

Módulo V

Principios y Metodología de Entrevista e Historia Clínica en Salud Mental



Otras que ya supieron el dolor de perder
-y por las que la tierra se levanta en su trance-
combaten con su llanto
la impiedad que deshace las ramas y los
nidos.

Matilde Espinoza
Fragmento del poema "Paz"
Los ríos han crecido, 1955.

MÓDULO 5

PRINCIPIOS Y METODOLOGÍA DE ENTREVISTA E HISTORIA CLÍNICA EN SALUD MENTAL

Contenidos

1. Entrevista Psiquiátrica

- 1.1 Qué es la entrevista psiquiátrica
- 1.2 Marco referencial de observación entre dos sujetos considerando su propia subjetividad.

2. La relación médico-paciente en la entrevista psiquiátrica

- 2.1 Afrontamiento de la enfermedad
- 2.2 Competencias del prestador de salud
- 2.3 Elementos de Comunicación

3. Recursos de la entrevista

- 3.1 El contexto
- 3.2 Otros elementos a considerar
- 3.3 Recursos Prácticos
- 3.4 Transferencia y contratransferencia
- 3.5 El modelo médico

4. La escucha activa

5. Historia clínica psiquiátrica

- 5.1 Estructura de la historia clínica psiquiátrica
 - 5.1.1 Anamnesis
 - 5.1.2 Datos de filiación e identificación del paciente
 - 5.1.3 Motivo de consulta
 - 5.1.4 Enfermedad actual
 - 5.1.5 Antecedentes clínicos
 - 5.1.6 Historia familiar
 - 5.1.7 Historia personal

- 5.1.8 Personalidad previa
- 5.1.9 Experiencias emocionalmente perturbadoras
- 5.2 Examen del paciente
 - 5.2.1 Examen físico
 - 5.2.2 Examen mental
- 5.3 Diagnóstico

PARTE I

ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA

Felipe Atalaya E.

Introducción

Hasta el momento tenemos una visión amplia sobre: 1) el componente de salud mental en Atención Primaria en Salud (APS) con enfoque diferencial, 2) las aproximaciones del enfoque epidemiológico, 3) el diagnóstico comunitario y la importancia de recoger y analizar la información. Lo anterior no brinda las herramientas para trabajar con las personas en condición de vulnerabilidad por desplazamiento, discriminación o exclusión social de diversas causas. Ahora, vamos a dirigir nuestros esfuerzos al primer contacto en la atención primaria en salud en la consulta con énfasis en los aspectos mentales: la entrevista psiquiátrica.

Objetivos del módulo

- Revisar sus conocimientos sobre entrevista e historia clínica en salud mental
- Familiarizarlo con conocimientos y habilidades para implementar el componente de salud mental desde la estrategia de Atención Primaria en Salud con Personas en Situación de Desplazamiento y dentro de él un enfoque diagnóstico multidimensional.

Esperamos que al final de este módulo Ud. pueda

- Reconocer y afianzar aciertos de su práctica en estos procesos
- Analizar algunos enfoques que le permitan implementar sugerencias y transformar su ejercicio de entrevista para que sea más productiva, le permita tener una mejor relación médico - paciente y le facilite desarrollar actividades de salud mental con buen nivel y con los mejores resultados posibles, quizá apoyado en un equipo en su zona o región.

NOTAS

- Aplicar estrategias que permitan un adecuado acercamiento a la situación particular del individuo desde su esfera mental que nos permita una comprensión holística, que posibilite una comunicación empática y una anticipación a una posible respuesta al tratamiento.
- Hacer una evaluación integral del paciente incluyendo aspectos propios de su salud mental en su contexto.
- Aportar a un acercamiento diagnóstico inicial que permita una adecuada planificación del manejo y posterior tratamiento para la población vulnerable en situación de desplazamiento.
- Realizar una adecuada historia clínica psiquiátrica dirigida a las necesidades particulares de la población desplazada.

NOTAS

Capítulo 1: ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA

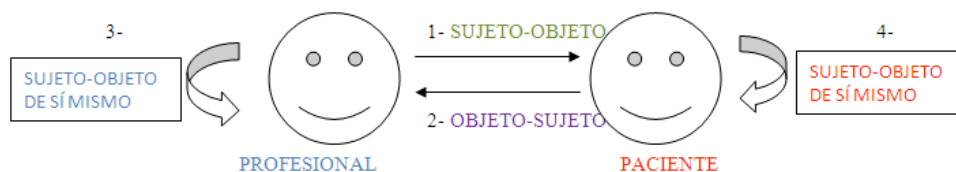
1.1 Qué es la entrevista psiquiátrica

La entrevista es un procedimiento por el cual se relacionan dos personas: un experto, en una relación de ayuda y el paciente o entrevistado; cuyo objetivo es resolver el problema de salud mental de este último. (Sullivan, 1954). Es una conversación en la cual por lo menos dos personas, se ponen de acuerdo para estudiar conjuntamente el problema de uno de ellos, apoyado en la experticia del otro. En la búsqueda de alternativas, los participantes se transforman mutuamente, puesto que una vez concluida, cada uno habrá cambiado su conocimiento y su postura existencial, en cuanto que influye sobre el sentido de vida de los dos.

La entrevista psiquiátrica difiere de la entrevista médica general porque:

1. Debido a las condiciones del paciente la consulta o entrevista no siempre es voluntaria.
2. En la lectura de los hechos, tanto la comunicación verbal como la no verbal cobran importancia especial.
3. Se convierte en una experiencia vital mutua que correlaciona, sopesa y dimensiona los signos y síntomas del paciente con su historia clínica y de vida de una manera transformadora, integrativa y, en consecuencia, más relevantes el concentrarse en una queja de salud.

1.2 Marco referencial de observación entre dos sujetos considerando su propia subjetividad



A continuación se explicarán los roles que tienen el profesional y el paciente durante el desarrollo de una entrevista psiquiátrica.

- Cuando el médico se sitúa frente a un paciente, éste es el **sujeto** que tiene la función (1) de observar a su interlocutor, el cual, para los efectos de la entrevista, es un **objeto** observado por el médico.
- Igualmente, el médico se convierte en **objeto** observado y analizado por el paciente, el cual también es el **sujeto** que estudia a su interlocutor.
- Como sujeto, el médico tiene la facultad de ser el objeto de observación de sí mismo, o sea que es un **sujeto-objeto** de sí mismo.
- Esto quiere decir que el médico tiene por lo menos tres, si no cuatro, puntos de vista sobre el problema (porque el paciente también es **sujeto-objeto** de su propia observación).

Por ejemplo: cuando el médico pregunta “¿Qué le pasa?”, recibe los dos puntos de vista de su paciente. Primero, **cómo se siente y qué percibe** de sí mismo; segundo, **cómo se observa, se lee o se interpreta a sí mismo**.

- El médico, por su lado, percibe la situación y el relato de su paciente al cual analiza, **lee e interpreta** casi simultáneamente.
- Cuando contrasta las informaciones recibidas con el conocimiento que tiene y con la experiencia previa acumulada, es decir, consultando consigo mismo como sujeto-objeto de su propia información, estudia y revela “objetivamente”, como aparato de medida, las dificultades y problemáticas que el sujeto de su observación expone.
- Más adelante, el médico, un poco aleatoriamente, elige los elementos comunes observados en su paciente, con su propia base de datos, que le ha dejado la experiencia y con sus conocimientos. Posteriormente, conainterroga, establece hipótesis y las corrobora o descarta. De esta manera, va encontrando certezas y dudas, que le facilitarán estructurar un caso y establecer el diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- A la vez, en el paciente se opera un proceso similar, en el cual, como sujeto-objeto de su propia observación, transmite su lectura a cerca de lo que le ha pasado y las interpretaciones que ha hecho de sí mismo, de su dolencia, de su condición y establece sus propias hipótesis de lo que le está pasando. Observa al objeto (médico) y lo analiza en su función y actividad; lo confronta con la idea de profesional de salud que pueda tener y, además, con el ideal de lo que para sí debiera ser dicho profesional; lo evalúa, casi

NOTAS

simultáneamente, y de manera no consiente establece apreciaciones y formas de vinculación y credibilidad; finalmente, también toma decisiones.



PARA RECORDAR

- Cuando el médico percibe la queja de su paciente, cuando **escucha atentamente, debe silenciar**, por todos los medios, **el proceso que naturalmente ocurre en él mismo**, para que elimine todo juicio posible y **perciba su interlocutor o paciente en toda su dimensión**.
- De esa manera, el proceso de relación interpersonal –llamado entrevista– podrá ser algo excepcional. En ésta, el protagonista es el paciente y el clima será dado por la recepción desprevenida y sin prejuicios sobre la persona con problemas y sus características, por parte del médico que asume la ayuda.

NOTAS

Capítulo 2: LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN LA ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA

2.1 Afrontamiento de la enfermedad

En esta relación entre el médico y su paciente media el reconocimiento del otro como “ser que sufre”, es decir, con una experiencia vital transformadora. Éste acude en busca de ayuda de otro que posee herramientas y condiciones para brindar soluciones para el problema de salud planteado, no tanto desde la condición de poder del experto como la de aquella de participar mutuamente en ese proceso. En ésta, **el paciente es el protagonista**, nunca el médico; es el paciente quien merece toda su atención, usted está para dar curso a una relación de ayuda.

La relación médico-paciente es una **habilidad**¹. Ésta destaca el modo de afrontamiento de la enfermedad tanto por parte del profesional que no la sufre, como por parte del paciente que la padece y la siente en carne propia.

El “coping” o “modo de afrontamiento” (Hackett y Bouckoms, 1987) de la enfermedad es una habilidad y, en consecuencia, es el conjunto de conductas diseñadas para resolver un problema de salud mental (en este caso) dirigidas a brindar al consultante, alivio, compensación o equilibrio de su problemática. Esta definición es compartida entre el profesional y su paciente.

El modo de afrontamiento se extiende a todas las funciones del ser humano (yo) en combinación con todos los rasgos de personalidad. Durante ese proceso, en coordinación con el modelo sujeto-objeto del que hablamos, tanto el profesional como el paciente *se exploran, se instruyen y complementan de información, ensayan y se corrigen*; se ayudan mutuamente y, sobre todo, ponen en funcionamiento todas las *funciones cognoscitivas: memoria, juicio, raciocinio, reflexión*. Además, contrastan las experiencias pasadas, interactúan con los aspectos psicosociales y el estrés, analizan la relación exitosa o de fracaso, con otros.

Además, la enfermedad interviene con su capacidad distorsionadora, con el sufrimiento de quien consulta y el manejo que ha hecho de la enfermedad. Se

¹ Conjunto de conductas dirigidas a un fin determinado, las cuales, como fruto de la repetición, se convierten en un ejercicio de escogencia no consciente del conjunto de conductas.

habla, entonces, de la experiencia personal, puesta al servicio del alivio o de la cronificación de esa enfermedad. Allí surge el **proceso del afrontamiento de la enfermedad por parte del paciente y del profesional**; en la parte que a cada uno le corresponde, y en la cual lo que se ha dicho en estos dos párrafos opera coordinadamente.

Como fruto de ese proceso, hay muchas variables individuales y relacionales en juego. Se pueden describir modos funcionales o disfuncionales de afrontar la enfermedad y también muchas otras situaciones de la vida.

Los afrontadores funcionales son optimistas, mantienen alto su nivel moral, son prácticos y creativos, asumen riesgos de éxito, dentro de un amplio rango de estrategias y tácticas, y las consecuencias. Son recursivos y no se sienten perdidos ante métodos o circunstancias fallidas; reaccionan mejorando su capacidad de afrontamiento, son flexibles y abiertos a las sugerencias, no ceden su capacidad de elegir jamás, son sosegados, pensativos, vigilantes y evitan las emociones extremas; además, confían en el profesional que escogieron.

Sin embargo, nadie afronta bien todo el tiempo; existen puntos de máximo soporte. De todas maneras, los afrontadores funcionales son mucho más amplios y flexibles que los afrontadores disfuncionales. Además, según Hackett y Bouckoms (1987):

- ✓ tienden a tener grandes expectativas sobre los logros o sobre su recuperación;
- ✓ tienen una visión rígida e inflexible de su enfermedad y la forma de manejarla;
- ✓ son reacios a comprometerse y rehúsan o rechazan la ayuda;
- ✓ tienen visiones estrechas y absolutistas sobre como es la gente;
- ✓ son intolerantes, exigentes, prejuiciosos; ponen trampas para ver si les dicen la verdad o no; viven auditando las conductas de unos médicos con otros; son prevenidos, sugestionables y magnifican las cosas y se van por las ramas como mecanismo para evitar la ansiedad;
- ✓ utilizan la negación y la racionalización para evitar enfocarse en la solución de su problema;
- ✓ no son efectivos en el momento de sopesar las distintas alternativas; son pasivos, posponen sus decisiones;
- ✓ son rígidos y estrechos en sus apreciaciones;
- ✓ son erráticos en sus decisiones por lo cual terminan siendo impulsivos e inefectivos ante las soluciones.

Ser afrontador disfuncional de la enfermedad u otra condición, no significa que no resuelve o que no maneje las distintas circunstancias y experiencias vitales, tan sólo que lo hace de manera diferente, quizás menos eficiente aunque no necesariamente desadaptativa, sino más compleja o difícil. Por ejemplo, alguien

NOTAS

terco, obsesivo, perfeccionista e insistente, podría reaccionar ante una condición de enfermedad exigiendo del médico detalles, estadísticas, comparaciones, pronósticos, diferencias, entre otros. Esto puede mostrar desconfianza y falta de aceptación de la experticia **profesional**, de manera que fuerza la situación hasta el punto de que no se puede tratar eficientemente enfermedad. En consecuencia, la evolución es más lenta y compleja en comparación con otro paciente que esté en mejores condiciones de afrontamiento.

2.2 Competencias del prestador de salud

Al médico le *compete entender las distintas complejidades entre un paciente hospitalizado y uno de consulta externa*, y según el momento, a algunos pacientes “sanos” les gustaría poder estar enfermos; a algunos enfermos, les gustaría legitimizar desacuerdos o problemas mediante los síntomas de una enfermedad.

Muchas veces, los pacientes usan sus mecanismos de defensa (acciones para reducir la ansiedad) y hacen lecturas desadaptativas de la realidad, para afrontar la enfermedad. Por eso, los médicos deben asumir su papel, **previando** para su paciente medidas de apoyo, sostenimiento, seguridad, autoestima y comprensión.

Conviene que entiendan que no todos los pacientes reaccionan igual ante enfermedades similares, ni reaccionan igual en cada etapa de la enfermedad. Los pacientes responden de manera diferente ante enfermedades principales y secundarias. En consecuencia, conviene que los profesionales tomen en cuenta múltiples aspectos ante el afrontamiento de la enfermedad; incluso, existen algunos elementos que no pertenecen ni al médico ni al paciente, sino a la enfermedad misma, por ejemplo el **tipo de enfermedad**. No es lo mismo la locura, que un trastorno psicossomático; un retardo mental que una esquizofrenia; un trastorno de pánico que un estado depresivo. Tampoco son iguales los **factores psicosociales** que inciden en cada enfermedad. En ocasiones, los pacientes ven algunas enfermedades como importantes y, en consecuencia, es “bueno” tenerlas; en otras, como de segunda categoría, y hasta vergonzantes; en otras palabras, las enfermedades tienen “prestigio social” y, por tanto, su valoración depende no de la naturaleza misma de la ella.

2.3 Elementos de Comunicación

Existen elementos muy importantes de la comunicación porque determinan la actitud asumida por el profesional y, en consecuencia, favorecen la entrevista, éstos son:

NOTAS

- Rodear la entrevista de un **clima de respeto y confianza²** y **confidencialidad**. Por tanto, la entrevista se debe hacer en privado, permitiendo que el paciente pueda tener menos prejuicios y perjuicios.
- Que exista un ambiente de suficiente **tranquilidad y relajación**, para que el paciente pueda ser franco, directo y comunicativo.
- Que tenga certeza de la confidencialidad.
- El profesional debe tener **una actitud de investigación, amistosa, cortés, sin prevenciones**. Conviene que **no sea demasiado amigable, efusivo y seductor, pero tampoco frío e impersonal o distante**. Hay que tener una medianía en de una conversación productiva y contenedora.
- Es importante **centrarse cada vez en un tema** y permitir que éste se complete. No es útil dispersarse y cambiar constantemente porque la entrevista se tornaría errática y aleatoria. Ésta es un proceso intencional, en el cual se alienta al entrevistado en los momentos difíciles y se le respeta el uso de la palabra libremente para que la entrevista fluya; así se podrá completar la información con preguntas.
- La entrevista se debe hacer en un **lugar apropiado, tranquilo, silencioso**, relativamente **cómodo y privado**, cuyo **ambiente, invite al diálogo calmado, abierto y sincero**.
- Se debe favorecer un clima de encuentro con **sentido y aproximación, con respaldo y ayuda**. Por eso el control del trabajo siempre debe estar a cargo del entrevistador médico, quien tiene claridad del proceso y el curso de la entrevista y desarrollará con profesionalismo una primera intervención **informativa y ventilatoria** de los temas relacionados con la queja principal del entrevistado y la incidencia de lo relatado.
- La normal **resistencia** que se presenta en la comunicación debe ser advertida por el entrevistador con el fin de facilitar el proceso, tocando primero los puntos menos complejos y, progresivamente, avanzar hacia los más difíciles de abordar. Por eso, la entrevista también es un arte.

NOTAS

² Ser digno de confianza es un valor supremo de las relaciones humanas

Capítulo 3: RECURSOS DE LA ENTREVISTA

3.1 Contexto

Lo primero que hacemos ante una queja es aproximarnos comprensivamente al contexto, tanto externo como interno, en el cual se dan los hechos para poder sopesar y explorar tranquilamente lo que le sucede al entrevistado.

En el **contexto de lo interno** es necesario mirar el manejo de la **UNIDAD DE COMUNICACIÓN** del paciente, esto es, **el conjunto de pensamientos, palabras, conductas, actitudes, gestos, tonos de voz, velocidad en la producción de las palabras, distancia corporal, entre otros**, los cuales forman parte de la comunicación del paciente y de cuya coherencia e incoherencia depende una valoración apropiada de lo sucedido y la comprensión, muchas veces generadora o no, de confianza durante la entrevista.

Además del análisis de estos aspectos, está el que se hace del **contexto externo**, es decir, el contraste del relato del paciente con las condiciones de realidad que el entrevistador puede constatar con las percepciones de los familiares, los acompañantes y las circunstancias ambientales percibidas por el mismo entrevistador.

3.2 Otros elementos a considerar


Del análisis del contexto interno y externo del relato, más las observaciones del médico, sumadas a la entrevista y examen físico y mental de su paciente se concluye con una aproximación interpretativa de lo que le sucede, o sea, la **impresión diagnóstica**, según veremos más adelante en la elaboración de la historia clínica y el examen mental.

La apariencia general del paciente es muy importante porque nos brinda gran cantidad de información: las condiciones de aseo, nutricionales, si su arreglo es adecuado para la situación, tipo de ropa usada para el clima y las condiciones que dice tener, el cuidado personal, la coherencia entre el relato y las formas de presentarse, etc.

La forma de sentarse en la silla, la inclinación, los movimientos, la manera como establece distancia con el entrevistador, es decir, el conjunto de conductas, hacia donde dirige sus intereses, esto es, develar y reconocer la actitud del

entrevistado: si hay sumisión, reto, logro, fracaso y cómo se transmiten en sus actitudes.

Las reacciones de la piel: si se sonroja, si palidece, si suda, si hay congestión, entre otros. La manera de usar su voz: si el tono es bajo o alto, quejoso, afirmativo, escurridizo, dubitativo o balbuceante.



PARA RECORDAR

La coherencia o incoherencia entre el lenguaje verbal y no verbal del entrevistado es determinante en la entrevista.

Aunque las entrevistas pueden ser **dirigidas o no dirigidas**, en cuanto a la participación y dirección activa en la misma, esta entrevista de salud mental es mucho más del tipo directivo, con control sobre la misma, porque tenemos poco tiempo y espacio y requerimos de información pronta y productiva para procesarla y hacer una intervención. Sin embargo, hay algunos recursos que facilitan la continuidad de la entrevista y que son clave en el manejo.

3.3 Recursos prácticos

A continuación se enuncian algunos recursos prácticos para desarrollar adecuadamente la entrevista.

1. **Asentir con la cabeza** de manera afirmativa o **mover los labios** ligeramente estimulan al interlocutor a continuar su relato; **mirar a los ojos pero sin intimidar**; desviar el rostro en ocasiones, procurando mostrar que hay **atención sin acoso**.
2. En ocasiones conviene hacer un **pequeño resumen** de lo que el paciente ha dicho, sirve para poner orden a los relatos y aclarar aspectos no suficientemente explícitos. Por ejemplo, cuando tenemos en mente ordenar los factores intervinientes en la problemática del paciente – **predisponentes, contribuyentes y desencadenantes**–; igualmente, cuando contamos con los antecedentes de la enfermedad y los **denominadores comunes** del relato del paciente y hacemos un resumen o devolución de entendimiento de lo que pasa. Esto resulta ser muy contenedor con el paciente y puede servir, además, para ofrecer una visión diferente de lo mismo que relata y conoce, aunque de otra manera que le puede aportar.

NOTAS

NOTAS

3. A veces es muy importante **simplemente hacer silencio y permitir espacios sin palabras** para dejar el espacio para que las actitudes, conductas, expresiones y las emociones (llorar, reír, etc.) no verbales broten con libertad.
4. También es necesario **aclarar** lo que no se entienda. No suponga ni crea nada que no sea dicho; es mejor comprobarlo. Para eso, la magia es preguntar, si es necesario, para completar los síntomas de un trastorno o entender los hechos. Conviene enmarcar las preguntas entre parámetros indefinidos, es decir, no siempre hay que preguntar de manera abierta –lo cual tiene por objeto facilitar y continuar los relatos para identificar elementos--En ocasiones es importante situar la comunicación entre parámetros claros, cerrar las preguntas y ubicar con claridad todo, especialmente cuando se trata de remedios, drogas, ocasiones, es decir, cosas que requieren precisión.
5. Aquí el paciente **espera que el médico se ponga en su situación, en su lugar, en sus sentimientos o en su experiencia. A esto se le conoce como empatía.**
6. Conviene **repetir la última palabra del interlocutor** o hacer una expresión como mover las manos en muestra el acuerdo y asentimiento al discurso del entrevistado. También **parafrasear** o repetir lo dicho por el entrevistado en palabras del entrevistador demuestra que uno entiende de lo que se habla.
7. Rogers ideó una metodología llamada “centrada en el cliente” (Rogers, 1972) que se basa precisamente en la **respuesta empática** o el reflejo empático de la comunicación con el paciente. Esta técnica se ha convertido en uno de los recursos más importantes del entrenamiento psicoterapéutico y, a la vez, en uno de los más importantes en este diplomado. Es la herramienta principal de la escucha activa que veremos más adelante. Consiste en que muchas veces el paciente nos pregunta cosas o nos plantea relatos complejos, de los cuales espera una respuesta; en consecuencia, allí se expresa el arte del entrevistador para **reflejar el sentimiento, la situación o la experiencia del entrevistado.**

La respuesta empática tiene dos partes. La primera es del tipo **paráfrasis** y la segunda es la **asociación de la paráfrasis con la observación de los sentimientos** que se evidencian en la entrevista, gracias a la lectura que hacemos de lo verbal y lo no verbal. Esta característica puede ser una poderosa herramienta reveladora y favorecedora del proceso de entrevista.

Por ejemplo, la paciente relata la pérdida de su esposo; muestra el abandono y su desprotección y la de sus hijos; manifiesta la amenaza por los grupos armados y refiere una huída para defender su vida. En este momento, el médico puede intervenir empáticamente con una fórmula en la cual **primero va la expresión del sentimiento, luego la situación de cuándo y dónde y luego se aportan las ideas complementarias** por lo que la respuesta podría ser: "Usted sintió mucha tristeza y dolor cuando perdió su esposo, a quien asesinaron esos grupos armados, dejándola abandonada con sus hijos, amenazada de muerte y llena de miedo...".

8. Aunque el objetivo no es directamente éste, es importante conocer **otros recursos** de la entrevista como la **confrontación**. Por ejemplo, cuando hay dos hechos aparentemente contradictorios o que simplemente no tienen relación uno con otro, es necesario entenderlos y clarificarlos. A manera de ilustración: la paciente dice que necesitaba atención médica pero nunca ha venido a consulta, o que lo ha perdido todo, pero tiene muchas pertenencias terreno, dinero, entre otras, quizá de las aclaraciones pueden partir entendimientos de las fuentes de sus síntomas mentales.
9. También contamos con los **señalamientos** que no son otra cosa que mostrar al entrevistado lo que nos deja ver primero. En tal sentido, la respuesta empática es un señalamiento; por ejemplo, cuando uno le dice a alguien que tiene la cabeza baja, que expresa pocas palabras y que llora espontáneamente:.... "Observo contradictorio como usted, estando tan triste como parece... cuando yo le hablo de su tristeza, me responde que está bien y tranquila".
10. Igualmente se puede, en ocasiones, hacer **interpretaciones**, aunque éste es un nivel de intervención más complejo que requiere un entrenamiento especial.

NOTAS



REFLEXIÓN

Muchas veces en las entrevistas informamos a los pacientes de otras cosas, por ejemplo, derechos u oportunidades; en ocasiones, tenemos que instruirlos o darles indicaciones sobre cómo tomar un medicamento o cómo acceder a servicios de salud más especializados; esto también forma parte de la entrevista.

NOTAS

3.4 Transferencia y contratransferencia

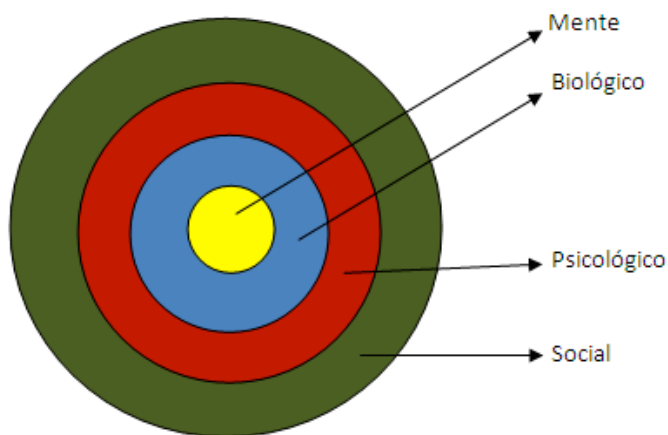
En la entrevista también juegan un papel muy importante algunas modificaciones que se operan entre los participantes en este proceso: en primera instancia la **transferencia**, es decir, los sentimientos, recuerdos y sensaciones que se despiertan en el paciente debido a esa relación con su médico y que se asocian con personas significativas de infancia o con quienes se ha tenido vivencias y experiencias importantes. Igualmente, juega un papel importante la **contratransferencia**: aquellos sentimientos que despierta en el terapeuta la relación con su paciente y que tiene raíces similares en las experiencias anteriormente vividas.

Esos sentimientos pueden ser de diverso origen y tipo; desde simpatía y afecto, hasta amor, y desde molestia e incomodidad, hasta odio franco. Por esto es importante estar atentos y vigilantes para no confundirse en la relación de entrevista y manejar el afrontamiento de la enfermedad de un modo más profesional.

Inicialmente, la conciencia de lo que pasa en la relación es responsabilidad del médico que tiene información de ese fenómeno. En consecuencia, debe estar atento, **no sólo para advertir su presencia sino hacerla explícita**, limitando la relación sólo al acto médico; además debe aclarar que no es una relación de amistad, sino profesional y cooperativa con un fin conocido y una metodología limitada, en la cual **no hay otras opciones relacionales**. Conviene que esta observación sea serena y asertiva en el flujo de emociones y la precisión de los "señalamientos" a que haya lugar. En la relación media principalmente el respeto por el paciente, la cordura y la distancia justa al aproximarse al consultante. Por otra parte, es determinante el constante ejercicio de principios y valores para dar sentido a la intervención médica expresada en esta experiencia llamada entrevista.

3.5 El modelo médico

El modelo médico (biopsicosocial) es importante siempre y cuando los seres que interactúan lo hagan cada uno con su propia historia y sus condiciones particulares. Por eso, aquí conviene partir del motivo de la consulta, la cual puede ser una queja en alguna de las áreas descritas en la figura, las cuales de todas maneras hay que explorar y entender para poder enmarcar el trabajo que se haga con el paciente.



Gráfica 1. Modelo médico psicosocial.

A manera de esquema interrelacional y de variables a explorar, se puede tomar como referencia este cuadro, ubicando los comentarios y las distintas exploraciones de la entrevista dentro de alguno de los parámetros. Por ejemplo, alguien por una crisis emocional de ansiedad con un episodio de asma, que se siente perdido, sin poder respirar, con síntomas como taquicardia, sudoración, sensación de vacío precordial y náuseas, como consecuencia de un ataque de fuerzas sin identificar a su finca de habitación y sin contar con apoyo. En este caso hay síntomas físicos y psicológicos, y desencadenantes sociales que afectan el funcionamiento de su mente y que llevan a explorar, aclarar y revelar cada detalle según el esquema presentado.

NOTAS

NOTAS

Capítulo 4: LA ESCUCHA ACTIVA

Para el desarrollo de este capítulo, se toma como referente a Bermejo (1994) y Cian (1994).

En este punto concreto conviene procesar la información desde la profesión de cada uno para entender las dificultades **desde el corazón**, observando detalladamente **la motivación** de los participantes. En consecuencia, se debe tener claridad de por qué están allí tanto usted como su interlocutor y qué desea éste de usted.

Hecho el balance de motivaciones y planteados los objetivos de la entrevista, es importante presentarse como alguien que centra toda su atención en el entrevistado, que existe una actitud de buena disposición y agrado para el encuentro, sin plantearse seductor. Igualmente conviene estar relajado y con apertura y, sobretodo, sin crítica alguna, como si pudiéramos realmente escuchar no con nuestros oídos sino con el corazón. Es decir, hay que tener una “mirada distinta”, observar atentamente, como si uno pudiera escuchar con los ojos y con el resto de los sentidos, como si escucháramos y entendiéramos física y emocionalmente; en otras palabras, hay que rodear la entrevista de una permeabilidad particular al relato, el cual también se produce con todos los signos de conducta verbales y no verbales que comunican integralmente los sucesos. De esta manera podemos asumir la escucha desde su comunicación contextual más integral, al servicio de trascender las palabras en función de los sentimientos y las sensaciones del entrevistado que es el protagonista de nuestro trabajo.

La intervención de escucha incluye el examen que pueda hacer el profesional del **clima de energía** presente en la entrevista. Lo anterior se consigue estando atento a cómo van y vienen los sentimientos y cómo operan las congruencias o incongruencias de la misma, el ámbito de lo interno y de lo externo de cada uno, cómo está presente la intimidad en ese espacio, si hay o no resonancia recíproca – como en el caso de un diapasón, si uno vibra, también el otro lo hace en la misma frecuencia y con igual intensidad–. Para el caso de la entrevista, es la vibración de ambos inconscientes en que el entrevistador tiene interviniendo un aparato de medida intencional que es él mismo y su entrenamiento para escuchar.

En esta escucha, la atención se dirige a comprender lo que pasa para poder captar y describir la secuencia de signos (lo que se dice), palabras y significantes (lo que se quiso decir), y el contenido integral de la comunicación. Vemos aquí el recurso de la palabra al servicio de la subjetividad y sabemos que hablar es una actividad en sí misma terapéutica, reduce la ansiedad, drena la emotividad, abre el camino a la trascendencia del individuo, fomenta la intimidad y traduce los seres humanos. Por eso, es clave acallar los diálogos internos provenientes de nuestro

interior (opiniones, deseos, consejos, sugerencias, creencias, juicios de valor, etc.) para poder aprovechar ese vacío intrapsíquico que se genera en nuestro interior cuando practicamos el arte de callar. De esta manera se produce ese silencio interior y se permite que dicho vacío sea ocupado por los pensamientos del ayudado; entonces, podremos hacer una lectura desde el corazón, sopesando las expresiones y experiencias de la vida del entrevistado, quien termina rodeado de un profundo respeto.

La escucha activa es una de las formas más sofisticadas de ejercer los valores, permitiendo que éstos surjan y se expresen en la práctica de una “mirada distinta”, en medio de un silencio “participante y receptivo”. Por eso, la escucha con el corazón es un instrumento que alivia, libera, facilita la apertura, la comprensión y la afirmación del ayudado.

El principal, y quizá el más importante de los recursos del entrevistador, es precisamente la respuesta empática ya descrita anteriormente y la cual invitamos de nuevo a leer y practicar.

La escucha activa tiene algunos peligros que conviene superar pero conocer y que en la práctica se presentan en algunas oportunidades. Son por ejemplo la curiosidad, la ansiedad personal, la superficialidad y la tendencia a hacer juicios, la actitud predicadora, y las respuestas impulsivas, agresivas o pasivas.

La escucha es una habilidad adiestrable, evaluable, observable, repetible, que se puede enseñar y que se puede aprehender. No tema actuar con sus propios ingredientes de humanismo y sus propios valores, estas acciones son posibles.

Vista así, la escucha activa es un vehículo de acogida que se convierte en un primer elemento terapéutico clave en la relación interpersonal, en la ayuda desprovista de ocultos intereses, que facilita hacer un ejercicio de “arqueología vital” y existencial puramente descriptivo que resulta ser la Historia Clínica Psiquiátrica que veremos más adelante.

NOTAS

PARTE II

Capítulo 5 HISTORIA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA

Lina María González B.

Introducción

La historia clínica en psiquiatría es, junto con la entrevista psiquiátrica, uno de los ejes fundamentales para el entendimiento, la comprensión, el diagnóstico y el tratamiento de las personas que presentan algún tipo de alteración en su salud mental, en consecuencia, contempla los mismos aspectos.

La historia clínica psiquiátrica se puede definir como el registro completo, realizado de manera confidencial a todo paciente que se atiende por primera vez. En ésta establecemos un diálogo de tal forma que se entienda, conozca y comprenda al individuo, generando así una relación médico-paciente de considerable valor terapéutico.

Jaspers (1910) transportó a la psiquiatría el movimiento fenomenológico con lo que puso de relieve la necesidad de recoger en las historias clínicas psiquiátricas una transcripción literal de las expresiones del paciente y una fiel descripción de su comportamiento, dejando de un lado los síntomas y las interpretaciones de los mismos. Lo anterior con el fin de obtener un completo registro del modo como el enfermo experimenta los síntomas de su mundo interior.

5.1 Estructura de la historia clínica psiquiátrica

5.1.1 Anamnesis

En la anamnesis se recogen los datos de filiación, motivo de consulta, antecedentes personales y familiares, y la historia de la enfermedad actual. A continuación se explica cada uno de éstos.

5.1.2 Datos de filiación e identificación del paciente

Se debe dar un número de historia, número de identificación, nombre, edad, sexo, fecha de nacimiento, estado civil, lugar de origen y de residencia, estudios realizados, profesión, situación laboral y socioeconómica, religión. Se deberá describir, con la mayor precisión posible, el grupo étnico al cual pertenece el paciente, según unas pocas categorías (por ejemplo, indígena monolingüe o

bilingüe, negro, mestizo, mulato, emigrante europeo, mezcla indeterminada, raizal, etc.). Este dato puede dar una idea clara acerca de su trasfondo cultural (prácticas mágicas, creencias en brujerías y hechizos, empleo de las emociones, costumbres y actitudes generales, etc.).

5.1.3 Motivo de consulta

El motivo de consulta es lo que en realidad ha ocasionado que el paciente haya acudido a nuestro servicio. Si se describe con las palabras del propio paciente, sabremos cómo ha percibido los acontecimientos ya que su familia puede considerar el problema de forma diferente. También se deben valorar las circunstancias de la remisión, quiénes han sido los personajes implicados: el propio paciente voluntariamente, la familia, el médico de cabecera, etc.

5.1.4 Enfermedad actual

Se debe describir de manera cronológica y ordenada los primeros síntomas, especificando tipología, duración e intensidad de los mismos y cómo han evolucionado con el paso del tiempo; si cursaron con mejoría espontánea; si ha precisado o no asistencia previa; si ha recibido tratamiento farmacológico y el efecto producido, además, se debe anotar qué cambios de comportamiento se han presentado.

Es importante anotar si la presencia de síntomas ha estado relacionada con alguna situación de cambio en su historia personal o familiar como desplazamiento, violencia en la familia, muertes cercanas, divorcio, etc.

Hay que intentar precisar cuándo fue la última vez que el paciente se sintió medianamente estable y duración aproximada de este periodo asintomático.

También debe indagarse sobre la personalidad previa a la aparición de la enfermedad, de qué forma se han visto afectadas sus actividades cotidianas y sus relaciones personales, en definitiva, valorar si ha habido o no ruptura en su psicobiografía. En el caso de que hubiera episodios anteriores, evaluar si fueron o no similares al actual.

Es necesario que el médico haga preguntas como: ¿Hasta cuándo estuvo bien el paciente?, ¿qué fue lo primero que notaron que fuera raro o diferente?, ¿en qué ha cambiado?, ¿cómo está comiendo?, ¿cómo está durmiendo?, ¿alguien más ha notado cambios, y cuáles son?, ¿hay momentos más difíciles en el día?, ¿ha tenido ideas de morirse o de hacerse daño, o de hacer daño a otros?, ¿cuáles son sus intereses actuales? A partir de esta información se van investigando otros síntomas, la frecuencia y las circunstancias de su aparición.

5.1.5 Antecedentes clínicos

A continuación se describen los antecedentes clínicos relevantes para la historia clínica en psiquiatría y el objetivo de cada uno.

NOTAS

- a. **Médico-patológicos.** Relacionar todas las enfermedades que presente o haya presentado como, por ejemplo, diabetes mellitus, hipertensión arterial, hipotiroidismo, etc.
- b. **Quirúrgicos.** Escribir los procedimientos quirúrgicos que haya requerido el paciente.
- c. **Tóxico-alérgicos.** Conocer el uso previo o actual de sustancias como cigarrillo, alcohol, psicoactivos (marihuana, cocaína, inhalantes, bazuco, etc.), se debe describir edad de inicio, tiempo de consumo y forma de consumo. Se debe también indagar frente a alergias (medicamentos, alimentos, etc.).
- d. **Ginecoobstétricos.** Indagar edad de menarquía, frecuencia y duración de ciclos menstruales, historias de embarazos, uso de planificación, número de compañeros sexuales.
- e. **Traumáticos.** Relacionar traumas físicos presentados.
- f. **Transfusionales.** Escribir si ha requerido de transfusiones sanguíneas o de hemoderivados.
- g. **Farmacológicos.** Escribir las medicaciones que actualmente esté recibiendo, tiempo de uso y dosis.
- h. **Laborales.** Describir la historia laboral así como contacto con elementos de riesgo.
- i. **Psiquiátricos.** Indagar frente a enfermedades psiquiátricas previas, consultas previas a psiquiatría y/o psicología, respuesta ante tratamientos.
- j. **Familiares.** Determinar si alguno de los parientes de primer o segundo grado padecen alguna patología como cáncer, hipertensión, epilepsia o patologías psiquiátricas o han requerido hospitalización psiquiátrica. Indagar sobre la presencia de suicidio, motivo y si hubo o no consumación de los mismos; igualmente, la presencia de uso o abuso de sustancias psicoactivas en familiares. Una pregunta podría ser: ¿Ha habido alguna enfermedad grave en la familia? Es importante averiguar si existen antecedentes de criminalidad, brutalidad o incesto. Las siguientes preguntas podrían orientar al informante: ¿Hay algún familiar que se muestre muy violento, o que acostumbre golpear a los miembros de la familia? ¿Alguno ha estado alguno detenido y por qué? ¿Hay alguno que beba licor con frecuencia hasta emborracharse y se comporte violentamente al llegar a su casa?

NOTAS

5.1.6 Historia familiar

En este apartado se debe describir a los miembros de la familia cercanos como: padres, hermanos, esposa(o), hijos, etc. Se debe especificar nombre, ocupación, edad, estado civil y relaciones con el paciente. Ayúdese con preguntas como:

¿Cómo es el papá y cómo es su relación con el paciente? O con consignas como:
Escríbame, por favor, como son las relaciones en la familia.

5.1.7 Historia personal

Además de estudiar la enfermedad actual del paciente y su situación vital, es necesario conocer lo acaecido desde su nacimiento hasta la actualidad. La historia personal se suele dividir en tres grandes partes: periodo del desarrollo, primera infancia, infancia tardía y vida adulta.

- A. **Periodo del desarrollo.** Historia prenatal y perinatal. Se analiza la situación familiar en que nació el paciente, si el embarazo fue deseado y planeado, el estado emocional de la madre durante el embarazo, si hubo patología materna o fetal durante la gestación, tipo de parto, condición del niño al nacer (si se puede, consignar el APGAR).
- B. **Primera infancia (desde el nacimiento hasta los tres años):** Se debe investigar sobre la calidad de la interacción madre-hijo durante el desarrollo psicomotor (el aprendizaje del comer, control de esfínteres, etc.), y la existencia de problemas en esta área. Debe analizarse sobre el entorno familiar del infante, las condiciones socioeconómicas, la relación con los padres y hermanos, etc. La personalidad emergente del niño es de crucial importancia, deben recopilarse datos además de su capacidad de concentración, de tolerancia a la frustración o de posponer gratificaciones, etc. En resumen, deben explorarse fundamentalmente las áreas de: hábitos de alimentación, desarrollo temprano, síntomas de problemas de comportamiento, personalidad infantil, fantasías o sueños primeros o recurrentes.

Infancia media (de 3 a 11 años). Se deben evaluar factores tan importantes como identificación del sexo, los castigos habituales en casa y las personas que ejercían la disciplina e influyeron en la formación de la conciencia temprana. Se deben consignar las primeras experiencias escolares, cómo le afectó la separación con la madre. Preguntar sobre las primeras amistades y relaciones personales. Dentro de la relación escolar se deben describir los patrones tempranos de asertividad, impulsividad, agresividad, pasividad, ansiedad o conducta antisocial. También es importante la historia del aprendizaje de la lectura y del desarrollo de otras habilidades intelectuales y motoras. Debe explorarse a la vez la presencia de pesadillas, fobias, enuresis, masturbación excesiva.

Adolescencia. En esta etapa el individuo empieza a desarrollar la independencia de los padres mediante otras relaciones con amigos. Se deben establecer los valores de los grupos sociales del paciente y determinar la importancia de los padres. Debe explorarse la vida escolar del paciente, su participación en actividades de grupo, relaciones con compañeros y profesores. Debe preguntarse por *hobbies*, áreas de

NOTAS

interés, etc. También es importante averiguar sobre el desarrollo de la identidad y de la vida sexual del sujeto. En resumen, no se pueden pasar por alto las siguientes áreas: relaciones sociales, historia escolar, desarrollo cognoscitivo y motor, problemas físicos y emocionales, uso de sustancias (alcohol, marihuana, etc.) y sexualidad.

C, Edad adulta. Debe consignarse la historia ocupacional del paciente, la formación y las prácticas requeridas, los conflictos relacionados con el trabajo, y las ambiciones y objetivos a largo plazo. Se deben explorar los sentimientos que tiene con respecto a su trabajo actual, las relaciones con compañeros, jefes o empleados, y describir la historia laboral (número y duración de los trabajos que ha tenido). También es importante preguntarle por las relaciones de pareja, su historia marital, la religión que posee, sus actividades sociales, su situación vital actual, incluyendo cambio vitales como desplazamiento, violencia, pérdidas familiares, entre otros. La historia legal, sexual y familiar y, finalmente, sobre sus proyecciones futuras en todos los ámbitos, sus sueños y fantasías.

5.1.8 Personalidad previa

Este apartado se refiere a la descripción de los informantes e incluso del mismo paciente acerca de su funcionamiento previo. Se debe interrogar acerca de los estados de humor habituales en el paciente, su estabilidad y sus variaciones, la manera como maneja sus situaciones de estrés, las decepciones y las situaciones nuevas. Esta parte corresponde a la descripción que hacen los informantes de cómo veían al paciente antes de la iniciación de su enfermedad actual. En este punto conviene utilizar palabras que den una idea clara sobre su comportamiento en cuanto a los distintos aspectos de su vida, por ejemplo: "Era responsable, estudioso, buen miembro de familia, le gustaban poco las fiestas y los amigos; era tímido". Realice preguntas como: ¿Cuénteme como era él (usted) antes de esto?, ¿cómo manejaba las situaciones difíciles?

5.1.9 Experiencias emocionalmente perturbadoras

Consigne tanto las experiencias más traumáticas en la vida del paciente y su reacción ante ellas, como sus preocupaciones crónicas. Si el paciente no describe ninguna, anote aquellas que usted considere pudieron ser importantes. Realice preguntas como: ¿Cuál ha sido una situación dolorosa o inquietante en su vida?

5.2 Examen del paciente

5.2.1 Examen físico

Se deben incluir los signos vitales: frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, tensión arterial, así como peso y talla. Es importante recordar la importancia de descartar patología orgánica como base o comorbilidad.

NOTAS

El examen físico se debe realizar de manera topográfica consignando sólo lo positivo, teniendo en cuenta que hay algunos sistemas en los que se debe prestar mayor atención en el paciente con patología psiquiátrica, como son: nervioso, endocrino, digestivo y genitourinario.

✓ **Examen neurológico**

Es importante recordar que hay patologías que tienen síntomas psiquiátricos pero que tienen como base un sustrato neurológico, siendo, entre otras: delirium, demencia, trastornos amnésicos y cognitivos. Igualmente patologías neurológicas que cursan con síntomas psiquiátricos, por ejemplo, la esclerosis múltiple puede cursar con depresión y trastornos cognoscitivos; las masas intracraneales pueden cursar con diversos síntomas mentales como depresión, ansiedad, euforia, cambios en el comportamiento, desinhibición, entre otros. Por esto es necesario realizar un examen neurológico completo.

✓ **Examen del sistema endocrino**

Los trastornos depresivos pueden cursar con alteraciones tiroideas (hipo o hipertiroidismo) o con patologías como síndrome de Cushing, síndrome de Addison e hipoparatiroidismo. Los cuadros ansiosos con hipertiroidismo, síndrome de Cushing e hipoglicemias.

✓ **Examen del sistema digestivo**

En ocasiones, los tumores de páncreas y gástrico pueden cursar con sintomatología depresiva. La porfiria intermitente con crisis de ansiedad, así como el feocromocitoma.

✓ **Examen del sistema genitourinario**

Es importante evaluar el sistema genitourinario en quejas de disfunción sexual como impotencia, vaginismo y dispareunia, entre otras, buscando alteraciones orgánicas.

5.2.2 Examen mental

Es la parte de la valoración clínica que describe la suma total de observaciones e impresiones del médico acerca del paciente, en el momento preciso de la entrevista, ya que se debe considerar que el estado mental del sujeto puede variar de un momento a otro.

Se debe describir el estado mental del paciente; para ello es importante tener un esquema ordenado, que se ajuste a las condiciones de la entrevista, pero que, de todas formas, debe ser completo. A continuación vamos a encontrar un esquema general para el examen mental.

NOTAS

5.2.2.1 Descripción general

- a. Aspecto. Se debe describir el aspecto general del paciente y la impresión física general: postura, porte, vestimenta y aseo.
- b. Conducta explícita y actividad psicomotora. Se refiere tanto a aspectos cuantitativos como cualitativos de la conducta motora, así como los signos físicos de ansiedad.
- c. Actitud. La actitud del paciente hacia el examinador se describe en términos de: cooperación, amabilidad, hostilidad, interés, franqueza, o cualquier otro adjetivo que pueda ser útil. Se debe consignar el nivel de contacto que se consigue establecer.

5.2.2.2 Conciencia

Se refiere a la capacidad de darse cuenta de sí mismo y del entorno. Permite identificar si el sujeto está alerta o no y en qué grado.

5.2.2.3 Orientación

El análisis de la orientación permite identificar si el paciente logra adecuada ubicación en las coordenadas del tiempo, del espacio, al igual que su identidad como persona. Pregúntele al paciente: ¿Sabe usted que día es hoy?, ¿qué año es?, ¿en qué fecha no encontramos? –orientación temporal–. ¿Sabe en dónde estamos?, dígame el nombre de la ciudad –orientación espacial–. ¿Quién es usted?, ¿qué hace? –orientación personal–.

5.2.2.4 Atención

Se debe evaluar si el paciente es capaz de atender al entrevistador, enfocar su atención a lo que se le solicita y dirigir la atención de forma autónoma.

5.2.2.5 Memoria

La exploración de la memoria permite identificar si se conserva o no la función cognitiva de retención de datos, fijación de los mismos, evocación y pérdida del recuerdo. Para su evaluación, repítale al paciente tres palabras como: *casa*, *mesa*, *árbol* y pídale que se las repita; luego de pasados cinco minutos, mientras continúa la valoración, solicítele que se las diga nuevamente. Deje consignado lo que encontró.

5.2.2.6 Lenguaje

La exploración del lenguaje y la comunicación permite identificar si están cumpliendo con su función. Es importante anotar la presencia de alteraciones en la velocidad del lenguaje como muy lento –bradilalia –, o muy rápido –taquilalia–. Igualmente, alteraciones en su emisión como disartrias, disfasias, o en su comprensión como en algunas afasias.

Tener en cuenta que la comunicación entre el paciente y el entrevistador se realiza no sólo a través del lenguaje oral, sino también, del mímico e, inclusive, del escrito. Hay que estar atento a reparar en la velocidad de la emisión del discurso y sus fluctuaciones en relación con los estados o cambios de ánimo, en el sentido de su aceleración o retardo; al tono –agudo o grave–, a la intensidad –exagerada o

NOTAS

disminuida–, a la productividad –aumentada o restringida–, a la fluidez o a las detenciones, al orden o desorden de las asociaciones, a las repeticiones innecesarias y a la comprensibilidad o no del discurso. Otro tanto hay que anotar a la mímica: si está exagerada, disminuida o ausente y si concuerda con las palabras o el estado de ánimo dominante. De otro lado, si hay concordancia entre el lenguaje oral y el escrito.

5.2.2.7 Pensamiento

La exploración del pensamiento permite identificar si su origen es concordante con la realidad, con la temporalidad; es decir, si es lógico cuando expresa ideas coherentes, o ilógico cuando contradice el juicio de realidad.

Se explora el curso del pensamiento en relación con si es rápido –taquipsiquia–, o lento –bradipsiquia–, si hay aparición de ideas no relacionadas con el hilo del discurso –fuga de ideas–.

Así mismo se debe anotar el contenido, en relación con la presencia de:

- ✓ Ideas fijas. Ideas presentes que se puede modificar fácilmente sin afectarme emocionalmente.
- ✓ Ideas sobrevaloradas. Ideas lógicas que generan malestar emocional pero que el paciente capaz de criticar.
- ✓ Ideas obsesivas. Son ideas usualmente ilógicas, perseverantes y recurrentes que generan ansiedad pero que el paciente es capaz de criticar.
- ✓ Ideas Delirantes. Son ideas que están por fuera de la realidad, son ilógicas, pueden generar o no malestar emocional pero el paciente no es capaz de criticarlas; es decir, le parecen válidas, a pesar que todos intenten mostrarle que lo no son.

5.2.2.8 Sensopercepción

Se refiere a la función psicológica frente a la percepción de la estimulación interna y del mundo externo. Sus alteraciones se evalúan con respecto a la presencia o no de un estímulo real o no, al lugar en donde se encuentra el estímulo y la crítica del mismo (tabla 1). Su valoración se realiza a través de preguntas como: ¿usted escucha voces?, ¿siente algo extraño en su cuerpo?, ¿ve cosas que otros no ven?

Tabla 1. Ítems para valorar la sensopercepción

NOTAS

Nombre	Estímulo	Lugar del estímulo	Crítica	Ejemplo
Ilusiones	Sí	Afuera	Sí	Vi a una persona pero me confundí, era otra.
Alucinosis	No	Corporal	Sí	Siento que oigo voces dentro de mi cabeza pero sé que no es real
Pseudoalucinaciones	No	Corporal	No	Oigo voces dentro de mi cabeza que me ordenan. Siento que me mueven
Alucinaciones	No	Afuera	No	Me llaman una personas y me dicen cosas que no entiendo

NOTAS

5.2.2.9 Afecto

La evaluación del estado emocional debe tomar en cuenta criterios objetivos y subjetivos, anotándose las emociones y estados de ánimo dominantes. Se deben distinguir las reacciones emocionales que son respuestas a una situación significativa de los estados de ánimo de naturaleza endógena y las actitudes emocionales que orientan la conducta, dando significación a las situaciones, pudiendo referirse a otras personas, a la propia persona y, en general, a todo tipo de situación.

Se considera, objetivamente, la expresión facial, el comportamiento general, la postura, la marcha, los gestos. Debe prestarse atención a la ocurrencia de lágrimas, sonrojos, sudor, dilatación pupilar, taquicardia, temblores, respiración irregular, tensión muscular, aumento de presión arterial, modificaciones somáticas presentes en estados de tensión, angustia, miedo y depresión. Es importante, para la conveniente identificación, el aspecto subjetivo, es decir, la descripción que hace el paciente de su propio estado afectivo, sea espontáneamente o como respuesta a nuestras indagaciones. De otra parte, es indispensable anotar los cambios o las modificaciones que se producen a propósito de tal o cual declaración. Signo de haberse tocado o aproximado a un asunto importante es la aparición de una emoción intensa, y una manera de acercarse a su mejor comprensión es ayudar a conocer las situaciones que la provocan. Tan importante como lo mencionado es el estudio de cómo se las controla o suprime y de qué manera el estado afectivo modifica o compromete el funcionamiento psicobiológico; por ejemplo, precisa saber qué ha condicionado ese estado emocional, por qué responde así, tan intensamente, qué es lo que siente y manifiesta y qué es lo que hace en ese sentido.

En cuanto a los estados de ánimo, se debe tener en cuenta también la periodicidad y a la alternancia con otros estados de ánimo, su presentación por accesos o fluctuante y su vinculación a otros fenómenos (crisis convulsivas, por ejemplo) en general; buscar qué conexiones se dan con alguna conducta irracional o peligrosa (ideas de suicidio) tendencia agresiva, pródiga, promiscua u otras. Prestar atención a la concordancia o discordancia entre lo que dice el paciente y

su expresión emocional –respaldo ideo-afectivo. Puede ocurrir que la expresión de los pensamientos no se acompañe de las emociones o expresiones emocionales correspondientes; así, hable de asuntos serios sonriendo o viceversa. Otras variables importantes son: la facilidad y la variabilidad. Puede ocurrir que asuntos chistosos susciten torrentes de risa o que pensamientos apenas tristes provoquen llanto intenso y prolongado; en estos casos, con causa insuficiente, ¿reconoce el paciente lo excesivo e incontrolable de su respuesta?, es importante de anotar.

5.2.2.10 Inteligencia

Se debe evaluar en relación a la capacidad adaptativa del individuo y a la respuesta que genera ante situaciones difíciles.

5.2.2.11 Juicio y raciocinio

Debemos evaluar la validez del juicio crítico ante la realidad y visualizar el conjunto del funcionamiento de la capacidad cognitiva de abstracción y simbolización: “Soy capaz de entender de manera global lo que está ocurriendo y actúo coherentemente frente a ello”.

5.2.2.12 Motricidad o conducta motora

Debemos evaluar la actitud motora del individuo, anotando la presencia de agitación, inhibición, presencia de conductas estereotipadas, tics, ecopraxia (repetición de movimientos de otra persona), entre otros.

5.2.2.13 Introspección y prospección

Debemos valorar la capacidad de reconocer como propias actividades conscientes e inconscientes y si con su confrontación se logra un adecuado juicio de realidad. Realice preguntas como: ¿Reconoce lo que le está ocurriendo?, ¿cuál es su perspectiva actual?

5.3 Diagnóstico

Luego de la exhaustiva evaluación del paciente, debemos intentar una aproximación diagnóstica que nos oriente el manejo inicial desde primer nivel de atención. Es importante contarle al paciente nuestra impresión diagnóstica inicial y darle expectativas de manejo (Módulos 6 y 7). Igualmente, tener en cuenta las comorbilidades físicas del individuo para ser manejadas.

NOTAS

NOTAS

Actividades

Actividad 1: Tarea

- Tomar un paciente del objetivo de este diplomado de la consulta y realizar una entrevista e historia clínica psiquiátrica completa. Diligencie los ítems anotados previamente. Recuerde que es importante anotar todo lo que usted considere relevante. En caso que usted no sea médico o psicólogo, cuál sería desde su disciplina la propuesta que usted haría que permita informar las condiciones mentales de una persona, por favor realice esta aproximación con una persona cercana.
 - Suba el archivo M5tarea1 apellido.nombre en la opción tareas
- ✓ Fecha máxima de entrega 29 de octubre

Actividad 2: Foro

Discuta su caso en el foro planteado para tal fin y discuta los casos de al menos dos de sus compañeros

NOTAS

Bibliografía

Jaspers, Karl. Escritos psicopatológicos. Editorial Gredos. 1977

Lyason Psychiatry, Cassem

Othmer Ekkehard DSM IV: La entrevista clínica tomo 1 fundamentos. Biblioteca del DSM-IV-TR. Volumen 1 de DSM-IV-TR, Elsevier España, 2003

Shawn Christopher Shea Psychiatric Interviewing: the art of understanding

Slaikou Karl A Intervención en Crisis,; 158.1

Sullivan Entrevista psiquiátrica1954

Taborda Luis Carlos. Principios de semiología psiquiátrica

Vallejo Ruiloba J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría Ed. Masson, , 1998.