer la entrevista, adoptaremos con fines expositivos un cierto orden lógico, que debe siempre tenerse en mente, aunque no lo sigamos con rigidez. Por otra parte, el orden escogido por el paciente, aquello que revela en primer lugar, tanto al principio de la entrevista como en respuesta a preguntas, lo que menciona de pasada u omite por completo, etc., tiene su importancia, y debe ser notado. Los temas dejados para el final de la entrevista suelen, casi invariablemente, ser los más delicados, y, con frecuencia, la clave para comprender el estado actual del enfermo. Cambios en el tono de voz, velocidad de elocución, interrupciones, olvidos, lapsus, además de signos más obvios de emoción, como sonrojamiento, manifestaciones neurovegetativas viscerales, llanto, etc., son evidencia de que el tópico en discusión está cargado afectivamente, y esta conexión debe ser retenida.

En ocasiones, la información acerca de ciertos detalles no es obtenida directamente del paciente, sino a través de otro informante. Cuando esto es así, es preciso explorar la actitud del informante hacia el paciente, su relación con él, y hasta qué punto la versión del informante puede estar influida por sus propios conflictos y necesidades más o menos inconscientes.

IDENTIFICACION

Es aconsejable iniciar la entrevista asegurándose de que el paciente está al corriente de nuestro nombre y especialidad, y anotando su nombre, dirección y teléfono, si esto no ha si-

do efectuado con anterioridad. Inquiriendo sobre quien, y por qué razón, ha dirigido el paciente hacia nosotros, podremos observar si hay en él alguna reticencia o temor exagerados hacia el psiquiatra. En ocasiones, puede resultar pertinente detenerse el tiempo necesario para clarificar las reticencias del paciente que acude en contra de su voluntad, forzado por familiares, etc. En estos casos, resulta ventajoso confrontar suavemente al paciente con la naturaleza de su situación, ofreciendo al mismo tiempo apoyo para explorar las razones de la actitud de los demás hacia él. Ante un paciente que asegura no necesitar en absoluto la visita de un psiquiatra, y que acude forzado o engañado por un agente exterior, una intervención eficaz es del tipo de: «Parece como si su padre (o su esposa, o el juez, etc.) no estuviera de acuerdo con usted y quieren que vea a un psiquiatra. Me pregunto cómo han podido las cosas llegar hasta el punto de meterle a usted en este lío». Al mismo tiempo que se establece una cierta alianza, se abren las puertas para tratar de las dificultades interpersonales con los allegados del paciente, discusión que sin duda ha de arrojar luz sobre la sintomatología del enfermo.

QUEJA PRINCIPAL

Cuál es el motivo o razón principal que lleva al paciente a acudir al psiquiatra. Generalmente esta es la parte más fácil para el paciente, que desea exponer sus síntomas, en ocasiones con un aparentemente exagerado lujo de detalles. Una exposición detallada de los síntomas, su progresión, las circunstancias que los desencadenan, empeoran o alivian, y todo lo que el paciente espontáneamente quiera relatar sobre ellos, debe ser bienvenido, puesto que nos permite empezar a hacernos una idea no solamente del síntoma en sí, sino del propósito que puede satisfacer en el proceso de adaptación a los demás, a las circunstancias o a las diversas corrientes de la vida interior del paciente.

Si el problema que es causa de la consulta existe desde hace ya algún tiempo, es interesante inquirir sobre los motivos que impulsan al paciente a venir, precisamente en el momento presente.

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

Esta fase se confunde insensiblemente con la anterior. Al inquirir sobre los síntomas accesorios o concomitantes del síntoma principal, se puede establecer con relativa facilidad cuando fue la última vez que el paciente se sintió relativamente bien, de qué manera comenzaron las molestias, en qué lugar, en compañía o en ausencia de quién, etc.

Es importante establecer en este punto la posible relación entre la aparición o agravamiento de los síntomas y cambios importantes en diversos aspectos de la vida, como en las responsabilidades laborales, relaciones interpersonales, separación o muerte de seres queridos, etc. Debe inquirirse, así mismo, sobre aquellas circunstancias o personas que parecen aportar alivio, y sobre las posibles maniobras o remedios ideados por el paciente, tratando de obtener las ideas o fantasías del sujeto sobre los fenómenos causantes de su estado.

La evolución de los síntomas desde su inicio hasta el momento de la consulta queda así establecida, incluyendo la descripción de molestias prodrómicas, si las hubiera. Además de los síntomas espontáneamente revelados por el paciente, es momento ahora de indagar sobre el estado de sus funciones vegetativas, buscando la posible existencia de hipersomnia o hiposomnia, y de qué tipo, anorexia o bulimia, cambios de peso, variaciones periódicas del humor y del nivel de energía, y, si resulta apropiado, del interés y actividad sexual. También debe establecerse el estado del nivel de adaptación social, preguntando por los cambios habidos en la vida de relación, modificación de la actitud afectiva frente a familiares y amigos, de la satisfacción y eficiencia

laboral, y del interés en la persecución de las distracciones habituales.

La actitud de las personas importantes en el entorno del paciente ante la condición de éste es un dato interesante que puede ser obtenido como corolario a la recapitulación de las molestias actuales. Aunque más adelante se efectuará una revisión de la historia clínica anterior, tanto psiquiátrica como médica, es útil preguntar ya al paciente si ha tenido molestias psíquicas en el pasado, y si éstas asemejaban en alguna manera a las presentes. Con relativa frecuencia, episodios sintomáticos tempranos han sido olvidados por los pacientes y familiares, o bien atribuidos a circunstancias estresantes, y no son mencionados a menos que se inquiera directamente. Al averiguar cómo desaparecieron las molestias anteriores, si el paciente fue tratado, es conveniente preguntar directamente cuál fue la información o explicación que recibió, así como cuál fue su relación con el médico tratante. En ocasiones, promesas y esperanzas insatisfechas, así como pronosticaciones excesivamente lúgubres, predisponen al paciente a ocultar o modificar partes de su relato, y pueden ser causa de bloqueos y dificultades en la comunicación con el psiquiatra.

HISTORIA CLINICA ANTERIOR

En primer lugar, y como continuación insensible del apartado anterior, se procede a revisar la historia psiquiátrica, determinando a qué edad fue el paciente visto por primera vez por un trastorno psiquiátrico, que tratamientos recibió y por qué condición diagnóstica, en qué medio fue tratado (ambulatorio, ingreso, hospitalización parcial), la frecuencia y duración de los episodios «morbosos», y el intervalo máximo de salud entre dos episodios. La revisión de la historia médico-quirúrgica debe incluir el consumo de medicamentos hechos por el paciente, en qué cantidad, con qué pauta, etc., así como el uso de sustancias psicótropas. Resulta fácil inquirir sobre el consumo de drogas intercaladamente con las

preguntas sobre el alcohol y el tabaco, y ello debe hacerse con todos los pacientes. Esta es también una buena oportunidad para captar la actitud del paciente frente a los fármacos, de donde podrá inferirse su potencialidad de adicción, su capacidad de cooperar en un tratamiento medicamentoso, etc.

En cuanto al resto de su historia clínica general, la profundidad y extensión que se busque depende naturalmente del tipo de problema que el paciente presente, de su edad, de su capacidad de recordar o de la existencia de otras fuentes de información, familiares o historias clínicas anteriores. Algunos psiquiatras cumplen con este capítulo muy someramente, como si su especialidad no tuviera nada que ver con el resto de las ciencias médicas. Sin embargo, las variaciones de salud tienen una gran importancia para la evolución de la vida psíquica, no solamente por su posible influencia en el funcionamiento cerebral, sino también, y sobre todo, porque episodios de enfermedad coincidentes con ciertos períodos del desarrollo pueden seriamente interferir con la maduración psicológica y originar pautas de comportamiento inadecuadas.

La historia de los trastornos tempranos es particularmente importante si el paciente está en la infancia o adolescencia, incluyendo los procesos morbosos sufridos por la madre durante el embarazo, las características del parto, el peso al nacer y el tiempo de gestación. Debe también averiguarse si hubo alguna evidencia de daño cerebral en el parto, si el niño necesitó administración de oxígeno, estancia en incubadora, o si existió alguna otra condición patológica o anormal en la primera infancia.

Al inquirir sobre las enfermedades y operaciones sufridas desde la infancia, debemos tratar de precisar la edad aproximada en que acaecieron, y la reacción que suscitaron en el paciente y en su entorno (familia, escuela, grupo de amigos, etc.). Particular atención ha de prestarse a trastornos crónicos y enfermedades largas o que requirieron convalecencia prolongada, por la notable influencia que pue-

den ejercer en la maduración psíquica y en el desarrollo de los procesos de socialización, al interferir con las pautas normales de comportamiento familiar, estudios, recreación, etc.

La historia neurológica no debe faltar nunca, inquiriendo directamente al paciente sobre la ocurrencia de traumatismos craneales o generales susceptibles de provocar contusiones cerebrales, episodios de pérdidas de conocimiento, amnesia, desorientación témporo-espacial, mareos o desvanecimientos, somnolencia, convulsiones, trastornos visuales (tales como diplopia o destelleos) audición de silbidos o zumbidos, dificultades con la palabra hablada o escrita, incontinencia esfinteriana, temblores, dificultades motrices y alteraciones de la sensibilidad.

HISTORIA FAMILIAR

Excepto cuando contemos con documentación clínica fidedigna, es difícil establecer con certeza un diagnóstico basado en los datos patológicos que el paciente puede aportarnos sobre miembros de su familia. La historia clínica familiar es, sin embargo, una pieza interesante por la contribución que puede prestar a la valoración diagnóstica del caso presente, además de aportar material para la investigación del papel que factores genéticos puedan jugar en diversos trastornos psiquiátricos y para la elaboración de nuevos sistemas de clasificación que tienen en cuenta la historia familiar. Este tipo de información puede ser ofrecido directamente por el paciente, en ocasiones a modo de disculpa de su propia patología, o bien ocultado, requiriendo toda la habilidad del interrogador para que sea puesto de manifiesto. No es infrecuente que en la manera de presentar la historia clínica familiar se desvelen aspectos importantes de la actitud del paciente hacia sus familiares, pasando así insensiblemente al interrogatorio sobre la cultura familiar.

CULTURA FAMILIAR

La cultura familiar es el conjunto de ideas,

actitudes, modos de relacionarse dentro y fuera de la familia, y la imagen que la familia, de común acuerdo, trata de proyectar en el mundo exterior. Como en toda observación cultural, los rasgos más distintivos e idiosincrásicos pueden pasar desapercibidos para el que vive inmerso en ellos, y el paciente puede deformar su historia, precisamente para ajustarse a los dictados de una cultura familiar deshonesto o contradictoria. El entrevistador debe estar atento a las discrepancias internas del relato, y a las diferencias entre lo afirmado por el paciente y la evidencia objetivable. Presentar como «abnegada y siempre preocupada por nosotros» a una madre de la que, por otros datos de la historia o por haberla entrevistado, sabemos que posee una estructura fóbica con alto nivel de ansiedad, muestra una posible discrepancia entre la realidad (mujer fóbica incapaz de separarse de sus hijos) y la fantasía familiar (mamá siempre tan preocupada por nosotros abnegada y sacrificada). Como norma general, no es conveniente confrontar al paciente, en una primera entrevista, con estas posibles discrepancias, que constituyen, sin embargo, un material de suma utilidad para comprender sus mecanismos psicopatogénicos.

Como la cultura familiar es, hasta cierto punto, reflejo de un contexto cultural más amplio, se iniciará esta sección solicitando del paciente una descripción del medio en que nació y en que fue criado (país o provincia; medio rural o urbano; sector de la ciudad) estado socioeconómico de la familia, etc., notando los cambios importantes de estas variables a lo largo de su vida. Es importante saber la composición de la familia de origen, atmósfera familiar, naturaleza de las relaciones intrafamiliares, alianzas entre hermanos o entre el paciente y uno de los progenitores, envidias, «preferidos», etc.

Al inquirir sobre los padres, es interesante notar de cuál de los dos el paciente habla primero, y cómo los describe. De esta parte del relato se puede conocer no sólo la personalidad de padres y hermanos, su ocupación y

modo de vida, sino también su particular relación con el paciente, observando sus gestos, expresión, tono de voz, etc., según nos habla de unos y otros. Por supuesto, que en ocasiones en que otras personas han desempeñado una influencia notable en el desarrollo del paciente, por ejemplo, abuelos, tíos, hermanos mayores, etc., los mismos datos deben obtenerse de esas personas. Cuando el paciente no ha sido criado con su familia de origen, es importante saber a qué edad se produjo la separación, y por qué. En estos casos, lo mismo que cuando ha habido pérdida de un progenitor por muerte o separación de los cónyuges, puede ser interesante obtener las fantasías del paciente sobre cómo hubiera sido su vida sin estos hechos.

Una vez comprendida la particular cultura de la familia de origen, puede inquirirse sobre la familia actual, tratando de averiguar el mismo tipo de variables, la relación del paciente con su cónyuge, con sus hijos, etc. Según la edad y la problemática del paciente puede variar este orden, y no es extraño que se intercalen en su discurso reminiscencias de su familia de origen y descripciones de la actual. Cuando esto ocurre, es una buena oportunidad para notar las identificaciones que tienen lugar, por ejemplo, entre el paciente y uno de sus padres, o con uno de sus hijos, o del cónyuge con uno de los padres, etc. Este tipo de identificaciones es particularmente útil para entender las posibles desavenencias o dificultades que puedan presentarse en la familia actual.

HISTORIA PERSONAL

Esta es, propiamente, la biografía del paciente, tomada no solamente desde el punto de vista actual, sino también y sobre todo, desde el punto de vista de su vivencia íntima frente a los hechos. Es difícil dar una guía para esta parte de la entrevista, pero podemos establecer, por motivos didácticos, una serie de divisiones, en las que indicaremos aquellos aspectos importantes que, si no se mencionan

espontáneamente por el paciente, deben ser inquiridos.

Desarrollo

En cada edad hay una serie de tareas a efectuar y dificultades a superar, y fracasos en ciertas fases de la vida pueden ser arrastrados hasta mucho más tarde, originando síntomas que, en un análisis superficial, parecen totalmente desconectados de esos hechos tempranos. Veremos por orden cronológico estos aspectos:

a) Nacimiento e infancia: Puede ser importante, sobre todo si el paciente es joven, saber si el parto fue normal, o por el contrario, difícil o prematuro, así como el estado de salud y edad de la madre y demás circunstancias del nacimiento. De particular interés son las ideas del paciente sobre la actitud de deseo o rechazo con que los padres esperaban su llegada. Esta fase de la historia puede ser un buen momento para preguntar por la memoria más temprana del paciente, generalmente recuerdos de la edad infantil. No es infrecuente que ya en la primera infancia el niño forme una idea, o decisión, de cómo ha de ser su vida. En ocasiones, los cuentos predilectos en esta etapa de la vida pueden dar una clave para entender aspectos del desarrollo posterior. También debe inquirirse sobre la existencia de rasgos neuróticos infantiles: rabietas, dificultad con la comida, terrores nocturnos, timidez exagerada con extraños, miedo exagerado a la oscuridad, animales, tormentas...; rasgos de crueldad con animales u otros niños; enuresis o encopresis, entre otros.

b) Edad escolar: Esta es una etapa importante para la adaptación al mundo extrafamiliar, a la escuela. Es importante buscar evidencia posible de absentismo escolar o de fobia a la escuela, averiguar las pautas de relación con maestros y compañeros. ¿Algún maestro o compañero es recordado de manera especial? ¿Había, o no, facilidad para trabar amistades? ¿Se burlaban de él los compañeros? ¿Se sintió en alguna ocasión humillado o castigado injustamente? Eran los castigos fre-

cuentos o no? ¿Por qué razones? ¿Hay historia de hurtos, piromanía, tendencia a mentir...?

c) Adolescencia: De esta fase, en que lo fundamental es la formación de la propia identidad, en contradicción con la identidad paternal, es importante conocer las pautas de socialización, relaciones con la familia (¿hubo una rebeldía excesiva, o por el contrario una sumisión exagerada?), y los posibles cambios de actitud y personalidad. Al inquirir sobre las pautas de socialización, debemos buscar el grado de actividad y participación en los diversos grupos, el papel desempeñado (de líder, seguidor, payaso, chivo expiatorio...) así como una idea de sus primeros amoríos, peleas, enemistades, planes y proyectos... Es importante saber asimismo si hubo o no uso de drogas, y cuál era la actitud frente a ellas y otros tóxicos.

d) Edad adulta: A esta fase pertenece el desarrollo de estudios superiores, la entrada en el mundo laboral y la formación de la familia. La eficacia y satisfacción en el trabajo es un importante índice de la adaptación a la vida adulta, así como la adaptación y satisfacción matrimonial. Por su importancia, la historia académica, laboral y sexual se considera en epígrafes aparte.

e) Vejez: Adaptación a la llamada «tercera edad». ¿Ha habido disminución de sus capacidades? ¿De cuales? ¿Cómo reacciona ante ello? Averiguar su reacción frente a las pérdidas propias de la edad, económicas, de posición, casamiento de los hijos, retiro, viudez, fallecimiento de amigos y familiares... ¿Es la reacción de duelo exagerada, o por el contrario, aparentemente inexistente?

Educación

¿Dónde se realizó? Tipo de escuela de educación básica y media. ¿Hubo cambios de escuela? ¿Por qué? ¿Hubo períodos de régimen interno? ¿Por qué motivo? Grado alcanzado (bachillerato, universidad, etc.). Edad de terminación de los estudios. Si había aspiraciones académicas, ¿fueron satisfechas o no?

¿Por qué? (falta de medios, fracasos repetidos en los exámenes, oposición de los padres, etc.). Actitud de los progenitores y del paciente ante sus estudios. Razones para interrumpir los estudios, y sentimientos al respecto.

Trabajo

Edad al primer empleo. Cambios de trabajo, y por qué motivos (despido, promoción, etc.). Sentimientos y actitudes frente a los diversos empleos. Grado de satisfacción en el trabajo. Relación con superiores y compañeros. Actitud general frente a la autoridad, y habilidad para desempeñar puestos de autoridad y responsabilidad.

¿Cuáles son sus aspiraciones laborales en la actualidad? ¿Han sido siempre las mismas? ¿Qué le gustaría ser o hacer? ¿Lleva buen Camino de conseguirlo? Finalmente, ¿hasta qué punto su empleo actual y sus aspiraciones parecen estar en armonía con sus aptitudes y personalidad?

Sexualidad

Desarrollo de sus conocimientos y actitudes frente a la sexualidad. Etapas de desarrollo físico (Menarquia...). Primeras experiencias sexuales, edad y circunstancias. Descubrimiento de la masturbación, a qué edad, por qué medios. Pautas de masturbación, y reacción frente a ello (ocasional, diaria... culpabilizadora, aliviadora de tensión...).

Historia de las relaciones sexuales. Tipo de relaciones (promiscuas, sostenidas, exclusivas, etc.). ¿Ha habido algún episodio de violencia sexual? Grado de adecuación sexual (impotencia, frigidez, etc.). ¿Ha habido alguna manifestación homosexual, u otro rasgo de perversión sexual? (fetichismo, etc.), ¿cuál es la reacción frente a ello? (de vergüenza, protesta, etc.).

En esta parte de la historia es importante poder llegar a hacerse una idea si la sexualidad se ejerce por si misma, por el placer directo que produce, o se utiliza como escape o

satisfacción vicariante. Esto último es particularmente frecuente en los casos de promiscuidad, masturbación compulsiva, perversiones. Se debe explorar también la actitud ante el embarazo y la posibilidad de paternidad o maternidad, el uso de métodos anticonceptivos, etc., así como evaluar la importancia relativa de la sexualidad para su vida en general.

Matrimonio y familia

Nombre, edad e información general sobre el cónyuge. Fecha y circunstancias del matrimonio. Datos sobre el noviazgo, duración, cómo se conocieron, etc. Noviazgos anteriores y su relación con el definitivo.

Atmósfera familiar general y grado de satisfacción en el matrimonio. Si hay discordias familiares, indagar sobre la frecuencia, gravedad y motivos de confrontación. Participación del cónyuge en la vida social y laboral del paciente. Número de hijos, edades, tipo de relación con ellos.

Actividades sociales

Tipo de vida social (retirada, activa, etc.). Afiliación y participación en organizaciones religiosas, deportivas, laborales, intelectuales, sociales...

Tipo de amistades (compañeros de trabajo, amigos de la infancia, de su misma edad, más jóvenes o más viejos, individuales o del matrimonio, etc.).

Hábitos de vida

Vida regular o no. Existencia de horario fijo para comer, dormir, levantarse...

Costumbres o rutinas importantes, sobre todo si son poco corrientes. Otras diversiones e intereses, y tiempo dedicado a ellos.

Uso del alcohol, del tabaco, de drogas y de café.

Religión

Afiliación religiosa. Grado de entrega a su ideología religiosa. Actitudes de la familia

frente a su vida religiosa.

Notar si ha habido episodios de «conversión» religiosas, cuándo, de qué manera y cuáles fueron sus consecuencias.

(Incluir aquí creencias e intereses por filosofías esotéricas, orientales, meditación, reencarnación, espiritismo, etc.).

Situación económica

Procedencia de sus medios económicos: salario, negocio o profesión, mantenido por la familia, rentas, etc.

Relación de sus aspiraciones con sus medios económicos. Preocupaciones financieras, justificadas o no.

Situación social. Modo de vida

¿Considera el paciente que vive mejor o peor de lo que le corresponde? ¿Dónde vive? Espacio y distribución de la vivienda. ¿Es adecuada a las necesidades de la familia o no? Grado de satisfacción con su hogar y vecindario.

EXAMEN CLINICO PSIQUIATRICO

El examen clínico psiquiátrico consiste en la investigación y registro de signos de enfermedad mental, rasgos de carácter y pautas de conducta. En psiquiatría una exploración objetiva es difícil, a causa de la naturaleza generalmente funcional de los trastornos. Sin embargo, mucho puede conseguirse con una técnica correcta de entrevista, una observación minuciosa y un conocimiento detallado de que es lo que se quiere buscar.

El examen físico con todas sus pruebas complementarias es importante, especialmente en casos en que cabe sospechar una endocrinopatía más o menos larvada, un problema neurológico o una disfunción cerebral de causa intrínseca o sistémica. El examen psiquiátrico propiamente dicho se va realizando todo a lo largo de la entrevista, sin solución de continuidad brusca entre la indagación sintomática y la exploración psíquica. Es sólo por razones de organización que hemos separado

estos dos aspectos de la entrevista en secciones diferentes. Por las mismas razones, vamos a exponer a continuación las distintas áreas a explorar sistemáticamente, sin que ello quiera decir que en el contacto directo con el paciente deba seguirse una pauta rígida, con desprecio de sus necesidades e intereses.

ASPECTO Y ACTITUD GENERAL

Se notará aquí la continencia general del paciente y la facilidad con que establece contacto con el entrevistador y otras personas presentes. El aspecto físico también es importante, sobre todo si hay en él rasgos desacomodados de belleza o fealdad, obesidad o delgadez excesivas, estatura anormalmente alta o baja, etc. Se observará a qué grupo tipológico puede adscribirse al paciente por sus rasgos físicos: asténico, de rasgos finos y estilizados, pícnico, de rasgos redondeados y cuello y extremidades cortas, atlético, de textura musculosa y espalda ancha. Debe también estimarse si la edad aparente coincide con la que realmente tiene, o si por el contrario el paciente parece más joven o más viejo. La vestimenta y acicalamiento deben ser inspeccionados notando su grado de limpieza, meticulosidad, abandono, excentricidad, etc. Se notará si la postura es rígida y tensa, con cambios frecuentes, espontánea o artificiosa, relajada y casual, etc., así como la existencia de gestos simbólicos, posturas y gestos estereotipados peculiares o rituales. En la expresión facial se observará si ésta varía de manera espontánea y apropiada a la conversación, o si por el contrario permanece inmóvil, rígida, con gestos inapropiados, etc., así como si muestra características especiales como arrobamiento, desconfianza, aprensión, rubor, etc. En la sonrisa se observará si la expresión de los ojos acompaña a la boca, o si se trata meramente de un rictus más o menos convincente, y si aparece como manifestación de humor, afecto, falsedad, o de manera inapropiada, para eliminar tensión, etc. Similarmente, con la

risa se notará si ésta es espontánea y genuina, o bien forzada, grosera, fuera de lugar, etc.

MOTRICIDAD Y LENGUAJE

La marcha y gesticulación del paciente pueden revelarnos alteraciones espontáneas de su motricidad. Pueden así observarse tics, producidos por contracciones, repentinas e involuntarias de pequeños grupos musculares, en cuya producción parece contribuir una conjugación de factores emocionales y orgánicos, constitucionales o adquiridos. El temblor estático, que puede presentarse en las manos, cabeza, porción superior del tronco, y piernas, estando el sujeto en reposo puede presentarse en pacientes muy angustiados y también en aquellos con Parkinsonismo, tirotoxicosis, y alcoholismo. Los temblores que acompañan a enfermedades orgánicas pueden variar en intensidad de un día a otro y empeorarse con la tensión emocional, por lo que cuando un temblor aparece o se agrava durante fases ansiógenas de la entrevista, no se puede concluir que es psicógeno. El temblor intencional es el que se produce cuando el paciente está a punto de terminar un movimiento voluntario, y es característico de enfermedades del cerebelo. Es importante recordar que temblores de tipo parkinsoniano, espasmos y distonías musculares, e intranquilidad motora, con incapacidad de permanecer sentado, pueden ser expresión de reacción medicamentosa en pacientes tratados con neurolépticos.

Han de observarse también los movimientos inducidos en el paciente en respuesta a acciones del entrevistador.

Algunos enfermos muy sugestionables, repiten inconscientemente movimientos del entrevistador, sin que llegue propiamente a constituir ecopraxia, de la misma manera que algunos pacientes angustiados tienden a repetir las últimas palabras de una pregunta antes de responder, sin que ello constituya ecolalia. Estos pacientes con inclinación inconsciente a la imitación, suelen también presentar tenden-

cia a modificar su historia para ajustarla a lo que parecen ser las expectativas del psiquiatra.

Además de los movimientos anormales e idiosincrásicos, ha de observarse el grado general de motilidad, así como su posible variabilidad durante la entrevista. Así, un paciente inmóvil puede repentinamente desarrollar una gran actividad, gesticulando, y recorriendo la habitación al tratar sobre determinado tópico.

En cuanto al lenguaje, se observará si el paciente habla demasiado lento o demasiado rápido, demasiado alto o demasiado bajo, en tono de voz monótono, o discordante, y si existen variaciones de éstas características a lo largo de la entrevista. En ocasiones, puede tener dificultad en encontrar palabras, o presentar defectos característicos, tales como tartamudez, pronunciación indistinta, etc. Cuando hay sospecha de accidentes cerebrovasculares, tumores cerebrales, traumas u otras lesiones, es preciso realizar una investigación detallada del lenguaje, ya que con frecuencia las posibles anormalidades no son obviamente aparentes en un examen superficial. Las pruebas clínicas para las afasias, apraxias y agnosias son descritas en la sección correspondiente.

ESTADO EMOCIONAL

Observar si existe congruencia entre el estado del ánimo y las manifestaciones motoras y verbales correspondientes. Cuando el paciente revela, espontáneamente o en respuesta a nuestras preguntas, sensaciones de angustia, depresión, perplejidad, apatía, tensión, irritabilidad, anhedonia, etc., es importante notar hasta que punto tales manifestaciones subjetivas se corresponden con datos objetivos de su comportamiento, expresión facial y lenguaje. Igualmente, hay que notar la aparición de fenómenos somáticos, tales como rubor facial, respiración, llanto, etc., así el tópico en relación con el cual aparecen. Se dice que el afecto es plano o sin relieve cuando el sujeto manifiesta todas sus quejas en un tono monótono,

sin los altibajos y cambios de emoción que son habituales en un sujeto normal, en especial cuando habla de temas de gran importancia personal. Por el contrario, la labilidad afectiva consiste en el cambio frecuente, repentino, y, en ocasiones, exagerado de un estado afectivo a otro. En la exploración de un afecto depresivo, es importante evaluar la respuesta del paciente a juegos de palabras, bromas o chistes, introducidos en la entrevista de manera casual, y sin precisar que se trata de un test. Similarmente, en la exploración del afecto angustioso se tratará de ver la respuesta afectiva del paciente a los intentos de calmarle, sin cambiar de tópico; a los cambios de tópico; y a la reintroducción de un tema que sabemos ansiógeno para él. Todo a lo largo de la entrevista, tratará de obtenerse una valoración del grado de comunicación afectiva o empatía que es posible establecer con el paciente. En caso de que el grado de empatía se considere pobre, el entrevistador debe realizar un esfuerzo para identificar si el defecto radica en el paciente, como es el caso de ciertos trastornos narcisísticos del carácter y ciertas esquizofrenias, o en su propia dificultad para relacionarse con determinados rasgos caracteriológicos o formas morbosas.

INTELIGENCIA

Esta es una parte de la exploración clínica que se olvida con frecuencia. Independientemente de que se solicite o no una valoración psicológica de la inteligencia, el clínico puede hacer una apreciación aproximada basándose en elementos tales como el uso de vocabulario, el grado de educación, la historia laboral, y la capacidad de abstracción del sujeto. Esta última propiedad de la inteligencia se halla también afectada en las lesiones orgánicas cerebrales generalizadas, y en ciertas formas de esquizofrenia. La forma habitual de valorar la capacidad de abstracción consiste en preguntar al paciente el significado de dos o tres refranes, o en preguntarle qué es lo que tienen de común elementos diferentes de un mismo

grupo, por ejemplo un perro y un caballo (que son animales) o una mesa y un armario (que son muebles). Respuestas tales como «tienen cuatro patas» o «que son de madera» revelan una capacidad de abstracción insuficiente. Otros rasgos de inteligencia pueden valorarse por la rapidez con que el paciente comprende nuestras indicaciones, su comportamiento general durante la consulta, etc. Es importante tener en cuenta que un grado extremo de ansiedad puede inhibir de manera significativa las capacidades intelectuales.

ASPECTOS FORMALES DEL PENSAMIENTO

Se valoran principalmente a partir del lenguaje, del que debemos anotar algunos ejemplos textuales para ilustrar nuestras inferencias sobre los procesos mentales subyacentes. Observamos en primer lugar la riqueza y espontaneidad del lenguaje, su grado de coherencia o incoherencia, y hasta qué punto resulta apropiado y eficiente para transmitir ideas. Entre los trastornos cuantitativos del pensamiento, tenemos la aceleración de su curso, que puede llegar a manifestarse en verborrea, acompañada o no de agitación psicomotriz. El grado máximo de aceleración conduce a la llamada fuga de ideas, en las que éstas se agolpan y continúan de manera a veces irrelevante, sin objetivo fijo, pero manteniendo la asociación lógica entre sí. De signo contrario es la inhibición o retraso del curso del pensamiento, con pobreza de asociaciones, que puede llegar hasta el estupor ideativo. Los aspectos cualitativos del pensamiento se estudian a lo largo de la entrevista, en busca de posibles rasgos de desorganización. En su grado más leve, podemos encontrarnos con frases bien construidas y dotadas de significado, pero que guardan poca relación unas con otras. Este trastorno ligero de la asociación ideativa puede pasar desapercibido con facilidad, y el entrevistador se encuentra con la extraña sensación de no entender a un paciente que se expresa de manera en apariencia nor-

mal. Hay que distinguir esta sensación del aburrimiento o desinterés inducido por el discurso reiterativo y minucioso del obsesivo, perdido en detalles irrelevantes que fatigan la atención, o de la exasperación inducida por el paciente circunstancial, que relata una sucesión incansable de sucesos y circunstancias, sin jamás llegar a ninguna conclusión. Siempre que se presenten éstas alteraciones, es conveniente hacer notar con delicadeza al paciente nuestra dificultad en seguir el curso de su pensamiento, tratando de ayudarlo a superar esta barrera en la comunicación.

En grados más severos de desorganización, la falta de asociación lógica entre las frases resulta evidente, así como la desestructuración gramatical interna de las mismas. En ocasiones, el trastorno cualitativo del pensamiento se manifiesta por una interrupción brusca en el transcurso del mismo, adoptando el paciente una expresión ausente, y reanudando su discurso en el mismo punto en que lo terminó o en otro completamente diferente, segundos más tarde. Este bloqueo del pensamiento, que, si es genuino, parece ser patognomónico de la esquizofrenia, no debe confundirse con una ausencia epiléptica, ni con el «perder el hilo» característico de ciertos estados neuróticos, o de situaciones de gran fatiga o ansiedad. Otras características formales del pensamiento que deben explorarse es la capacidad de cambiar de tópico de manera fluida. En un extremo podemos encontrar el pensamiento rígido, incapaz de aceptar ninguna idea nueva o diferente de las suyas, ni comprender líneas de asociación mental que no sean las propias. Nuestras intervenciones a lo largo de la entrevista nos dan sobrada ocasión de evaluar este rasgo, así como el aspecto contrario de excesiva plasticidad del pensamiento, característica de sujetos altamente sugestionables, que con gran facilidad adoptan los pensamientos de los demás como propios. En una entrevista cerrada, de tipo policial, con frecuentes preguntas en las que claramente se insinúa un síntoma, éstos últimos pacientes tienden a dar respuestas falsamente

positivas, llevados de su deseo inconsciente de complacer al entrevistador. Un trastorno particularmente importante de la flexibilidad del pensamiento es la perseveración o repetición inapropiada de elementos ya mencionados. Esta alteración, característica de los síndromes orgánico-cerebrales generalizados, puede manifestarse por la simple repetición de un tema o conjunto de temas, o por la repetición a una nueva pregunta de la respuesta dada a la pregunta anterior.

CONTENIDO DEL PENSAMIENTO

A lo largo de la entrevista van apareciendo de manera natural los temas centrales de preocupación del paciente, cuya importancia puede graduarse por el énfasis, intensidad emocional, y extensión con que se elaboran. Hay que tener en cuenta sin embargo, que, con relativa frecuencia, temas muy importantes no son revelados espontáneamente, bien por evitación consciente o por rechazo inconsciente del mismo. Cuando un tópico que sabemos, o suponemos, importante para la vida del paciente no es mencionado o sólo lo es marginalmente, es importante hacérselo notar, observando a continuación sus reacciones al entrar en este tema. Las preocupaciones del paciente pueden parecer perfectamente razonables, o en ocasiones tener un tinte claramente anormal, bien por lo inhabitual (prácticas de brujería, reencarnación, etc.) o por su intensidad (preocupación exagerada por limpieza, los insectos, etc.). Por supuesto que, a juzgar sobre la normalidad del contenido mental, han de tenerse en cuenta las circunstancias sociales y culturales del paciente. Esto es particularmente importante en la valoración de las ideas delirantes, que pueden definirse como una convicción inamovible que no se ajusta a la realidad y que no es compartida por el medio habitual del individuo. Muchas creencias religiosas pueden ser consideradas como delirantes, fuera de su contexto, lo cual hace particularmente difícil la valoración de ciertos síntomas que pueden presentarse en adeptos a las

nuevas culturas esotéricas de tan reciente y rápido desarrollo. Las ideas fijas o las ideas sobre valoradas no constituyen ideas delirantes, propiamente dichas, aunque deben ser anotadas y cuidadosamente exploradas evaluando el grado de distorsión de la realidad que representan, así como la tenacidad con que el paciente las mantiene. Las ideas de referencia, muy frecuentes en ciertos neuróticos, consistentes en impresión de ser observado, despreciado, etc. deben ser diferenciadas del delirio persecutorio propiamente dicho, característico de las psicosis. Con relativa frecuencia, el paciente no revela espontáneamente la existencia de fobias, obsesiones, e ideas delirantes, por lo que suele ser conveniente interrogar directamente sobre estos aspectos en el momento apropiado.

Es de particular interés evaluar el concepto que el paciente tiene de sí mismo, de sus potencialidades, y de su situación. Este dato se obtiene fácilmente en el contexto general de la entrevista, o bien con preguntas indirectas tales como «Ahora tal vez podría hablarme usted de sí mismo». Otro aspecto del contenido mental que ha de explorarse siempre es la posible existencia de ideas, preocupaciones o propósitos destructivos contra sí mismo o los demás. El riesgo de suicidio no se restringe solamente a los depresivos, si no que también puede encontrarse en otros grupos diagnósticos tales como esquizofrénicos, alcohólicos, y neuróticos con tendencia a la despersonalización. Una pregunta sobre la existencia de ideas de suicidio no debe hacerse nunca a boca jarro y sin empatía, si no que debe insertarse dentro de un contexto apropiado. Por otra parte, no es excusable desdeñar este tópico por miedo a alarmar al paciente, sobre todo si otros datos de la entrevista sugieren un posible peligro. Además de ser una información importante para planear el tratamiento, muchos pacientes que experimentan intensa angustia acerca de ideas destructivas, encuentran franco alivio al poder confiarse a un médico que desea escucharles.

PERCEPCION

Los trastornos de la percepción se presentan en distintos grados de intensidad y persistencia, y muchas veces no son relevados espontáneamente por el paciente. En el interrogatorio, es conveniente investigar primero las simples variaciones en la intensidad de las percepciones, por ejemplo la posible existencia de hiperacusia, hiperalgesia, anestesia, micropsias, etc., continuando con preguntas referentes a trastornos de severidad creciente, ilusiones, confusión persistente de unas personas con otras, y alucinaciones. Las alucinaciones, a diferencia de las ilusiones, ocurren en ausencia de estímulo externo. Cuando existen, es importante mostrar nuestro interés y permitir al paciente explayarse en detalles sobre su contenido, las circunstancias asociadas con su aparición, las variaciones en su intensidad, etc. Es asimismo importante explorar la credibilidad y significado que el paciente les otorga, y el estado emocional de que se acompañan.

A continuación se ofrecen algunos ejemplos de preguntas destinadas a la investigación de las alucinaciones:

1. *Auditivas.* ¿Alguna vez tiene la sensación de zumbido en sus oídos? ¿y ruidos? ¿Alguna vez tiene usted la impresión de oír a alguien hablándole? ¿Dónde?, ¿cuándo?, ¿en alguna ocasión particular? Cuando tiene la impresión de que le hablan, ¿las voces son bajas, altas, claras? ¿Son voces de hombre o de mujer?, ¿la reconoce usted?, ¿qué es lo que dicen exactamente?, ¿son para usted placenteras o desagradables?, ¿tiene usted idea de cómo explicar esas cosas?

2. *Visuales.* ¿Alguna vez tiene la impresión de ver sombras, luces y cosas así?, ¿con los ojos abiertos o cerrados?, ¿de noche o durante el día?, ¿dónde?, ¿en qué ocasiones?. Hábleme exactamente de lo que ve. ¿Qué actitud parecen tener esas cosas o personas hacia usted? ¿Cómo puede usted explicar esos fenómenos?, etc.

3. *Gustativas.* ¿Tiene usted a veces sabores

peculiares en la boca? ¿Amargo, agrio, metálico? ¿Alguna vez ha tenido la impresión de que su comida habitual ha cambiado de sabor?, etc.

4. *Olfatorias.* ¿Le molestan a veces olores extraños o desagradables? ¿Tiene usted necesidad de lavarse con frecuencia? ¿Alguna vez ha notado olores de éter o de algún gas o humos, etc.? ¿Cómo puede usted explicar esas cosas?

5. *Orgánicas.* ¿Siente presiones, calambres, adormecimientos? ¿Tiene a veces la impresión como si algún hueso estuviera roto, o algún órgano dañado? ¿Hay alguna sensación sexual extraña? ¿Tiene usted la impresión de que alguien o algo está influyendo en usted? ¿Tiene a veces sensaciones de electricidad, vibraciones, o algo parecido recorriendo su cuerpo? ¿Tiene la impresión de que alguna parte de su cuerpo ha cambiado de tamaño, de forma, etc.?

6. *Cenestésicas.* ¿Siente a veces como si su cuerpo estuviera cambiando de posición o de sitio? ¿Tiene alguna sensación extraña en las articulaciones o en sus músculos?, etc.

También son posibles los trastornos de la percepción de sí mismo, referentes al cuerpo, como a veces se ve en los delirios hipocondríacos y depresivos, o referentes a las vivencias anímicas. La sensación de despersonalización corresponde a una alteración en la percepción de sí mismo, generalmente transitoria y propia de estados de gran ansiedad y que a veces puede ser descrita por el paciente como «Verlo todo a través de un cristal», «Sentirse dentro de una pecera», «Verlo todo muy raro», «Como si no estuviera allí», etc.

Un trastorno especial de la percepción, que puede ser una exageración de la relación transferencial establecida con el médico, consiste en dirigirse a éste como si se tratara de una persona importante en el pasado del paciente, llegando incluso a utilizar su nombre. Esta misidentificación es más frecuente, aunque no exclusiva, en pacientes con lesiones cerebrales orgánicas generalizadas, y suele ser transitoria y corregible con facilidad. Muy

diferente es la idea delirante de que el psiquiatra es en realidad el hermano, el jefe, el padre, etc., del paciente, hábilmente disfrazado.

VOLUNTAD

Esta es un área del estado mental que queda con frecuencia sin explorar. Debe comenzarse por indagar las dificultades que el paciente experimenta en funciones habituales, tales como levantarse por la mañana de la Cama, realizar tareas diversas, etc. Dos grados extremos de anomalía en la intensidad de la voluntad pueden identificarse: La abulia, que se manifiesta como falta de motivación e interés y la hiperbulia, generalmente manifestada por un excesivo deseo de control y necesidad de imponer las propias exigencias y criterios. Debe notarse asimismo el grado en que el paciente considera que la voluntad es necesaria para la organización general de la vida, y cuantas funciones naturales él ha de desarrollar «a la fuerza» tales como pasear, jugar con sus hijos, comer, entablar conversación, etc.

Un grado más severo de trastorno de la voluntad consiste en los fenómenos de pasividad, caracterizados por la sensación de que elementos de la propia actividad, movimientos, pensamientos, sentimientos, etc. no están en absoluto bajo el propio control, sino que son gobernados por una voluntad ajena, que influye desde el exterior. Cuando estas sensaciones están presentes, ha de explorarse la interpretación que el paciente les da, la reacción emocional que le producen, su frecuencia, y demás características asociadas. Los fenómenos de pasividad se diferencian de las alucinaciones auditivas en las que el paciente recibe órdenes de las voces; y de los estados de sugestionabilidad, en que el paciente se ve incapaz de resistir las influencias de otras voluntades a su alrededor. En ambos casos, la voluntad propia se percibe como presente, mientras que en los fenómenos de pasividad la impresión es de un control externo directo sobre las funciones afectadas.

CONSCIENCIA Y SENSORIO

La capacidad del paciente para mantener durante la entrevista los procesos psíquicos característicos de la consciencia puede ser observada en todas las manifestaciones de su relación con el entrevistador. La depresión de la consciencia, con somnolencia, apatía, incapacidad de expresarse claramente y tendencia a la perseveración puede ser observada en infecciones sistémicas severas, y en diversos síndromes cerebrales orgánicos, agudos y crónicos. Este torpor puede progresar hasta los diversos grados de coma, siendo la capacidad del paciente para elevar su estado de consciencia en respuesta a la estimulación externa, uno de los criterios para graduar la profundidad del trastorno. Con frecuencia, las alteraciones de la consciencia no son excesivamente obvias, y requieren un examen detallado del estado mental para ser puestas de manifiesto. Es conveniente asegurarse que el paciente comprende los fundamentos de nuestra exploración, y lo acepta como un procedimiento más o menos rutinario. Algunos pacientes, pueden desarrollar sensaciones de ansiedad o agresividad ante algunas de las preguntas típicas de esta sección, siendo importante estar preparado para tranquilizarlos y cambiar de tema, evitando obstinarse en hacer repetir al paciente tareas para las que claramente su cerebro se encuentra incapacitado.

Atención

La evaluación de la capacidad de fijar la atención puede realizarse pidiendo al paciente que repita números de varias cifras. La persona normal puede llegar a repetir sin dificultad números de 57 cifras. Fallos en la repetición de números de menos de cinco cifras, en ausencia de afasia, indica un trastorno en la Capacidad de fijar la atención. Una prueba clínica más compleja, que evalúa además la capacidad de prestar atención simultáneamente a varios datos relacionados, es la de la sustracción sucesiva, por la que se pide al paciente que reste siete unidades de cien, y que con-

tinúe sustrayendo siete de cada resultado obtenido. Con un grado medio de inteligencia y educación, esta prueba puede realizarse sin más de dos o tres errores.

Orientación

La orientación en el espacio y en el tiempo, así como con respecto a la propia identidad y en la de los demás, puede explorarse simplemente preguntando al paciente la fecha completa (día, mes, año; día de la semana, estación, hora), el lugar en que se encuentra, su nombre y el de las personas conocidas que se hallan cerca de él, así como pidiéndole una explicación de por qué está donde está y que funciones desempeñan el personal con respecto a él. De todos estos aspectos, el sentido del tiempo parece ser el más frágil, y parece ser el primero en perderse en caso de afectación de la consciencia. La orientación en el espacio no consiste meramente en saber el nombre del Hospital o lugar donde se encuentra, si no en ser capaz de dar una idea de su localización, explicando por ejemplo como llegar allí desde su casa, o cómo ir desde su habitación hasta el control de enfermeras o el comedor, etc. La orientación con respecto a la identidad se conserva hasta grados muy severos de alteración de la consciencia. El paciente puede ser incapaz de dar su nombre y otros datos personales, no reconocer a personas de su familia, hablar al médico como si se tratara de un familiar, etc. En ocasiones, la desorientación para personas, puede adquirir un tinte paranoide, como el paciente que cree que los médicos y enfermeras, son en realidad, agentes de policía disfrazados, y que el hospital es una prisión. En ausencia de otros signos de alteración de la consciencia, este fenómeno debe considerarse simplemente como un trastorno delirante del pensamiento.

Memoria

La evaluación de la memoria requiere que el paciente no presente trastornos de la atención, de la comprensión, ni del lenguaje. En ocasiones, alteraciones emocionales tales co-

mo severa ansiedad o, más frecuentemente, depresión, interfieren con la capacidad mnémica, más por falta de cooperación del paciente que por interferencia real a nivel cognoscitivo. La memoria inmediata se valora con el test de repetición numérica utilizado para la atención, o pidiendo al paciente que repita, inmediatamente después que el entrevistador, una corta frase en la que se incluya algún nombre propio y algún número, como por ejemplo «mi amigo Juan Fernández vive en el número 32 de la calle Cartagena, en la casa de puertas verdes». Esta prueba puede complicarse, alargando la historia e incluyendo en ella más ideas, o utilizando el test de retención mnémica, consistente en decir al paciente un nombre específico por cada uno de diez conceptos generales, y pedirle que, inmediatamente después de terminar con la lista, diga el nombre específico al nombrarle el término general correspondiente (por ejemplo color: violeta; país: Portugal; etc.). La memoria visual se gradúa mostrando al paciente tres objetos, uno después de otro, pidiéndole que los nombre, y ocultándolos ante los ojos del paciente. Si no hay afectación de la memoria visual, el paciente debe ser capaz de recordar el nombre del objeto y el lugar donde ha sido ocultado. Otra prueba similar consiste en presentar al paciente cuatro dibujos simples (por ejemplo un cuadrado, un rectángulo, rombo y círculo) y pidiéndole que los reproduzca exactamente en el orden en que le han sido mostrados. La memoria a plazo medio, capacidad de aprender, y almacenar información puede evaluarse pidiendo al paciente que repita la respuesta a algunas de las pruebas para la memoria inmediata, después de unos 15-30 minutos de realizados, tiempo ocupado en conversación general u otros aspectos de la entrevista. La memoria remota se valora preguntando al paciente datos personales, tales como su fecha y lugar de nacimiento, el nombre del cónyuge o familiar más cercano, etc. Es obvio que el entrevistador debe conocer previamente éstos datos de otra fuente, pues de lo contrario nunca sabrá si su pa-

ciente confabula (se inventa respuestas) o no. Preguntas de cultura o conocimiento general revelan no solamente el grado de información del paciente, sino también el estado de su memoria, si inquirimos sobre circunstancias de las que estamos casi seguros ha conocido en algún momento. (Por ejemplo, nombre del Rey o del Presidente de su país, fecha de la guerra civil, u otra fecha igualmente significativa, etc.).

JUICIO CRITICO

Es difícil evaluar en una corta entrevista ésta variable. La mejor información se obtiene de la observación directa del comportamiento del paciente en diversas circunstancias; sin embargo, podemos establecer una valoración provisional según el realismo de sus planes para el futuro, su actuación reciente con su familia, compañeros, etc., y mediante su respuesta a problemas teóricos de comportamiento social (por ejemplo, ¿qué haría si se encuentra en la calle una carta con la dirección escrita y un sello puesto?).

COMPRESION DE SU ENFERMEDAD. INSIGHT

La capacidad de introspección y comprensión de los propios problemas psicopatológicos es muy variable de unos pacientes a otros. Puede también distinguirse entre el llamado insight emocional, en el que el paciente realmente siente que algo va mal dentro de él, y el llamado insight intelectual, en que el paciente conoce racionalmente detalles acerca de su enfermedad, incluso formulaciones psicodiná-

micas complejas, pero carece de la consciencia afectiva de la misma. Pueden establecerse tres grados de comprensión de la propia psicopatología, siendo el primero la percepción de que algo no va bien y que puede ser necesario un tratamiento; el segundo, la sensación de que los trastornos que se padecen son de tipo psíquico (cuando lo son); y el tercero en el que el paciente puede dar una formulación relativamente acertada de sus procesos psicopatológicos y alteraciones psicodinámicas.

FORMULACION PSICODINAMICA

A lo largo de entrevista es posible identificar, de manera más o menos evidente, las principales áreas de conflicto en la vida psíquica del paciente, así como su preferencia por determinados mecanismos inconscientes de defensa. Así, de datos de la historia y del comportamiento con el entrevistador, se puede en ocasiones concluir que el conflicto principal se sitúa en el área de competitividad con la autoridad, o en la de dependencia y temor al abandono, o en la de culpa acerca de deseos sexuales prohibidos, etc. Las defensas características del paciente (emocionalismo, paso al acto, formación reactiva, evitación fóbica, ritualización obsesiva, retraimiento de la realidad y empleo de la fantasía, conversión y somatización, etc.) pueden también fácilmente inferirse durante la entrevista.

De particular importancia para el pronóstico y tratamiento psicoterapéutico, es la evaluación de las funciones del yo. Sharp y Bellak (1978) proponen un esquema, que por su interés, resumimos a continuación:

FUNCION DEL YO

1. Contacto con la realidad

ASPECTOS CLINICOS

- a) Capacidad de distinción entre estímulos internos y externos.
- b) Grado de exactitud en las percepciones.
- c) Capacidad de introspección y reflexión sobre la realidad interior.

2. Juicio crítico
 - a) Anticipación de las posibles consecuencias de un hecho.
 - b) Manifestación de esta anticipación en el comportamiento.
 - c) Reacción emocional apropiada a esta anticipación.

3. Sentido de la realidad
 - a) Desrealización. Grado.
 - b) Despersonalización. Grado.
 - c) Sentido de identidad y autoestima.
 - d) Claridad de límites entre sí mismo y el mundo.

4. Regulación y control de instintos, afectos e impulsos
 - a) Grado de expresión directa del impulso.
 - b) Efectividad de los mecanismos moduladores.

5. Relaciones objetales
 - a) Grado y tipo de relaciones.
 - b) Relaciones primitivas (elecciones objetales narcisísticas o simbióticas).
 - c) Capacidad de percepción de los demás como independientes de sí mismo.
 - d) Constancia de la representación objetal.

6. Procesos cognitivos
 - a) Memoria, concentración y atención.
 - b) Capacidad de conceptualizar y elaborar pensamiento abstracto.
 - c) Proceso primario del pensamiento.

7. Capacidad de regresión adaptativa en el servicio del yo
 - a) Relajación regresiva de la agudeza cognitiva.
 - b) Formación de nuevas configuraciones cognitivas.

8. Mecanismos de defensa
 - a) Intensidad de las defensas.
 - b) Grado de oportunidad y flexibilidad.
 - c) Eficacia defensiva frente al conflicto.

9. Filtro de estímulos
 - a) Dintel de estimulación.
 - b) Eficacia en el manejo de influjo excesivo de estímulos.

10. Funcionamiento autónomo
 - a) Resistencia a la inhibición de los mecanismos primarios de autonomía.
 - b) Resistencia a la inhibición de los mecanismos secundarios de autonomía.

11. Capacidad sintético-integrativa
 - a) Capacidad de reconciliar las incongruidades.
 - b) Capacidad de elaborar las relaciones entre distintos hechos.

12. Competencia y dominio
 - a) Grado de competencia objetiva en la interacción y control de su medio ambiente.
 - b) Sentimientos subjetivos de competencia y control del ambiente.
 - c) Grado de discrepancia entre la competencia real objetiva y la sensación subjetiva de competencia.

REACCION DEL ENTREVISTADOR ANTE EL PACIENTE

El entrevistador no es un autómata insensible, sino que experimenta diferentes emociones y actitudes en respuesta a su interacción con el paciente. Un clínico experto es capaz de evaluar hasta qué punto sus respuestas subjetivas representan una percepción subliminal de ciertos rasgos psicológicos y psicopatológicos, o reactivación de sus propios conflictos. El entrevistador puede sentirse angustiado, irritado, o frustrado por su paciente; puede sentir tendencias protectoras y hasta rescataadoras; puede sentirse seducido, o por el contrario experimentar vivo rechazo, etc.

En ocasiones, la actitud frente al paciente puede cambiar a lo largo de la entrevista, siendo conveniente consignar este hecho. Con frecuencia, rasgos tales como hostilidad oculta, depresión enmascarada, etc., pueden ser percibidos subjetivamente por el entrevistador, aunque no haya manifestaciones aparentes de los mismos. Se incluirán también en este apartado la opinión del entrevistador sobre la veracidad de la historia del paciente, así como su posible tendencia a la exageración u ocultación.

RESUMEN. DIAGNOSTICO Y RECOMENDACIONES

Una vez completada la entrevista, recogida la historia del paciente y de su enfermedad, y los datos de la exploración psiquiátrica, es preciso enjuiciar críticamente el conjunto y resumir los hallazgos, destacando los más importantes. Si es posible establecer un diagnóstico, se indicará la evidencia en que éste se apoya, así como otras posibilidades que deben ser consideradas en el diagnóstico diferencial.

La recomendación terapéutica ha de incluir las directivas pertinentes al médico de cabecera y familiares acerca de su comportamiento idóneo para con el paciente. Si la complejidad del problema lo justifica, puede establecerse una jerarquía de problemas y síntomas cardinales a los que el tratamiento se dirigirá en primera instancia. Al indicar la modalidad de tratamiento, o combinación de tratamientos, que parece más indicado, se señalará también el régimen (ambulatorio, hospitalización total, parcial, etc.) en que debe ser llevado a cabo.

APENDICE

Existen numerosos modelos de entrevista estructurada, destinados a recoger escrupulosamente todo signo, síntoma o rasgo biográfico de posible interés. El examen del estado actual («Present State Examination») de Wing, Cooper y Sartorius (ver bibliografía) es, sin duda, el modelo más completo para la exploración psicopatológica clínica. A pesar del indudable incremento de objetividad, fiabilidad y reproducibilidad que el empleo de una entrevista estructurada aporta, es difícil servirse de ellas sin añadir un toque de frialdad e inflexibilidad a un encuentro que desde el primer momento debe ser terapéutico. El entrevistador, sin embargo, debe siempre llevar en mente todo lo que debe saber sobre su paciente antes de plantear un juicio diagnóstico, y no dejar áreas sin explorar por no molestar o porque «parece que está bien». Los deterioros y alteraciones cognitivas, en particular, merecen atención, pues no es infrecuente encontrar estados subdelirantes, sobre todo en ancianos y enfermos postquirúrgicos, que pasan clínicamente desapercibidos si no se investiga específicamente el estado de orientación, atención y memoria. Por otra parte, algunos rasgos patológicos, tales como el llamado afecto romo («blunted affect») son, en realidad, compuestos por cierto número de variables que se combinan hasta dar al entrevistador la impresión intuitiva de que tal rasgo está presente, sin saber bien por qué. En casos como éste, es útil un desglose de esas variables, tal como el realizado por Abrams, que se presenta a continuación.

Exploración clínica del estado cognitivo

No es infrecuente que pacientes con sus procesos cognitivos aparentemente intactos presenten alteraciones de memoria, atención y orientación. Esto se debe a que, si no hay trastorno evidente del comportamiento, raramente se piensa en la existencia de una psicosis orgánica, y también a que los afectos de estos procesos, generalmente ancianos, pacientes médicoquirúrgicos y alcohólicos, cubren fácilmente su defecto evitando tareas que puedan ponerlo de manifiesto.

La exploración estructurada y sistemática del estado cognitivo, según el modelo que se acompaña, permite despistar fácilmente estos casos. Cada respuesta es contabilizada (aquellas que constan de varias partes, por ej., fecha día, mes, año contabilizan según el número de partes), lo cual permite una gradación del posible delirio, útil para fines de investigación epidemiológica y clínica. El sujeto normal alcanza la puntuación máxima con facilidad.

La pregunta 22 requiere que el entrevistador se haya presentado y pronunciado su nombre con claridad al principio de la entrevista. La resta de siete (pregunta 23) consiste en pedir al paciente que sustraiga 7 de una cantidad (generalmente de 100) y continúe sustrayendo 7 de cada cantidad obtenida. Obviamente, las respuestas correctas serían: 93, 86, 79, 72, 65, etc. La aplicación del test de retención mnémica se describe en el texto, en la sección correspondiente a la exploración de la memoria.

ESCALA DE PROCESOS COGNITIVOS

ORIENTACION

1. Nombre: ()
2. Edad: ()
3. Hora: ()
4. Día de la semana: ()
5. Día del mes: ()

Anamnesis y exploración del enfermo psiquiátrico

6. Mes: ()
 7. Año: ()
 8. Estación: ()
 9. Tipo de lugar en que está (hosp. etc.): ()
 10. Nombre del lugar: ()
 11. Dirección - Calle: ()
 12. o Ciudad: ()
 13. Piso o servicio en que está: ()
 14. Reconocimiento de dos personas (enfermeras, médicos, familiar, etc.): (2p.) ()
- Total (máximo 15) ()

MEMORIA

15. Fecha de nacimiento (día, mes , año): (3p.)()
 16. Lugar de nacimiento: ()
 17. Nombre de (la) esposa o (familiar más próximo si soltero): ()
 18. Fecha de la guerra civil: ()
 19. Nombre del Rey: ()
 20. Que tomó para desayunar (comer): ()
 21. Que hacía antes de empezar la entrevista: ()
 22. Nombre del entrevistador: ()
 23. Test de retención: (10 p.)()
- Total (máximo 20) ()

ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN

24. Resta de siete consecutiva (parar después de 5 respuestas): (5) ()
- Total (máximo 5) ()

LENGUAJE

24. Nombrar tres objetos: (3p.) ()
 25. Repetir: Un tigre, dos tigres, tres tigres comen trigo en un trigal (permite dos repeticiones): ()
 26. Consigna de tres partes (coja una revista, ábrala y déjela en la mesilla, por ej.): (3p.) ()
 27. Leer y obedecer una frase (levante la mano derecha): ()
 28. Copiar una frase al dictado: ()
 29. Copiar un dibujo geométrico: ()
- Total (máximo 10) ()

TEST DE RETENCIÓN MNÉMICA

Color - Violeta	(azul)
País - Portugal	(Inglaterra)
Flor - Margarita	(Geranio)
Fruta - Naranja	(Manzana)

Animal - Oveja	(Caballo)
Árbol - Pino	(Almendro)
Prenda de ropa - Calcetín	(Pantalón)
Mueble - Armario	(Mesa)
Pájaro - Canario	(Jilguero)
Parte del cuerpo - Muñeca	(Rodilla)

Escala de embotamiento afectivo

El embotamiento afectivo fue considerado por Bleuler como un signo cardinal de esquizofrenia, pero su valoración es difícil y excesivamente subjetiva.

Siguiendo las nuevas tendencias cuantificadoras de la psiquiatría norteamericana,

Abrams y Taylor (1978) han elaborado la siguiente escala, en la que se desglosan diferentes aspectos de esta variable. Cada término es valorado (0 = ausente, 1 = ligero o dudoso, 2 = claramente presente), considerando los autores una puntuación total superior a 20 como claro indicio de embotamiento afectivo.

Afecto

1. Ausente, superficial, incongruente.
2. Constreñido, variable en un marco estrecho.
3. Falto de modulación, monótono.
4. Frío sin empatía ni comunicación.

Comportamiento

5. Rostro inexpresivo.
6. Tono de voz monótono.
7. Introverso, evitando el contacto social.
8. Falta de atractivos sociales (mal vestido, sucio, mal educado).
9. Dificultad en provocar una respuesta emocional.
10. Falta de espontaneidad.
11. Risa tonta y sin causa.
12. Indiferente al ambiente (médicos, visitantes, otros pacientes, etc.).

Contenido afectivo del pensamiento

13. Indiferencia o falta de afecto por familiares o amigos.
14. Indiferencia por su propia situación actual.
15. Indiferencia por su futuro (carecer de planes, deseos, ambiciones, motivaciones).
16. Pobreza de pensamiento (incapaz de elaborar respuesta).

BIBLIOGRAFIA

ABRAMS, R., TAYLOR, M.A.: Rating scale for emotional blunting American Journal of Psychiatry, 135: 226-229 (1978).

LEFF, J.P., ISAACS, A.D.: Psychiatric examination in clinical practice. Blackwell, London, 1978.

MACKINNON, R.A., y MICHELS, R.: The psychiatric interview clinical practice. Saunders, Philadelphia, 1971.

SHARP, V., y BELLAK, L.: Ego function

assessment of the psychoanalytic process. Psychoanalytic Quarterly, 47: 52-72, 1978.

VALLEJO NÁJERA, A.: Propedéutica clínica psiquiátrica. Labor, Barcelona, 1936.

WING, J.K., COOPER, J.E. SARTORIUS, N.: Present state examination. En: The Measurement and Classification of Psychiatric Symptoms, Cambridge University Press, 1975.