

EXPLORACIÓN PSIQUIÁTRICA

ANAMNESIS

Datos de filiación

Hacer listado de problemas. Tomar cada uno por separado y preguntar por:

Comienzo Duración Efectos sobre la familia Soluciones intentadas y razones de los fracasos

Motivo de consulta e historia de la enfermedad actual

Circunstancias presentes:

Domicilio Finanzas Trabajo Matrimonio Amigos

Historia familiar:

Salud física y mental Trabajo Personalidad

Biografía:

Parto Crecimiento Control de esfínteres Primer recuerdo Desarrollo ¿Cómo ha sido su vida?

Escuela:

Nivel de rendimiento Relaciones con los compañeros y los maestros Juegos (¿solo o con amigos?)

Pubertad y reaparición de las actividades sexuales Aficiones Estudios realizados

Servicio militar Actividad laboral Religión Sexo Noviazgo y matrimonio Hijos

Personalidad previa:

Antes de que todo esto sucediera, ¿cómo se definiría usted mismo?

CONDUCTA NO VERBAL

Apariencia física: Vestimenta, estilo, peinado, complexión, etc.

Movimientos: Gesticulaciones, tics, manipulación de objetos, etc.

Postura: Relajada, tensa, piernas cruzadas, distante del terapeuta, muy próxima, etc.

Contacto ocular: Constante, huidizo, ausente, etc.

Expresión facial: Sonrisas, muecas, seriedad, etc.

Excitación emocional: Lágrimas, ojos húmedos, tragar a menudo, rubor, temblor de la voz, sudoración, carcajadas inadecuadas, sorpresa, etc.

Variables del habla: Tono de la voz, velocidad, claridad, omisiones, cambios de tema, etc.

APARIENCIA GENERAL Y REACCIÓN AL CONTACTO

Los momentos iniciales de una entrevista son cruciales. Según algunos estudios, el diagnóstico psiquiátrico se esboza en los 3 primeros minutos de una entrevista

Un dato que surge inmediatamente al ponernos a hablar con un paciente es su **abordabilidad**; por tal se entiende la capacidad y disponibilidad del sujeto para ponerse en contacto con el médico. Es abordable el que contesta las preguntas que se le realizan, aunque lo haga de forma incoherente, mientras que es inabordable aquel paciente que no contesta, lo cual puede ser debido a distintas causas tales como que sea reticente, negativista, que esté agitado o estuporoso.

El **arreglo** y la **limpieza corporal** del paciente también son importantes. Aunque éste se ve muy influido por factores socioculturales, hay sujetos que se presentan medio desnudos, muy desaliñados y sucios, o bien exageradamente adornados.

Otro signo importante es el **contacto visual**; generalmente los depresivos, los fóbicos sociales e incluso los paranoides y psicóticos evitan con frecuencia el contacto visual con el médico, mientras que los maníacos y los agresivos suelen mantener la mirada con mayor fijeza.

CONCIENCIA

Desorientación: alteración de la orientación en tiempo, espacio o persona.

Confusión: hay una disminución (a veces poco significativa) del nivel de vigilancia, pero al que se sobreañaden trastornos de la ideación y de la percepción (delirios y alucinaciones) que fluctúan y no siempre se reconocen. El paciente tiene dificultad para seguir la entrevista; si se le hacen preguntas cerradas y breves el paciente podrá contestar, pero si se hacen preguntas abiertas, perderá el hilo del discurso, haciéndose inconexo.

Letargia, somnolencia o sopor: consiste en una dificultad para mantener la alerta y atención, a pesar de que el sujeto realiza un esfuerzo sostenido. La estimulación verbal o física provoca fluctuaciones de la somnolencia.

Obnubilación: consiste en un estado de somnolencia que generalmente fluctúa y se valora por el umbral de respuesta del paciente a los estímulos externos. Además hay una percepción borrosa del entorno, acompañada de un déficit de orientación y una gran dificultad para grabar los acontecimientos recientes en la memoria. La alteración del sensorio es mayor que en la letargia y no es fácil sacar al paciente de su estado; cuando se consigue, el paciente está confuso y desorientado, alternando la irritabilidad con la somnolencia.

Estupor: estado en el que el paciente solo es capaz de mantener un mínimo estado de alerta al estimularlo potentemente.

Delirium: estado caracterizado por aturdimiento, inquietud, confusión y desorientación total o parcial y que se asocia con miedo y alucinaciones.

ATENCIÓN

Hipervigilia: estado caracterizado por la vivencia de claridad de conciencia o mente en el que parece que el sujeto se hubiera liberado de un freno que tenía su mente. Se acompaña generalmente de un aumento de la actividad motora y verbal: Este estado no tiene porqué ir acompañado de un mayor rendimiento mental.

Inatención: incapacidad para movilizar la atención o cambiar el foco de atención frente a estímulos externos

Distraibilidad: incapacidad para concentrar la atención (cambios bruscos y sincopados de la atención); la atención se deposita en estímulos externos carentes de importancia. La conducta del paciente demuestra que la atención se focaliza sobre múltiples estímulos y durante breve tiempo. En la entrevista estos pacientes son incapaces de mantener su atención al entrevistador, distrayéndose con cualquier estímulo externo. A diferencia del inatento que no puede conseguir pasar la prueba, el distraído no puede ni empezarla

Trance: alteración en la que la atención se focaliza y se acompaña de alteración de la conciencia. Esta situación se produce en los estados de hipnosis, en los trastornos disociativos y en el éxtasis religioso.

AFECTIVIDAD

Afecto apropiado: situación en la que existe armonía entre el afecto aparentado por el paciente y las ideas, pensamientos y lenguaje acompañantes.

Afecto inapropiado: situación disarmónica entre el afecto aparente y lo expresado por el paciente.

Embotamiento afectivo: alteración en la que existe una notable reducción en la intensidad de los sentimientos expresados.

Restricción o constricción afectiva: evidente reducción de la intensidad de los sentimientos expresados, aunque de menor gravedad que el aplanamiento afectivo.

Aplanamiento afectivo: ausencia de signos de expresión afectiva. La voz del paciente es monótona y la facies inmóvil.

Labilidad afectiva: oscilaciones frecuentes y de breve duración del estado de ánimo, no relacionados con estímulos externos.

Disforia: estado de humor no placentero, caracterizado por irritabilidad explosiva, estallidos de cólera e ira obstinada.

Eutimia: rango normal de humor.

Estado de ánimo expansivo: expresión de los propios sentimientos sin restricciones.

Irritabilidad: estado en el que uno se molesta y se pone iracundo con facilidad.

Hipertimia: estado de humor más alegre de lo normal, con gran confianza y gozo.

Euforia: estado de bienestar, optimismo, vigor, sentimientos de grandeza y alegría sin fundamento ni contenido.

Éxtasis: sentimiento intenso de arrebatamiento.

Depresión: sentimiento psicopatológico de tristeza.

Anhedonia: pérdida de interés y aislamiento de toda actividad placentera, generalmente asociada a la depresión.

Duelo: tristeza apropiada a una pérdida real.

Alexitimia: incapacidad para expresar los afectos y sentimientos a través de las palabras.

Ansiedad: sentimiento de aprensión causado por la anticipación del peligro, que puede ser interno o externo.

Miedo: ansiedad causada por un peligro real.

Agitación: ansiedad intensa acompañada de inquietud psicomotriz.

Tensión: aumento de la actividad motora y psicológica que resulta molesto para el paciente.

Pánico: ataque agudo de ansiedad acompañado de sintomatología autonómica.

Apatía: tono emocional anodino, asociado a indiferencia afectiva y acompañado de inercia física.

Ambivalencia: coexistencia en la misma persona de dos impulsos opuestos hacia una cosa.

Abreacción: descarga emocional tras el recuerdo de una experiencia dolorosa.

Culpa: emoción que aparece cuando se hace algo que es percibido como malo.

PERCEPCIÓN

El diagnóstico diferencial de los distintos tipos de alteraciones de la percepción nos suele dar la clave del proceso subyacente, ya sea de tipo orgánico, tóxico, psiquiátrico o la combinación de ellos.

Alucinación: es una falsa percepción sensorial no asociada a un estímulo externo real ("percepción sin objeto"). Se caracterizan por:

Ausencia de objeto o estímulo

Vivenciada en el campo de conciencia externo del sujeto (Espacio exterior)

Convencimiento de realidad

Imposibilidad de ejercer un control voluntario sobre el fenómeno

Independencia del grado de intensidad de la alucinación

Hay que distinguirlas de la pseudoalucinación, también llamadas alucinaciones psíquicas, que se caracterizan por:

El paciente no las relaciona con ninguna modalidad sensorial

Suceden en la mente del enfermo y son difíciles de separar de otros procesos delirantes

Se vivencian reales, no teniendo sentido de absurdo por parte del paciente

Tipos de alucinaciones:

Alucinación hipnagógica: percepción sensitiva falsa que ocurre al quedarse dormido. No suele ser patológica.

Alucinación hipnopómpica: percepción sensitiva falsa que ocurre al despertarse. Al igual que la hipnagógica, no suele ser patológica.

Alucinación auditiva: percepción falsa del sonido (generalmente voces). Es la alucinación más frecuente en los trastornos psiquiátricos. Son frecuentes en las fases iniciales de la esquizofrenia y generalmente con el transcurso del tiempo van perdiendo intensidad.

Alucinación visual: percepción falsa que implica a la vista y que pueden ser imágenes formadas (gente), como no formadas (flashes de luz). Este tipo de alucinaciones ha de hacer sospechar en un cuadro orgánico o en una intoxicación por sustancias.

Alucinación olfatoria: percepción falsa del olfato. Se ha de sospechar un cuadro orgánico.

Alucinación gustativa: percepción falsa del gusto. También es más frecuente en alteraciones médicas.

Alucinación táctil: percepción falsa del tacto o de la sensación superficial. Suele ser la percepción de animales pequeños circulando por debajo de la piel (formicación). Se da en las psicosis tóxicas y en la patología orgánica.

Alucinación somática (cinestésica): sensación falsa de que le ocurre algo al cuerpo o dentro del cuerpo.

Alucinación liliputiense (micropsia): falsa percepción, en la que los objetos se perciben como de menor tamaño.

Anestesia hística: pérdida de capacidades sensoriales acaecida como consecuencia de un conflicto emocional.

Despersonalización: sensación subjetiva de irrealidad o extrañeza con uno mismo.

Desrealización: sensación subjetiva de que el entorno es extraño o irreal.

Micropsia: estado en el que los objetos parecen más pequeños de lo que son.

Macropsia: estado en el que los objetos parecen más grandes de lo que son.

PENSAMIENTO

ALTERACIONES DEL CURSO DEL PENSAMIENTO

Neologismo: palabra nueva creada por el paciente, generalmente como combinación de sílabas de otras palabras, e incomprensible para el explorador.

Ensalada de palabras: mezcla incoherente de palabras y frases.

Circunstancialidad: lenguaje indirecto que demora llegar al objetivo y que ocasionalmente llega a la conclusión deseada. Es un lenguaje en el que hay una excesiva inclusión de detalles y comentarios al margen.

Tangencialidad: incapacidad para la asociación de pensamientos dirigida a un objetivo. El paciente nunca llega a la conclusión deseada.

Incoherencia: pensamiento incomprensible; además de faltar una idea directriz, también falta una conexión lógica entre las palabras.

Perseveración: respuesta persistente a un estímulo previo tras la aparición de un nuevo estímulo; es la falta de conmutar de un tema a otro.

Verbigeración: repetición de palabras o frases carentes de sentido.

Ecolalia: repetición de palabras o frases dichas por otra persona; tiende a ser repetitiva. Se puede presentar en la esquizofrenia o en la demencia.

Condensación: fusión de varios conceptos en uno.

Respuesta irrelevante: respuesta que no es armónica con la pregunta realizada (es como si el paciente no atendiera o ignorara la pregunta).

Aceleración del pensamiento: es una aceleración de los procesos psíquicos. Hay un desarrollo exageradamente rápido del proceso racional, independientemente del contenido, con una disminución del tiempo de latencia entre la pregunta y la respuesta y con aumento del número de palabras vocalizadas por minuto. Se suele asociar al trastorno maníaco.

Fuga de ideas: verbalización rápida de palabras que produce un cambio constante de una idea a otra. Las ideas suelen estar conectadas, y en las formas menos graves el interlocutor puede seguirlas.

Asociaciones por asonancia: asociaciones de palabras con sonido similar pero con distinto significado.

Disgregación del pensamiento: lenguaje construido con frases correctas pero sin comprensión global del discurso. Se asocia a la esquizofrenia.

Incoherencia del pensamiento: discurso en el que existe una incomprensión total tanto de la idea global como de la conexión lógica entre las palabras.

Bloqueo del pensamiento: interrupción brusca del curso del pensamiento. El paciente dice que no recuerda de qué estaba hablando o de qué iba a hablar.

Glosolalia: expresión de un mensaje revelador a través de un lenguaje incomprensible

ALTERACIONES DEL CONTENIDO DEL PENSAMIENTO

Pobreza del contenido: consiste en un pensamiento que aporta poca información por su vaguedad, repeticiones o frases oscuras.

Idea sobrevalorada: creencia irracional, falsa y sostenida, en la mayoría de las veces con una gran carga emocional, pero de menor entidad que un delirio. Puede ser difícil de distinguir de un delirio, sobre todo si concurre patología delirante.

Delirio: creencia falsa, basada en una inferencia incorrecta de la realidad, irreductible al razonamiento lógico y la cual no concuerda con la inteligencia ni con la cultura del paciente. Según Jaspers el juicio delirante debe tener las siguientes características:

Falso.

Presentar una total certeza subjetiva (incorregible).

No influenciable por la experiencia (convicción).

Persistente.

Intenso.

De contenido imposible.

Jaspers también distinguía entre idea delirante primaria y secundaria:

Idea delirante primaria: es toda idea errónea engendrada patológicamente, que a ojos del observador aparecen como algo nuevo e irreductible y como algo primario (sin motivo); la idea invade toda la personalidad del individuo y además se considera que su aparición supone una ruptura histórico-biográfica del paciente.

Idea delirante secundaria: idea que surge como consecuencia de fenómenos afectivos, peculiaridades de la personalidad, o acontecimientos conmocionantes (comprensible psicológicamente). No se produce una ruptura biográfica del paciente y el observador.

Delirio extravagante: creencia falsa, absurda, extraña y totalmente imposible (p.ej. las bombillas le hablan al paciente y le dicen lo que tiene que hacer).

Delirio sistematizado: creencia o creencias falsas unidas por un tema único (p. ej. el paciente es perseguido por la mafia).

Delirio nihilista: creencia de que uno mismo, los demás o el mundo no existen; obien que se van a acabar.

Delirio de ruina: creencia de que uno está arruinado o de que va a ser desprovisto de todas sus posesiones. El paciente cree que carece de lo mínimo para subsistir y además las cosas irán a peor pues perderá su empleo y tanto él como su familia se verán condenados a ser unos vagabundos que acabarán muertos por inanición.

Delirio somático o de hipocondría: creencia falsa que tiene que ver con el funcionamiento corporal (p. ej. que el cerebro se le está pudriendo)

Delirio de persecución: creencia falsa de que uno es perseguido, maltratado o estafado. Sobre todo al principio, este tipo de delirio consiste en sentirse observado y objeto de comentarios indirectos, que le hace sospechar al paciente que algo a su alrededor se está tramando en contra suya. Es el tipo más frecuente de delirio.

Delirio de grandeza o megalomaniaco: exagerada concepción de la importancia de uno mismo, de su poder y de su identidad. El paciente se cree que tiene inmensas fortunas, que ocupa puestos sociales de la máxima importancia o que posee poderes sobrenaturales???

Delirio de referencia: creencia falsa de que el comportamiento de los demás se refiere a uno mismo. Los eventos, los objetos y las demás personas tienen un significado especial.

Delirio de culpa: creencia falsa de sentirse indigno y culpable de todos los males sucedidos a él, a su familia o a otras personas.

Delirio de control: creencia falsa de que la voluntad, los pensamientos o los sentimientos propios son controlados por fuerzas externas.

Delirio místico: creencia falsa de ser la encarnación de una figura de la religión o el mismísimo Dios; o bien el paciente siente ser un personaje especialmente elegido para llevar a cabo misiones que giran alrededor de la salvación del mundo.

Delirio de celos o de infidelidad: creencia falsa de que la pareja le es infiel

Delirio erotomaniaco: creencia falsa de que alguien de alto rango está enamorado del paciente y que oculta la relación por convencionalismos sociales. Es más frecuente en mujeres.

Obsesión: persistencia patológica (asociada a ansiedad) de un pensamiento o un sentimiento que no puede ser eliminado de la conciencia mediante un esfuerzo lógico. El paciente lo considera absurdo, pero no se lo puede quitar de la cabeza.

Compulsión: necesidad patológica de actuar en respuesta a un impulso, que si se resiste produce ansiedad; son actos que el paciente se ve obligado a hacer, aunque hace crítica de sus pensamientos y actos. No tienen un fin claro, salvo el prevenir que algo suceda en el futuro.

Dipsomanía: compulsión a beber alcohol.

Cleptomanía: compulsión a robar.

Ninfomanía: necesidad excesiva y compulsiva de coitos en una mujer.

Satiriasis: necesidad excesiva y compulsiva de coitos en un hombre.

Tricotilomanía: compulsión a arrancarse el cabello propio.

Ritual: actividad automática, de naturaleza compulsiva y que produce una disminución de la ansiedad.

Coprolalia: uso compulsivo de palabras obscenas.

Fobia: miedo irresistible e irracional ocasionado por un objeto, animal o situación que objetivamente no parecen peligrosos; el resultado es una necesidad imperiosa de evitar el estímulo temido. Algunos tipos de fobias podrían ser:

Fobia específica: miedo a una situación u objeto concretos (p. ej. a las arañas).

Fobia social: miedo a la humillación pública (p. ej. a hablar o a comer en público).

Acrofobia: miedo a las alturas.

Agorafobia: miedo a los espacios abiertos.

Algofobia: miedo al dolor.

Eritrofobia: miedo a ruborizarse.

Panfobia: miedo generalizado.

Claustrofobia: miedo a los lugares cerrados.

Xenofobia: miedo a los extranjeros.

Zoofobia: miedo a los animales.

LENGUAJE

Habla forzosa: discurso rápido, aumentado en cantidad y difícil de interrumpir.

Logorrea: lenguaje copioso, pero coherente y lógico.

Pobreza del discurso: disminución en el caudal de los recursos lingüísticos; las respuestas suelen ser monosílabos.

Lenguaje no espontáneo: el lenguaje no se inicia por propia iniciativa, sólo cuando se le pregunta o se le habla directamente.

Pobreza del contenido del discurso: discurso con una cantidad apropiada, pero que aporta muy poca información debido a la vaguedad y a las frases vacías.

Disprosodia: pérdida de la melodía normal del habla.

Disartria: dificultad en la articulación, en no encontrar las palabras y en la gramática.

Voz excesivamente alta o baja: pérdida de la modulación normal del volumen del habla

Tartamudeo: repetición frecuente o prolongación de un sonido o sílaba, produciéndose un deterioro en la fluidez del habla.

Afasia: alteración en la producción del lenguaje.

Afasia motora: alteración del lenguaje en el que se conserva la capacidad de comprensión, pero hay afectación de la capacidad de hablar.

Afasia sensitiva: pérdida de la capacidad de comprensión del significado de las palabras; el lenguaje es fluido, pero totalmente incoherente.

Afasia nominal: dificultad para encontrar el nombre correcto a un objeto.

Afasia sintáctica: incapacidad para la disposición de las palabras en un orden correcto.

Afasia global: combinación de afasia motora y sensitiva.

MEMORIA

Amnesia: incapacidad total o parcial para recordar experiencias pasadas

Amnesia anterógrada: pérdida de memoria a partir de un punto en el tiempo (la aparición de un trastorno que generalmente es orgánico).

Amnesia retrógrada: amnesia para lo anterior a un punto en el tiempo (trastorno generalmente orgánico que generó la amnesia); es el caso del paciente con un traumatismo craneoencefálico que no recuerda lo sucedido antes del traumatismo (pueden ser incluso días).

Paramnesia: falsificación de la memoria por distorsión del recuerdo.

Falsificación retrospectiva: distorsión inconsciente de la memoria debido al estado emocional, cognitivo y experiencial actual.

Fabulación: rellenado inconsciente de las lagunas de la memoria con experiencias imaginadas que el paciente cree. Se asocia frecuentemente a patología orgánica.

Déjà vu: ilusión de reconocimiento visual en el que una situación nueva es vivida como si hubiera ocurrido con anterioridad.

Jamais vu: sensación falsa de que uno no ha experimentado una situación que realmente sí la vivió

Hipermnesia: anormal incremento de retención y recuerdo.

Represión: mecanismo de defensa caracterizado por el olvido inconsciente de ideas o impulsos inaceptables.

CONDUCTA MOTORA (CONACIÓN)

Agitación psicomotriz: estado caracterizado por una hiperactividad psíquica y motora, generalmente no productiva, y como consecuencia de una tensión interior. A veces se acompaña de trastornos de la conciencia. Puede haber desinhibición verbal con falta de conexión ideativa y alteraciones del estado afectivo con cólera, ansiedad o euforia. Es sin duda una de las urgencias psiquiátricas clásicas.

Inhibición psicomotriz: estado caracterizado por una disminución cuantitativa de la motricidad y por una hipoactividad de todas las funciones psíquicas.

Catatónia: síndrome psicomotor caracterizado por la aparición de síntomas como catalepsia, negativismo, estupor, mutismo, ecosíntomas, rigidez muscular y estereotipias.

Catalepsia: posición inmóvil que se mantiene de manera constante.

Excitación catatónica: actividad motora sin objeto, influenciada por estímulos externos.

Estupor catatónico: entecimiento de la actividad psicomotriz que a menudo llega a la inmovilidad y a la desconexión del medio.

Rigidez catatónica: asunción voluntaria de una postura rígida, resistiéndose a cualquier esfuerzo de ser movido.

Postura catatónica: asunción voluntaria de una postura extraña, mantenida generalmente durante largos períodos de tiempo.

Flexibilidad cerea: estado en el que el paciente puede ser moldeado en una posición que es mantenida (a veces antinatural); al moverlo, el médico siente como si el paciente fuera de cera.

Negativismo: resistencia sin motivo a ser cambiado de postura o a responder a cualquier orden.

Cataplejía: pérdida transitoria del tono muscular.

Estereotipia: patrón repetitivo fijo de actitudes, gestos, actos o expresiones verbales, mantenidos en el tiempo y sin una finalidad útil.

Manerismo: sobrecarga innecesaria de los medios de expresión, perdiendo éstos su naturalidad y haciéndose recargados y teatrales.

Automatismo: realización de un acto o actos de forma automática y que suelen representar una actividad inconsciente simbólica.

Obediencia automática: seguimiento inmediato de las sugerencias.

Mutismo: ausencia de expresión verbal debido a causas psíquicas.

Tic: movimiento espasmódico, que suelen aparecer en la cara, cabeza o cuello de forma repetitiva e involuntaria (p.ej. guiño de un ojo, mover el cuello como si molestara el cuello de la camisa, etc.).

Acatisia: sensación subjetiva de tensión muscular, generalmente producido por los fármacos antipsicóticos. El paciente se muestra inquieto, no pudiendo estar quieto.

Ecopraxia: imitación patológica de los movimientos de una persona por parte de otra.

Mimetismo: actividad motora simple imitativa de la infancia.

Acting out: puesta en acción de un deseo inconsciente o un impulso

Abulia: impulso reducido a pensar y a actuar.

Convulsiones: movimientos en forma de contracciones violentas de la musculatura voluntaria, localizados en uno o varios grupos musculares o generalizados a todo el cuerpo.

INTELIGENCIA

Retraso mental: funcionamiento intelectual por debajo del promedio y en el que coexisten limitaciones en el desempeño social y vocacional.

Demencia: deterioro global de las funciones de la conciencia, sin obnubilación de la conciencia y de etiología orgánica.

Discalculia: pérdida de la capacidad de realizar cálculos matemáticos. No se debe a ansiedad ni a déficit de atención.

Disgrafía: pérdida de la capacidad de escribir a mano.

Alexia: pérdida de la capacidad de leer, la cual previamente se tuvo y que no se debe a disminución de la agudeza visual.

SUEÑO

Insomnio: quejas subjetivas de dificultad para conciliar el sueño, de sueño interrumpido de forma involuntaria y espontánea, de despertar precoz y de sueño no reparador, o bien de una combinación de los mismos.

Hipersomnia: presencia de somnolencia inapropiada e indeseada durante la fase de vigilia.

INSIGHT

Capacidad del paciente para comprender la verdadera causa y significado de la situación (como un conjunto de síntomas). Es la interpretación del paciente de cuanto le sucede, de su situación y las repercusiones.