

HISTORIA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA

Se define como aquel documento elaborado por la relación médico-enfermo y demás agentes terapéuticos, con la finalidad de extraer datos que indiquen el área y las características de la dolencia del paciente.

La historia psiquiátrica permite al médico entender quién es el paciente, de dónde viene y hacia dónde es probable que se dirija en el futuro; es el relato de la vida del paciente contada con sus propias palabras y desde su punto de vista.

Las entrevistas pueden ser dirigidas o abiertas. Una u otra por sí solas no son recomendables, ya que en las abiertas se corre el peligro de que se convierta en una charla informal, y en las dirigidas se pueden convertir en un mero interrogatorio del que el paciente puede desconfiar.

Un contacto cálido puede favorecer el desarrollo de la entrevista, pero no debemos caer en actitudes excesivamente paternalistas que pueden interpretadas por el paciente como escasa formación profesional y desinterés por sus dolencias. En la entrevista deberemos recabar información sobre:

- 1) Exploración de la personalidad. Información sobre su funcionamiento fisiológico y sobre la relación con el medio ambiente y las influencias de éste sobre el paciente.
- 2) Motivo de consulta. Saber qué pretende y demanda. Constatar si hay un beneficio secundario y expresar con claridad los hechos más recientes que han motivado la consulta (negativa a ingerir alimentos, agitación psicomotriz, etc).
- 3) Enfermedad actual. Describir los síntomas que caracterizan este episodio especificando su cronología y el efecto sobre las actividades cotidianas del sujeto.
- 4) Historia evolutiva del trastorno.
- 5) Antecedentes: médicos, alcohol y drogas, psiquiátricos y familiares.
- 6) Biografía personal. (Historia prenatal, primera infancia, segunda infancia, adolescencia, edad adulta). Requiere con frecuencia más tiempo del que se dispone en una primera entrevista, por ello se suele dejar este apartado para una segunda entrevista con el paciente y sus familiares.
- 7) situación social actual.

SECUENCIA DE LA ENTREVISTA

- En un lugar cómodo, iluminado y silencioso, el entrevistador debe presentarse al enfermo, con una pequeña charla intrascendente pero afectuosa, que dará pie a estimularle a que inicie el relato de sus dolencias.
- Se inicia la entrevista con pregunta abiertas (que le sucede, cual es su queja principal) con el propósito de escuchar mucho y preguntar poco, evitando las interrupciones.
- Progresivamente se intenta profundizar en los datos que el enfermo o el entrevistador considere más relevantes, sin abandonar la estructura abierta de las preguntas.
- Si observamos que el paciente muestra ciertas resistencias a concretar alguna cuestión, debemos seguir por otro camino, para volver más tarde al tema, con la confianza de que con el tiempo transcurrido, confíe más en el entrevistador y no le sea difícil comunicar esos datos.
- El paciente debe estar convencido de que estamos interesados no sólo en lo que dice, sino en cómo se siente, cuáles son sus preocupaciones y sus sentimientos.
- Es a mitad de la entrevista cuando debemos recabar del paciente los datos personales: filiación, antecedentes, biografía, etc. No se recomienda recogerlos al principio porque dificulta la acomodación y el proceso de empatía.
- A lo largo de la entrevista debemos alternar temas de menor interés con otros de mayor carga afectiva, dándole un descanso al enfermo.
- Controlar la objetividad de las respuestas y cuando se tengan dudas preguntar de forma inversa.
- Al finalizar la entrevista no olvidar:
 - ♣ Preguntar al enfermo si desea decir algo más.
 - ♣ Responder a todas sus preguntas.
 - ♣ Aclarar sus dudas, temores y deseos.
- Cuando la entrevista se da por finalizada, hay unos aspectos que ineludiblemente deben ser tratados con toda profesionalidad:
 - ♣ Compartir con el enfermo su preocupación por la enfermedad y convencerle de nuestro interés en el proceso terapéutico.
 - ♣ No "garantizar" la curación, pero sí un trabajo serio y responsable.
 - ♣ Explicar el proceso y plan de diagnóstico y tratamiento.
 - ♣ Ser prudentes y respetuosos, cuando se explica el diagnóstico.
 - ♣ Garantizar la discreción y el secreto profesional.

EXPLORACION DEL ESTADO MENTAL

Mientras que la historia del paciente es estable, su estado mental puede variar de un día para otro, o incluso en horas. Para la exploración del estado mental, se realizará la recogida sistemática de los síntomas actuales del cuadro de estudio. Estos síntomas y signos quedan englobados en las siguientes esferas: a) descripción general b) conciencia, c) orientación, d) atención y concentración, e) humor y afecto, f) percepción, g) pensamiento, h) lenguaje, i) memoria j) psicomotricidad y k) juicio e insight.

DESCRIPCIÓN GENERAL

Es la descripción de las características físicas del paciente (postura, pose, vestimenta, limpieza, tatuajes, etc.). Si nos parece extraño, se puede explorar preguntando al paciente “¿Cómo describiría su aspecto?”, “¿Le ha hecho alguien comentarios sobre su aspecto?”

También hemos de recoger la actitud del paciente hacia el médico, que puede describirse como colaboradora, interesada, hostil, seductora, defensiva, apática, etc.

CONCIENCIA

Se puede definir como la capacidad del organismo de conocerse a sí mismo y de conocer el mundo que le rodea.

Es imprescindible la realización de una correcta y amplia exploración física y neurológica, así como la realización de algunas pruebas complementarias (analítica general completa, gasometría arterial, ECG, ..), puesto que en muchos casos la causa no es psiquiátrica, sino que esconden una patología orgánica subyacente.

ORIENTACION

Es un complejo de funciones psíquicas principalmente perceptivas, mediante las cuales tenemos conciencia, en cada momento de nuestra vida, de la situación real en la cual nos hallamos. Sólo podemos estar bien orientados si funcionan los siguientes dispositivos psíquicos: la memoria, la atención, el pensamiento racional y la comprensión.

Tradicionalmente se han separado las alteraciones de la orientación en tiempo, espacio y persona

Exploración:

La orientación queda reflejada en la capacidad del paciente de saber quién es, dónde está, qué fecha es, qué hora es, así como sus circunstancias actuales. La evaluación de la orientación temporal incluye preguntas sobre la hora, el día de la semana, el día del mes, el mes, el año y la estación del año. La valoración de la orientación espacial incluye preguntas sobre el domicilio actual (pueblo), ciudad, país y el lugar donde se encuentra en el momento de la exploración. La orientación en persona incluirá el nombre propio, edad y situación sociolaboral. La orientación situativa se basa en las circunstancias actuales del paciente y por qué se encuentra en dichas circunstancias.

ATENCIÓN Y CONCENTRACION

Es la habilidad de focalizar la percepción hacia un estímulo interno o externo. Podemos distinguir entre una atención activa, voluntaria y una atención pasiva o involuntaria. La concentración es la capacidad de mantener la atención focalizada sobre un objeto o sobre la tarea que se esté realizando.

Exploración:

Se realizará durante la entrevista, basándose en la observación del comportamiento verbal y motor del paciente. Se debe examinar la conducta del paciente, la dirección de su mirada. También determinar la dirección del discurso, si se dirige a un tema concreto o bien pasa de uno a otro o por el contrario persevera en una idea y se muestra distraído.

Hay pruebas y tareas para valorar la capacidad de concentración y atención: hacer repetir una serie de números y valorar la dificultad y la cantidad de dígitos que puede repetir; pedir al paciente que repita al revés la palabra “mundo”; etc.

HUMOR Y AFECTO

Humor o estado de ánimo. Se puede definir como la emoción persistente y mantenida que colorea la percepción del mundo que el paciente tiene. Hay que recoger si el paciente habla de ello voluntariamente o hay que interrogarle específicamente. El humor puede ser depresivo, desesperado, irritable, ansioso, expansivo, eufórico, vacío, culpable, temeroso, perplejo, etc.

Afecto. Es la respuesta emocional del paciente en un momento dado. Es lo que el médico infiere de la expresión facial del paciente. Puede ser normal, constreñido, embotado o plano.

Adecuación. Consiste en valorar la propiedad de las respuestas emocionales a los temas que se están tratando

PERCEPCION

Se denomina al conjunto de procesos superiores implicados en la integración, reconocimiento e interpretación de patrones complejos de sensación.

Exploración:

Se basará en la entrevista. Debe describirse el sistema sensorial afectado (auditivo, visual, táctil, etc.). Es importante valorar la presencia de pérdida del juicio de la realidad sobre la experiencia perceptiva. Se puede preguntar al paciente “¿Ha escuchado alguna vez voces que nadie más pudiera escuchar o cuando no hubiera nadie a su lado?”, “¿Ha tenido sensaciones extrañas en su cuerpo que otros no parecen tener?”, “¿Ha visto cosas que otros no parecen ver?”.

PENSAMIENTO

El pensamiento se presenta como una función asociativa de diferentes aspectos psíquicos, que permite la elaboración de conceptos y juicios y consecuentemente crear un modelo de realidad. Se divide en curso y contenido

Curso del pensamiento. Es el modo de enlazar ideas y asociaciones, es decir la forma de pensar. Se ha de explorar la cantidad y la velocidad de los pensamientos, así como la direccionalidad y la continuidad del mismo. Algunas

alteraciones que se pueden dar en el curso del pensamiento son descarrilamiento, fuga de ideas, tangencialidad, circunstancialidad, incoherencia, ensalada de palabras, neologismos, etc.

Contenido del pensamiento. Es aquello sobre lo que habla el paciente. Alteraciones de esta faceta pueden ser los delirios, obsesiones, preocupaciones, fobias, pobreza de contenido, etc.

LENGUAJE

Se podría entender como todo sistema de signos susceptible de servir a la comunicación entre los individuos, siendo por tanto vehículo y expresión del pensamiento. Se exploran las características físicas del lenguaje en función de la cantidad, calidad y velocidad de producción. Puede ser espontáneo o reactivo, lento o rápido, emocional, monótono, etc. Es necesario conocer el nivel cultural y el contexto sociocultural del enfermo.

MEMORIA

Se entiende por memoria la capacidad de adquirir, retener y utilizar secundariamente una experiencia. Exploración: Podemos utilizar una serie de tareas:

♣ Memoria remota (a través de lo que el paciente recuerda e identifica); se pregunta al paciente por el nombre del anterior Jefe del Estado, la guerra civil, etc.

♣ Memoria reciente. Se examina a través de lo que el paciente recuerda, identifica y reproduce.

Es útil preguntar sobre actividades realizadas durante el día de la visita (por ejemplo, lo que ha desayunado o cenado la noche anterior).

♣ Memoria inmediata. Se examina a través de lo que el paciente identifica y reproduce. Se muestran al paciente una serie de números y palabras (aproximadamente 10) y de forma inmediata se pide al enfermo que las reproduzca.

PSICOMOTRICIDAD

Es el conjunto de características objetivables del movimiento expresado a través de la actividad motora general, la expresión facial o el habla.

Exploración:

La exploración de la psicomotricidad se basará en la observación de los datos que nos proporcionan la expresión facial, las características del habla y la actitud motora general (tics, manierismos, gestos, hiperactividad, agitación, inquietud, retorcimiento de manos, etc.).

JUICIO E INSIGHT

Durante la entrevista se ha de evaluar la capacidad del paciente de comprender las consecuencias de su comportamiento (juicio) y la conciencia del paciente de estar enfermo (insight o introspección).