

La entrevista psiquiátrica, la historia clínica y la exploración del estado mental

4

D. J. Palao Vidal y M. Caverio Álvarez



OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

- Conocer las características específicas de la entrevista clínica psiquiátrica y las diferencias con la entrevista médica general.
- Comprender los componentes de la historia clínica psiquiátrica: la anamnesis y los principales hallazgos psicopatológicos de la exploración del estado mental.
- Aplicar el diagnóstico psiquiátrico sindrómico.
- Conocer algunos ejemplos de entrevistas estructuradas de diagnóstico psiquiátrico.

INTRODUCCIÓN

La entrevista clínica es el instrumento esencial de la práctica psiquiátrica. El principal objetivo de la entrevista es obtener la información precisa para realizar un diagnóstico psiquiátrico válido basado en criterios operativos. A diferencia de la entrevista médica, la entrevista psiquiátrica no es solo el preámbulo de la exploración física o de las pruebas complementarias. El establecimiento de una relación interpersonal adecuada está estrechamente ligado a la obtención de información fiable que permita establecer el diagnóstico y, además, hacer una predicción del curso del trastorno mental y de su pronóstico. Pero, además, hay que destacar el hecho de que todas las intervenciones terapéuticas se realizan en el marco de la entrevista clínica. El desarrollo de la psiquiatría en las últimas décadas y de los sistemas operativos de diagnóstico (DSM-5-TR y CIE-11) ha determinado un cambio en el estilo tradicional de la entrevista, que dejó de estar orientada al *insight* y de basarse en la interpretación subjetiva y en la intuición del entrevistador. La entrevista psiquiátrica actual se sustenta en la descripción e identificación fenomenológica de los síntomas y signos psicopatológicos y en la descripción de su evolución temporal, con el objetivo de conseguir mayor objetividad y fiabilidad en el diagnóstico. Este diagnóstico está asociado a un pronóstico determinado y facilita la selección del tratamiento que, experimentalmente, ha demostrado ser más efectivo. Algunos elementos de la entrevista orientada al *insight* pueden resultar muy útiles para la comprensión de la personalidad del paciente y de sus conflictos vitales, pero en el entorno clínico la entrevista orientada a los síntomas es esencialmente pragmática y facilita la aplicación de intervenciones basadas en los resultados de la investigación.

El gran avance de las neurociencias y los espectaculares resultados de las técnicas de neuroimagen, biología molecular y genética hacen posible un conocimiento cada vez más preciso del funcionamiento cerebral y de las alteraciones

neurobiológicas subyacentes a los trastornos psiquiátricos. Sin embargo, este conocimiento sigue siendo insuficiente para conocer las causas de la mayoría de los trastornos y, por el momento, no se dispone de biomarcadores robustos con valor diagnóstico o pronóstico. La ausencia de elementos de validación externa (pruebas de laboratorio, neuroimagen, genética, etc.) hace que la calidad del diagnóstico y de todas las intervenciones clínicas que dependen de él se basen en la pericia y en los conocimientos del clínico que realiza la entrevista. Por este motivo, la entrevista clínica del paciente psiquiátrico sigue siendo esencial en la práctica asistencial actual y es imprescindible en la formación clínica: es el instrumento esencial para asegurar la fiabilidad y estabilidad en el diagnóstico. La información obtenida a través de la entrevista clínica psiquiátrica se registra en la *historia clínica*, que tiene dos componentes básicos: la *anamnesis* y la *exploración psicopatológica o del estado mental*.



La entrevista clínica psiquiátrica es el instrumento esencial en la práctica psiquiátrica y facilita la obtención de un diagnóstico fiable basado en criterios operativos. Conduce a la exploración y registro en la *historia clínica* de la *anamnesis general*, e incluye específicamente la *exploración psicopatológica*, que permite la descripción e identificación fenomenológica y evolutiva de los síntomas y signos psicopatológicos presentes en el momento actual.

HISTORIA CLÍNICA Y ANAMNESIS PSIQUIÁTRICA

La historia clínica psiquiátrica es el registro de la información obtenida a través de la entrevista clínica o de cualquier otra fuente y comparte la misma estructura básica que la médica, aunque con algunas diferencias importantes. Las competencias y habilidades adquiridas para realizar una entrevista médica son aplicables a la entrevista psiquiátrica. La anam-

nesis psiquiátrica incluye, sin embargo, algunos elementos diferenciales importantes: los rasgos de personalidad del paciente, la exploración del entorno, la competencia funcional actual en aspectos relevantes de su vida, la red de apoyo social y familiar, la identificación de las personas más relevantes y los tipos de relaciones, así como las estrategias de afrontamiento desplegadas en situaciones adversas en el pasado. Toda la información recogida con la anamnesis psiquiátrica debe estar organizada cronológicamente en relación con el motivo de consulta y, además, con la historia personal a lo largo de toda su vida, con el objetivo final de obtener un conocimiento multidimensional y completo del paciente y de sus circunstancias. En definitiva, la entrevista no solo pretende obtener un diagnóstico específico y orientar el tratamiento, sino hacerlo comprendiendo al paciente en el contexto social, familiar y cultural en el que se desenvuelve.

Han de tenerse en cuenta los elementos básicos que deben contener la historia clínica psiquiátrica (**Tabla 4-1**). No es preciso seguir un orden rígido en el desarrollo de la entrevista, pero, en la mayoría de los casos, es mejor comenzar por el motivo principal de consulta para establecer desde el primer momento una relación empática y de confianza y responder a las necesidades que motivan la asistencia. Toda la información y los elementos registrados en la historia clínica deben sustentar el diagnóstico basado en criterios operativos y han de orientar el plan terapéutico.

Tabla 4-1. Elementos básicos de la historia clínica psiquiátrica

1	Datos identificatorios y sociodemográficos básicos. Genograma. Relaciones sociales relevantes. Apoyo sociofamiliar
2	Principal motivo de consulta
3	Historia del trastorno actual, ordenada cronológicamente. Factores precipitantes y asociados al problema. Repercusión funcional en áreas familiar, social y laboral
4	Antecedentes psiquiátricos y médico-quirúrgicos. Tratamientos anteriores, hospitalizaciones e intentos de suicidio
5	Antecedentes psiquiátricos familiares
6	Datos biográficos explorados de acuerdo con la edad del paciente
7	Exploración psicopatológica: el estado mental del paciente.
8	Exploraciones complementarias: física, neurológica, pruebas analíticas orientadas, exploraciones de neuroimagen, exploraciones neurofisiológicas, exploración neurocognitiva, otras pruebas psicométricas.
9	Orientación diagnóstica (CIE-10)
10	Plan terapéutico
11	Evolución
12	Informes



Una gran parte de los elementos de la historia clínica psiquiátrica obtenidos en la entrevista clínica son coincidentes con los de la médica. Las diferencias fundamentales son:

- El propio marco relacional de la entrevista, que debe facilitar la comunicación de las emociones y los problemas íntimos del paciente.
- La importancia de las relaciones interpersonales del paciente, el conocimiento de su entorno familiar y social.
- La descripción del desempeño funcional en áreas relevantes y su capacidad de adaptación en las diferentes etapas y ante acontecimientos relevantes de su vida.
- La exploración del estado mental o psicopatológica.

Contexto general de la entrevista clínica

La entrevista clínica tiene lugar en un contexto y en unas circunstancias específicas que deben tenerse en cuenta para adaptar la técnica y conseguir los mejores resultados. La entrevista psiquiátrica orientada a los síntomas se realiza generalmente con un formato abierto (sin guion de preguntas); su duración aproximada es de 30 minutos a 1 hora. Requiere que el entrevistador adquiera competencias expertas mediante un entrenamiento supervisado adecuado. Puede apoyarse en la utilización de instrumentos de entrevista estandarizados y validados, que mejoran sustancialmente la fiabilidad del diagnóstico psiquiátrico en la investigación clínica y epidemiológica y, en algunos casos, son de gran utilidad en la formación clínica (por ejemplo, la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Reducida [MINI-interview, por las siglas de Mini-International Neuropsychiatric Interview]).

Antes de entrar a considerar con más detalle los contenidos de la historia clínica y el proceso de anamnesis psiquiátrica, hay que tener en cuenta los siguientes factores generales para la realización de una entrevista de calidad: a) consideraciones del entorno (*setting*); b) establecimiento de una relación interpersonal adecuada (*rappport*), y c) conducción técnica de la entrevista.

Entorno (*setting*)

La evaluación psiquiátrica en urgencias, en una unidad de hospitalización o en una consulta ambulatoria pública o privada son escenarios muy distintos que tienen que ser considerados desde el principio. Los objetivos de la exploración varían en el entorno de urgencias, con menor intimidad, síntomas más agudos e intensos, posible involuntariedad y potenciales riesgos de seguridad. En cambio, en la consulta psiquiátrica ambulatoria se dispone generalmente de un entorno más confortable y de más tiempo de exploración. En todo caso, hay aspectos comunes esenciales que configuran un entorno adecuado: privacidad, seguridad, ausencia de interrupciones, iluminación adecuada, etc. La seguridad no solo se consigue comprobando que no haya objetos potencialmente peligrosos accesibles, sino estableciendo tanto protocolos de alarma que permitan la intervención del personal de seguridad y/o del equipo como vías de escape. Los sistemas de videovigilancia continua se han convertido en un medio de seguridad pasiva muy común en entornos hospitalarios.

Actualmente se ha producido una amplia difusión de las consultas telemáticas (telefónicas o videoconsultas). En este sentido, conviene asegurar:

- Que las condiciones de privacidad y confidencialidad sean homologables a las de la entrevista presencial (por ejemplo, acordando quién está presente y si se puede grabar).
- Que la calidad de la entrevista no se vea comprometida por las limitaciones en la comunicación (especialmente no verbal) o el acceso a información relevante. En este sentido, las videoconsultas son más adecuadas para el seguimiento de pacientes conocidos y no son recomendables para la realización de primeras visitas.

Establecimiento de una relación interpersonal adecuada (rapport)

El primer objetivo de la entrevista debe ser el establecimiento de una relación adecuada y de confianza. El paciente debe alcanzar durante los minutos iniciales un *clima de seguridad y confianza* suficientes como para explicar abiertamente sus problemas más íntimos o los síntomas, de los que puede sentirse incluso avergonzado. La *actitud respetuosa y cálida* del entrevistador debe presidir la relación desde el principio, independientemente de las circunstancias y del estado clínico.

Debe transmitirse un interés sincero y auténtico por los problemas que expresa el paciente, y se ha de responder empáticamente a cualquier expresión emocional de su relato. La impresión de autenticidad puede lograrse manteniendo inicialmente una actitud abierta y espontánea, evitando las preguntas rígidas y permitiendo su expresión libre (por ejemplo, dejándole hablar 5 minutos cuando responda a una pregunta abierta: «¿Cómo se encuentra?», «¿Qué motivos le han traído a la consulta?»). Este tipo de preguntas abiertas, que dejan total libertad al entrevistado, proporcionan una información más fiable. Las preguntas cerradas son más eficaces para obtener información precisa y concreta sobre la presencia o ausencia de síntomas esenciales para el diagnóstico psiquiátrico y si cumplen o no con los criterios operativos.

Es importante delimitar los objetivos de la entrevista en algún momento a solas con el paciente y facilitar que se desenvuelva de forma mutuamente comprensible y satisfactoria. La relación de confianza establecida no puede comprometerse hablando con acompañantes sin el acuerdo del sujeto o imponiendo la presencia de observadores en formación si este lo rechaza.

Conducción técnica de la entrevista

Una de las técnicas más potentes para lograr una buena relación entre el entrevistador y el paciente consiste en explorar con esmero las áreas con connotaciones emocionales de mayor interés y, sobre todo, en contestar adecuadamente a las respuestas emocionales que se producen espontáneamente durante la entrevista (Tabla 4-2).

El primer paso consiste en escuchar con atención, observar la conducta no verbal del paciente y establecer, si es posible, un contacto ocular adecuado. Descubrir y reaccionar de forma ágil a sus reacciones emocionales en algún punto de su relato constituye un potente método de empatía (por ejemplo, decir «Parece que este tema le angustia mucho» al

Tabla 4-2. Conducción técnica de la entrevista

1	Facilitar un ambiente tranquilo, cómodo y confortable en el que observar la conducta del paciente.
2	Asegurar en todo momento que la entrevista se desarrolla en condiciones de seguridad para el paciente y el entrevistador
3	Explorar sus emociones y responder empáticamente
4	Analizar el nivel de comprensión y de conciencia de trastorno del paciente
5	Mostrarse experto: realizar preguntas adecuadas y proporcionar información contextualizada del problema
6	Establecer autoridad: explicitar la responsabilidad y el compromiso con el paciente
7	Adaptación del rol del entrevistador a la situación: • Escucha empática • Actitud experta • Muestra de autoridad • Competencia y compromiso para ayudar
8	Analizar el rol del paciente: • El que espera una atención experta y adecuada de su enfermedad. • El <i>sufridor</i> que espera una implicación emocional inadecuada. • El que espera una atención privilegiada en todo momento
9	Adaptar los límites de la entrevista al rol identificado del paciente, logrando que sea mutuamente satisfactoria y alcance los objetivos esperados por ambas partes

observar una expresión emocional con un tema). La toma de notas clínicas no es, en sí misma, una falta de atención si se mantiene un nivel de comunicación adecuado, pero se interrumpirá si se detecta que interfiere en la entrevista.

Algunos tipos de preguntas son especialmente útiles:

- Preguntas abiertas con respuestas extensas que facilitan la expresión de emociones (por ejemplo, «¿Qué quiere decir cuando se refiere a que está deprimido?»).
- Preguntas cerradas (por ejemplo, «¿Se ha provocado vómitos?»).
- Repetir las últimas palabras de la respuesta propiciando una explicación más extensa (por ejemplo, «Así que no pudo dormir en toda la semana»).

Este tipo de preguntas contribuyen a estructurar el discurso del paciente, clarificando la intensidad o extensión de los síntomas con rapidez mediante preguntas cerradas, o permitiendo explorar nuevas áreas y emociones con preguntas abiertas. Se deben evitar las preguntas confusas, dobles o las que inducen las respuestas como un catálogo cerrado. Mostrar asombro ante las respuestas y realizar preguntas extemporáneas, que demuestran falta de atención, puede impedir que se alcancen los objetivos planteados. Los consejos precipitados y los juicios de valor tampoco contribuyen a crear un clima de confianza. Aunque se debe contar con un entorno adecuado de entrevista, cualquier lugar puede serlo si la pericia del entrevistador consigue alcanzar los pensamientos y las emociones del paciente de forma confiable.

Apartados relevantes de la historia clínica y de la anamnesis psiquiátrica

La historia clínica es el documento en el que se registra la información relevante para el diagnóstico y el tratamiento del paciente a lo largo de su vida (v. **Tabla 4-1**). Actualmente, el formato electrónico permite un registro detallado y legible de toda la información; además, su gran accesibilidad facilita la comunicación entre todos los miembros del equipo multidisciplinario. La información de salud de la historia clínica es muy sensible y tiene la máxima protección legal y garantía de confidencialidad. La gran accesibilidad de la historia clínica determina que todo lo que se incluya en ella sea claro, técnicamente preciso y respetuoso con los valores y la cultura del paciente. La historia clínica debe contener el registro completo de la atención del paciente a lo largo del tiempo: las acciones de exploración y diagnóstico, todas las actuaciones terapéuticas y sus resultados, así como los efectos adversos leves o graves.

Datos de filiación

Es conveniente completarlos al inicio de la entrevista. Se han de recoger de forma explícita el nombre completo, la edad, el sexo y el género, el domicilio de residencia, la lengua materna, el estado civil y el entorno de convivencia (pareja, número de hijos, padres, etc.), el nivel educativo, las creencias religiosas, la profesión y, muy especialmente, la situación laboral actual (activo, incapacidad, jubilación) y el estatus socioeconómico. Estos datos permiten hacerse una idea rápida del entorno del paciente, de sus recursos personales y del apoyo social y familiar con el que cuenta para afrontar el trastorno que se está explorando. Además, permiten planificar la exploración más exhaustiva de otros componentes de anamnesis.

Principal motivo de consulta

Es importante registrarlo expresamente al inicio de la entrevista (incluso puede registrarse con las propias palabras del paciente). Suele corresponderse con la queja principal. En este momento se puede identificar algún indicio del conocimiento del paciente sobre su trastorno, especialmente si ha sido inducido a consultar y no tiene una conciencia explícita del trastorno que padece. En este caso, será un objetivo importante tratar de mejorar el autoconocimiento del sujeto durante toda la entrevista para lograr una cooperación muy deseable en el seguimiento terapéutico y en los autocuidados.

Historia del trastorno actual

Debe ordenarse cronológicamente la historia de los síntomas que manifiesta el paciente: cuándo y cómo aparecieron y la evolución en las últimas semanas hasta alcanzar la situación actual. En este apartado, también se debe interrogar por cualquier circunstancia o acontecimiento relevantes que se asocian temporalmente con la aparición, el mantenimiento o la evolución de los síntomas hasta el momento presente. La circunstancia más común entre los pacientes con antecedentes psiquiátricos es el abandono voluntario del tratamiento

psicofarmacológico y su asociación con una recurrencia del trastorno. Hay que identificar si se ha iniciado cualquier tratamiento con potenciales efectos psicoactivos o si se ha modificado sustancialmente la dosis de un tratamiento previo.

El consumo de alcohol o sustancias tóxicas con potencial adictivo debe ser explorado de forma detallada, especialmente para conocer si se asocia cronológicamente con la aparición de los síntomas o bien se ha modificado o iniciado el consumo después del inicio del trastorno mental. Se ha de registrar qué cantidad se ha consumido, con qué frecuencia, si se ha modificado el patrón de consumo y cuándo se tomó la última dosis.

También es muy relevante determinar si la aparición de los síntomas mentales coincide temporalmente con el inicio de otros síntomas físicos, o incluso con el diagnóstico reciente de enfermedades médicas o quirúrgicas, porque podrían tener una relación causal con los síntomas psicopatológicos. Del mismo modo, conviene explorar la presencia de acontecimientos estresantes experimentados por el paciente antes del inicio del cuadro clínico y, en su caso, su repercusión emocional y funcional. Estos factores estresantes pueden ser la causa de algunos trastornos mentales (por ejemplo, trastorno por estrés posttraumático) o desencadenar un episodio de enfermedad en personas vulnerables (por ejemplo, un duelo complicado que deriva en episodio depresivo).

Por último, este es el momento de detallar el impacto funcional de los síntomas en la cognición, la afectividad, las relaciones interpersonales y el control de impulsos, así como su repercusión en distintas áreas de la vida del paciente a nivel familiar, social y laboral o académico. Los síntomas que no llegan a tener un impacto relevante en la funcionalidad del paciente no forman parte de un trastorno mental y no podrán sustentar ningún diagnóstico psiquiátrico. Pero sí pueden ser síntomas subsindrómicos o pródromos que pueden evolucionar hacia un trastorno en el futuro.

La determinación de una relación causal entre cualquiera de estos factores (enfermedades médicas, consumo de sustancias) y la aparición de los síntomas se demostrará con pruebas médicas complementarias o de laboratorio que permitan realizar el diagnóstico o demostrar el consumo actual de sustancias tóxicas. Pero, al igual que ocurre con los acontecimientos vitales estresantes (generalmente negativos), solo se podrá establecer una relación de causalidad si se comprueba desde el principio que se asocian temporalmente con la aparición de los síntomas, es decir, si estaban presentes antes del inicio del trastorno actual.

Las preguntas sugeridas en algunas entrevistas estructuradas (por ejemplo, la Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders [SCID-5]) para explorar la causalidad pueden ser muy útiles:

- Justo antes de que esto comenzara, ¿tenía usted alguna enfermedad física? ¿Qué le dijo su médico?
- Justo antes de que esto comenzara, ¿tomaba medicamentos? ¿Cambió la cantidad o la dosis que tomaba?
- Justo antes de que esto comenzara, ¿estaba usted bebiendo o consumiendo drogas?
- ¿Comenzó esto poco después de que le ocurriera algún acontecimiento estresante grave, como la muerte de un ser querido? ¿Cree usted que este acontecimiento ha tenido algo que ver con sus síntomas?



Respecto a los síntomas psicopatológicos que motivan la consulta, hay que:

- Describirlos en orden cronológico riguroso: cuándo y cómo aparecieron, así como su evolución hasta el momento actual.
- Explorar desde el principio si hay alguna asociación temporal con:
 - La interrupción brusca de psicofármacos (por ejemplo, benzodiacepinas, con efectos inmediatos; antidepresivos o antipsicóticos, con efectos a medio o largo plazo).
 - El inicio o la modificación sustancial de fármacos con efectos psicoactivos (por ejemplo, corticoides).
 - El consumo o la abstinencia de sustancias tóxicas.
 - El inicio o exacerbación de una enfermedad (por ejemplo, un hipotiroidismo, tumores, etcétera).
 - Los acontecimientos vitales estresantes.
- Explorar el impacto funcional en diversas áreas: cognición, afectividad, relaciones interpersonales y control de impulsos, así como su repercusión a nivel familiar, social y/o laboral o académico.

Antecedentes psiquiátricos y médico-quirúrgicos

Después del motivo de consulta y la historia de los síntomas, se explora de forma natural si el paciente había sufrido anteriormente síntomas similares, así como la intensidad, frecuencia, duración y los factores asociados a su aparición o agravamiento. Los diagnósticos previos, los episodios de enfermedad sufridos, las hospitalizaciones y los tratamientos recibidos y su efectividad deben registrarse por orden cronológico.

En relación con los tratamientos psicofarmacológicos, deben detallarse todos los tipos de fármacos, su dosificación, la adherencia a estos, los resultados terapéuticos y los efectos secundarios. Especialmente importante es conocer los motivos de la interrupción de tratamientos anteriores: si fue por indicación médica, abandono voluntario por ineficacia o por efectos secundarios intolerables.

Las modalidades de las intervenciones psicoterapéuticas recibidas también deben ser registradas y, en su caso, hay que indicar su duración y efectividad. No se puede olvidar la exploración de la opinión del paciente sobre cualquier tratamiento anterior, porque condicionará una nueva indicación si se quiere mantener su confianza cuando se consensúe el plan de intervención. Los antecedentes de éxito terapéutico anterior son probablemente el mejor predictor de respuesta para tratar un episodio similar.

Los detalles clínicos de los episodios más graves o relevantes y su repercusión funcional también pueden ser de gran utilidad. No se pueden olvidar los antecedentes de consumo de sustancias; la duración; las consecuencias personales, familiares y legales del consumo de tóxicos; los posibles síntomas de abstinencia; y, finalmente, los tratamientos recibidos y el grado de efectividad.

Los rasgos de personalidad disfuncional pueden evidenciarse a lo largo de toda la entrevista, pero se requerirá de información longitudinal, y en muchos casos externa, para confirmarlos. Un dato que tiene especial relevancia en la prevención del suicidio son los antecedentes de tentativas de suicidio. Estas son el principal factor de riesgo de la muerte por suicidio y confieren un nivel de riesgo leve durante toda

la vida. El riesgo será máximo si la tentativa suicida es muy reciente, especialmente en el último mes, y habrá que tenerlo en cuenta para personalizar el plan de seguridad y el plan terapéutico. Debe registrarse siempre que se ha explorado el riesgo de suicidio; si no existen factores de riesgo, debe indicarse expresamente (por ejemplo, escribiendo que no hay antecedentes de tentativas de suicidio previas).

Los problemas médicos anteriores, las intervenciones quirúrgicas, los tratamientos recibidos (actualmente y en el pasado), su eficacia y los efectos secundarios sufridos son de gran relevancia también para establecer el plan terapéutico. Algunas enfermedades médicas crónicas pueden estar mal controladas o descompensadas y tener una implicación en la aparición o el agravamiento de los síntomas actuales (por ejemplo, el hipotiroidismo y los síntomas depresivos). Hay que recordar que algunos tratamientos psicofarmacológicos se asocian a la aparición o el agravamiento de enfermedades como la obesidad, la diabetes o las enfermedades neurológicas. También se debe explorar aquí cualquier alergia o intolerancia a fármacos que pueda condicionar de forma significativa el tratamiento indicado finalmente. Además, hay que realizar un registro exhaustivo de los medicamentos no psiquiátricos, con prescripción médica o no, que el paciente esté tomado en el momento de la entrevista.



- Los antecedentes psiquiátricos han de estar ordenados cronológicamente. Se han de incluir todos los episodios de trastornos mentales sufridos, su curso evolutivo, cualquier modalidad de tratamiento psiquiátrico (psicofármacos, neuroestimulación) o psicoterapéutico recibida y sus resultados, así como el nivel asistencial en el que se realizó (ambulatorio, hospitalización).
- No se puede olvidar la exploración y el registro detallado de los antecedentes del consumo de sustancias tóxicas y de las tentativas de suicidio si estas se han producido.

Antecedentes psiquiátricos familiares

Pueden constituir un factor de riesgo relevante por la conocida agregación familiar de trastornos mentales y adicciones y, de forma independiente, del riesgo de suicidio en caso de que familiares de primer grado hayan fallecido por suicidio. Debido al grado de desconocimiento y al estigma que acompaña a estos trastornos, es posible que el paciente no conozca los términos técnicos de los diagnósticos y que haya que explorar de forma más genérica (por ejemplo, preguntando por tratamientos, ingresos o incapacidad psiquiátricos).

Datos biográficos explorados de acuerdo con la edad del paciente

Los antecedentes evolutivos del paciente pueden ser esenciales para contextualizar los síntomas psicopatológicos que se están explorando. Permiten identificar diversos factores de riesgo de enfermedad mental que el paciente pueda haber experimentado a lo largo de su vida. El entorno familiar y social en el que pasó sus primeros años de vida, la calidad del cuidado y,

sobre todo, los antecedentes de malos tratos o abusos sufridos en el entorno familiar o escolar pueden ser factores de riesgo relevantes para la aparición de trastornos mentales en la adolescencia o en la edad adulta. Este conocimiento puede ayudar a fortalecer el vínculo terapéutico, a comprender al paciente y a explicarle, con argumentos científicos, los factores de riesgo que han podido contribuir a la aparición del trastorno actual.

Se recomienda una exploración sistemática y ordenada cronológicamente:

- Antecedentes prenatales, nacimiento y primera infancia. Se buscan factores que puedan haber afectado al desarrollo cerebral (por ejemplo, la exposición de la madre a drogas durante el embarazo, complicaciones obstétricas, calidad del cuidado materno).
- Infancia y adolescencia:
 - Se registran trastornos mentales, síntomas comunes relacionados con el neurodesarrollo (por ejemplo, enuresis, encopresis, alteraciones de la psicomotricidad) y con el desarrollo emocional (por ejemplo, ansiedad de separación, rabietas, terrores nocturnos).
 - Es importante explorar el tipo y la calidad de las relaciones familiares con padres y hermanos, la identidad de género y el desarrollo psicosexual.
 - También es muy relevante conocer de forma breve el rendimiento escolar y la adaptación al medio en estas etapas cruciales de la vida, así como la vivencia o no de agresiones o abusos. Las vivencias traumáticas en estas etapas se han asociado a una mayor vulnerabilidad para el desarrollo de diversos trastornos mentales en la vida adulta y con el riesgo de suicidio. Los rasgos de personalidad disfuncionales pueden comenzar a hacerse evidentes a partir de la adolescencia.
- Edad adulta:
 - Se explora la vida relacional y sentimental, especialmente las parejas y posibles separaciones que haya tenido.
 - También se revisa la situación social actual, el núcleo de convivencia y las relaciones y conflictos actuales.
 - Es muy relevante explorar la vida laboral del paciente e identificar si hay conflictos o dificultades de adaptación relevantes actuales o ha habido vivencias traumáticas en algún momento.
 - Muchas veces se olvida la exploración de factores protectores, como las relaciones familiares o sociales positivas y las actividades o aficiones que constituyen un estilo de vida saludable (por ejemplo, la actividad física, la dieta y el ocio).
 - El impacto funcional de los rasgos de personalidad observados a lo largo de toda la vida es un criterio esencial para configurar un diagnóstico de trastorno de la personalidad.

En muchos casos, el conocimiento de las relaciones sociales y de la capacidad adaptativa del paciente precisa de información complementaria de otras fuentes, ya sea de los propios familiares o de documentos. El objetivo no es solo completar y contrastar la información obtenida directamente de la entrevista con el paciente, sino además ayudar a que los familiares puedan comprender también el trastorno mental y colaborar con el tratamiento y la recuperación funcional del paciente.

Exploración psicopatológica: el estado mental del paciente

Es una parte esencial de la entrevista psiquiátrica en la que se lleva a cabo un examen completo del estado mental *actual* del paciente. Este análisis debe explorar las principales dimensiones o áreas en que se descompone el funcionamiento mental y ha de identificar los fenómenos psicopatológicos anormales que ayudarán a formular la orientación diagnóstica, sobre la base del conocimiento de los criterios operativos de las clasificaciones internacionales (DSM-5-TR, CIE-11).

La exploración trata de identificar:

- Signos, que son observables (por ejemplo, alteraciones psicomotoras o conductuales).
- Síntomas, fruto de la exploración y de naturaleza subjetiva, pero objetivables con la exploración experta.
- Ausencia de signos o síntomas anormales (por ejemplo, alteraciones del estado de ánimo, ideas delirantes, alucinaciones, etcétera).

Anamnesis orientada y exploraciones complementarias

En función de la información obtenida en la anamnesis y de la orientación diagnóstica inicial, se realizará un diagnóstico diferencial que tendrá que determinar si existen causas específicas que puedan explicar el síndrome psiquiátrico. Para ello, se realizarán diversas exploraciones complementarias, con el objetivo de contrastar o refutar las hipótesis basadas en la exploración psicopatológica y en la anamnesis orientada durante la entrevista. Así, por ejemplo, se realizará una exploración física y neurológica si se ha detectado la presencia de síntomas somáticos o motores significativos. Finalmente, se pueden indicar exploraciones analíticas, pruebas de neuroimagen (por ejemplo, en casos de demencia o de lesiones neurológicas) o neurofisiológicas (por ejemplo, un electroencefalograma si se sospechan crisis epilépticas parciales) con el mismo objetivo. Las exploraciones neurocognitivas pueden ser de gran utilidad para conocer alteraciones cognitivas específicas. Si se detectan alteraciones cognitivas, es de gran utilidad objetivarlas y cuantificarlas durante la entrevista con el conocido miniexamen cognoscitivo (MINI-mental) de Folstein. También se puede recurrir a diversas pruebas psicométricas para el diagnóstico específico de trastornos de la personalidad (SCID-5-PD), de trastornos muy específicos como el autismo (Autism Diagnostic Schedule [ADI-R]) o para conocer el nivel de inteligencia del sujeto (Escala Wechsler de Inteligencia para Adultos [WAIS]).

Orientación diagnóstica (codificación CIE-10)

El diagnóstico psiquiátrico se estructura durante el desarrollo de la entrevista con la información obtenida en la anamnesis y la exploración psicopatológica. La validez del diagnóstico depende de la precisión en la descripción clínica (validez de contenido), de las pruebas de laboratorio si hay enfermedades médicas asociadas o consumo de tóxicos (validez concurrente), de la delimitación con otros trastornos aplicando criterios de exclusión (validez discriminante), de la información evolutiva que ayude a determinar la estabilidad diagnóstica (validez predictiva) y de las pruebas de asociación familiar.

La formulación del diagnóstico debe codificarse (CIE-10) y se acompañará de la elaboración de un pronóstico evolutivo.

Plan terapéutico

El tratamiento debe recoger las propuestas con más evidencias experimentales de eficacia para el diagnóstico actual y adaptarse a la situación vital del paciente. Todas las intervenciones terapéuticas se desarrollan en el marco de la propia entrevista clínica, ya sean unas simples recomendaciones, una psicoterapia estructurada o una indicación psicofarmacológica o de otro tipo. Esta circunstancia vuelve a subrayar la importancia del desarrollo de una relación interpersonal adecuada con el paciente, así como el conocimiento del *insight*. El registro de las indicaciones terapéuticas debe ser preciso; si se trata de psicofármacos, ha de recoger la dosis y la pauta concreta planeada.

Evolución e informes

En la historia clínica se recogerán necesariamente los cursos evolutivos de todas las actuaciones realizadas, la monitorización de los síntomas, la efectividad del tratamiento indicado, los efectos secundarios y, además, cualquier modificación o adaptación del plan terapéutico.

Los informes clínicos asistenciales responden al objetivo de comunicar al paciente y a otros profesionales la información más relevante de la historia clínica. Por tanto, deben tener unos apartados mínimos y técnicamente correctos, que son los siguientes: motivo de consulta, antecedentes, exploración psicopatológica, evolución, diagnóstico codificado y plan terapéutico.

Adaptación de la técnica de entrevista psiquiátrica en distintas situaciones clínicas

La técnica de la entrevista psiquiátrica se ha de adaptar a diferentes situaciones clínicas: depresión y riesgo de suicidio, paciente delirante y paciente con conductas agresivas.

Depresión y riesgo de suicidio

El paciente deprimido, especialmente en los casos más graves, puede estar enlentecido y sufrir verdaderos problemas cognitivos, así como sentirse desesperanzado o profundamente desmotivado, lo que dificulta la exploración considerablemente. En estos casos, el entrevistador debe dirigir las preguntas hacia el área que desea explorar, repitiéndolas o reformulándolas si es necesario, para facilitar la comprensión por parte del paciente y mejorar la fiabilidad de la información obtenida.

Como el objetivo de la entrevista también es terapéutico, debe aprovecharse para transmitir al paciente desesperanzado que existe un tratamiento eficaz que requiere un tiempo para observar resultados. El riesgo potencial de suicidio debe explorarse siempre en todo paciente con síntomas depresivos y en cualquier nivel asistencial, incluyendo la atención primaria.

Las preguntas deben formularse de manera directa y clara, una vez establecido un cierto grado de comunicación empática con el paciente y con una graduación progresiva:

1. ¿Piensa que en su situación sería mejor desaparecer, estar muerto?
2. ¿Ha pensado en suicidarse?
3. ¿Ha planeado cómo suicidarse?
4. ¿Está pensando en suicidarse en este momento?

La exploración específica del riesgo de suicidio no solo no aumenta el riesgo, sino que contribuye a disminuirlo, al ofrecer al paciente una oportunidad directa para expresar sus ideas y sentimientos y a establecer un vínculo terapéutico. El principal factor de riesgo de suicidio son las tentativas recientes, en el último mes.

Al mismo nivel de riesgo potencialmente alto que las tentativas se deben situar las ideas estructuradas de suicidio o planes específicos con mayor o menor grado de preparación, o la presencia de notas suicidas. También deben explorarse síntomas como la desesperanza o el dolor psicológico y el nivel de impulsividad. La inminencia del riesgo de un plan suicida depende de muchos factores, pero, de forma simplificada, puede considerarse como el resultado de una ecuación en la que se valora la posibilidad de rescate y la letalidad y accesibilidad del método suicida. En los casos de riesgo alto o moderado, es fundamental la formulación de un plan de seguridad, acordado con el paciente y en el que puede ser esencial la participación e implicación de los familiares.



- La exploración psiquiátrica del paciente con depresión grave debe tener en cuenta las dificultades especiales para desarrollar la entrevista por la limitada motivación y los déficits cognitivos.
- En todos los casos con síntomas depresivos, debe explorarse explícitamente el riesgo de suicidio: ideas pasivas de muerte o de suicidio, planes, letalidad del método, tentativas previas, antecedentes familiares de suicidio y determinados síntomas, como la desesperanza, el dolor psicológico y la impulsividad.

Paciente delirante

El desarrollo de la entrevista con un paciente con un síndrome psicótico que presenta ideas delirantes es muy variable, depende del estado clínico y del tipo de delirio. Es recomendable evitar una exploración directa e intrusiva del delirio, y en ningún caso hay que negar su veracidad o verosimilitud. Una intervención inadecuada puede incrementar la angustia del paciente y su hostilidad, lo que imposibilitará el desarrollo de la propia entrevista o la aceptación del tratamiento o de medidas de seguridad (como un ingreso voluntario). Un método adecuado de explorar el delirio es preguntar sobre las causas atribuidas por el propio paciente (por ejemplo, «¿Por qué cree que la gente le observa de esa manera?»).

En el paciente delirante, puede que sea técnicamente muy difícil, si no imposible, establecer una relación empática. Para empezar, hay que valorar si es o no conveniente mantener el contacto ocular continuado. Una vez explorado el contenido del delirio, resulta útil dirigir la atención del paciente hacia la repercusión emocional y explorar el impacto personal y el sufrimiento producidos (por ejemplo, ansiedad, tristeza o insomnio). Aunque el sujeto no acepte ni pueda comprender

que padece una enfermedad mental, probablemente se mostrará más receptivo a recibir un tratamiento que alivie estos síntomas más evidentes. Mostrar respeto y comprensión en todo momento, aunque el delirio sea extravagante y bizarro, es una estrategia que resultará útil para establecer un nivel de confianza mínimo que permita intervenir y facilitar el tratamiento indicado. En un medio como la atención primaria, el objetivo de la entrevista es hacer el diagnóstico sindrómico y facilitar el acceso a un servicio psiquiátrico especializado, a ser posible contando con la colaboración de la familia.

Paciente con conductas agresivas

La atención de un paciente con agresividad es, desgraciadamente, una situación relativamente frecuente en urgencias. Es un reto que se debe afrontar partiendo del principio de seguridad razonable, considerando el entorno y adaptando técnicamente la entrevista.

No hay una pauta rígida de conducta para seguir en estos casos, pero sí que se pueden formular unas recomendaciones orientativas que se adaptarán a la situación clínica y a su evolución. El primer pensamiento que se debe tener ante alguien con antecedentes o riesgo actual de presentar conductas violentas debería ser «¿Me siento seguro?»; y después «¿Qué factores pueden hacer que el paciente se sienta amenazado o pueda responder con violencia?».

Las reglas básicas que tener en cuenta para mantener la propia seguridad comienzan con no acercarse excesivamente al sujeto, manteniendo una distancia prudencial que permita retirarse a tiempo o esquivar agresiones imprevistas. En caso de irritabilidad o inquietud psicomotora marcadas, puede ser conveniente incluso no cerrar la puerta del consultorio y mantener en alerta al personal de seguridad. Hay que intentar mostrarse calmado y seguro en todo momento, con un tono de voz suave y firme a la vez, hablando de forma concreta y neutral. Por ejemplo, es apropiado iniciar la conversación con observaciones del tipo «Parece usted enfadado o disgustado»; o bien con una pregunta abierta y neutra como: «¿Podría explicarme qué es lo que le preocupa?». No se deben utilizar mandatos o comentarios críticos del tipo «Pórtese como una persona normal» o «Qué tonterías está diciendo», ya que pueden inducir reacciones violentas. Cuando el paciente comience a hablar, se debe escuchar de manera empática e interesada, sin emitir juicios de valor sobre ningún aspecto de su relato, es decir, evitando cualquier comentario o reacción directa a sus provocaciones que pueda ser malinterpretado. Si se observa que el paciente comienza a alzar el tono de voz y a irritarse o, incluso, a emitir amenazas o insultos, se tendrá que reconducir la situación rápidamente; si no es posible, habrá que valorar la interrupción de la entrevista para restablecer los límites precisos y las condiciones de seguridad. Nunca se permitirá que el paciente sea portador de cualquier tipo de arma. Si esta se descubre, habrá que pedirle que la deje sobre la mesa, sin intentar arrebatarla. Si esto no es posible, se debe activar el botón de alarma o utilizar la vía de escape. El entrevistador intentará mostrar neutralidad, pero con sensación de control de la situación y de interés y compromiso para ayudar al paciente. Cuando sea posible, hay que realizar una anamnesis completa de los antecedentes de conductas

violentas y de su posible asociación con el consumo de alcohol o drogas y corroborarlo con otros informantes. De entrada, se evitará realizar la entrevista de un paciente potencialmente agresivo con familiares o acompañantes si no se tiene la certeza de que estos no provocarán una mayor agitación. Si es necesario cambiar el entorno de la entrevista a un espacio más seguro (por ejemplo, urgencias), es preferible hacerlo antes de perder su colaboración. En cualquier caso, las conductas violentas en un paciente psiquiátrico son un síntoma más del trastorno y no deberían limitar su acceso a una ayuda efectiva, siempre que se pueda desarrollar la entrevista en condiciones seguras para ambos.

EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA O DEL ESTADO MENTAL

El objetivo de la exploración psicopatológica es realizar un análisis del estado mental *actual* de la persona y proporcionar una visión de conjunto sobre su funcionamiento psíquico en el momento de la entrevista. El *examen mental* es la herramienta en psiquiatría que, mediante la identificación y descripción precisa de los signos y síntomas psicopatológicos, conduce a un diagnóstico fiable. Como en otras especialidades médicas, el proceso de exploración precisa de la elaboración de una hipótesis diagnóstica sindrómica inicial que permita desarrollar el diagnóstico diferencial con otras patologías y conducir, finalmente, al diagnóstico específico de un trastorno mental, o bien a descartarlo.

Esta exploración metódica se realiza analizando todas y cada una de las áreas o dimensiones en que se descompone la vida psíquica, para identificar y registrar la presencia de cada síntoma o signo que se considere anormal y relevante, o bien para señalar explícitamente su ausencia. Conviene hacerlo de forma técnicamente correcta y esquemática, y no en forma de relato extenso, utilizando una terminología precisa que pueda ser interpretada de forma unívoca por cualquier profesional que consulte la historia en otro momento. De esta forma, la orientación diagnóstica quedará bien documentada y justificada en la historia clínica con la información registrada.



La exploración psicopatológica es una parte esencial de la entrevista psiquiátrica en la que se explora el estado mental actual del paciente con el objetivo de identificar los signos y síntomas psicopatológicos más relevantes para el diagnóstico psiquiátrico, o bien para determinar la ausencia de estos.

Se deben tener en cuenta no solo la presencia de signos y síntomas aislados unos de otros, sino las posibles relaciones entre ellos. Además, hay que considerar otros aspectos, como el contexto sociocultural; la edad; el sexo y el género; las capacidades expresivas, de introspección, de análisis, etc.; así como la posible relación entre estos aspectos y los diversos signos y síntomas observados. Por tanto, no hay que centrarse solo en la presencia de síntomas, sino en la posición de cada uno de ellos en relación con toda la información disponible del sujeto entrevistado.

Hay que considerar posibles variaciones de la psicopatología a lo largo del tiempo y que, aunque no se trata de

una exploración retrospectiva, puede ser necesario explorar si los síntomas actuales se han presentado también en otros momentos o períodos anteriores.

La exploración no se debe limitar a la observación pasiva, sino que requiere la intervención activa del entrevistador, que ha de adaptarse a la situación de la persona entrevistada. Se encuentran disponibles varios métodos que se deben utilizar de forma combinada para evaluar el estado psicopatológico de un paciente.

Estos métodos son los siguientes:

- Observación del aspecto, estado de vigilia, actividad motora o expresión afectiva.
- Conversación, para identificar los síntomas valorando el lenguaje, la atención, el pensamiento, etcétera.
- Exploración, mediante el análisis de funciones no tan aparentes, como el ánimo, la percepción o el contenido del pensamiento.
- Pruebas complementarias psicométricas para explorar con mayor precisión la memoria, la concentración, la inteligencia, etcétera.

La exploración psicopatológica requiere un conocimiento específico de la psicopatología. Se trata de conocer los síntomas y signos psiquiátricos anormales básicos para poder explorarlos e identificarlos durante la entrevista, así como delimitar cuál es su peso actual en la situación del paciente y la repercusión funcional que puedan tener.

Así, por ejemplo, la expresión de tristeza no equivale a síndrome depresivo. La cualidad, intensidad y duración de ese sentimiento y su relación con las circunstancias que vive el paciente determinan el que pueda considerarse como expresión de un estado de ánimo deprimido patológico, uno de los síntomas nucleares para el diagnóstico de síndrome depresivo. Además, para poder realizar un diagnóstico específico de trastorno depresivo, se requiere la valoración de otros criterios operativos, de acuerdo con los sistemas de diagnóstico actuales (DSM-5-TR o CIE-11). Por ejemplo, la depresión mayor requiere ≥ 5 síntomas de los nueve definidos en el DSM-5-TR.

A continuación, se expone el proceso de exploración de las áreas o dimensiones más relevantes en las que se descompone la vida psíquica y que deben revisarse en todo examen del estado mental, así como los signos y síntomas psicopatológicos más importantes (Tabla 4-3).

Aspecto externo y conducta

Se observa la apariencia general del paciente y cómo se comporta durante la entrevista, considerando el entorno y el comportamiento esperado (ambulatorio, urgencias) (Tabla 4-4).

Nivel de conciencia

El concepto de conciencia se refiere a la capacidad del entrevistado de percibirse de sí mismo y del entorno. Se entiende como la experiencia de autoconocimiento de los propios procesos cognitivos, incluyendo sensaciones, pensamientos y sentimientos que se experimentan en un momento determinado. Es muy importante la exploración del nivel de vigi-

Tabla 4-3. Áreas o dimensiones de la exploración psicopatológica o del estado mental

1. Aspecto externo y conducta: • Apariencia • Conducta motora • Actitud • Habla
2. Nivel de conciencia
3. Atención y orientación
4. Memoria
5. Afectividad: • Estado de ánimo • Expresión afectiva • Adecuación
6. Lenguaje
7. Pensamiento: • Curso • Flujo • Contenido
8. Percepción: • Alucinaciones • Ilusiones • Seudoalucinación • Alucinosis
9. Inteligencia y pensamiento abstracto
10. Capacidad de juicio e <i>insight</i>
11. Fiabilidad

lia, especialmente al inicio de la entrevista, porque influye considerablemente en el resto del examen mental. Se han de observar las principales alteraciones cuantitativas o cualitativas que se pueden encontrar (Tabla 4-5). Si el nivel de conciencia es normal, se debe registrar específicamente para que haya constancia de que ha sido explorado.

Atención y orientación

La atención se puede definir como la capacidad para mantenerse centrado en una actividad o la capacidad de concentrarse. Actúa a modo de filtro y facilita evaluar y seleccionar tanto los estímulos circundantes como los internos. La orientación es una función compleja que permite determinar la propia posición en el espacio y en el tiempo a partir de las referencias ambientales, así como la propia identidad y qué se hace en dicha posición espaciotemporal. La evaluación de la orientación adecuada debe valorar dos aspectos: la orientación *autopsíquica* (sobre el yo) y la orientación *alopsíquica* (espacio y tiempo) (Tabla 4-6).

Memoria

La memoria es una función compleja mediante la cual se almacena información proveniente de estímulos externos e

Tabla 4-4. Aspecto externo y conducta

Apariencia	Se debe describir el aspecto general del paciente y la impresión física general expresada en postura, porte, vestimenta y aseo, así como los signos físicos de ansiedad (postura tensa, manos húmedas, etcétera)
Comportamiento y conducta motora	• Engloba todos los aspectos no verbales de la conducta • Se han de observar tanto los aspectos cuantitativos como los cualitativos del comportamiento motor • Se incluyen gestos, tics, movimientos estereotipados, agitación, temblor, rigidez. También se registra si existe retraso psicomotor o lentitud generalizada
Actitud	• Hay que observar y describir la forma que tiene el paciente de relacionarse con el entrevistador • La actitud del paciente se describe en los siguientes términos: colaborador, confiado, indiferente, hostil, pasivo, receloso, desafiante, seductor, empático, frustrado, amable, interesado, franco o cualquier otro adjetivo que pueda ser útil • Hay que consignar el nivel de entendimiento que se consigue establecer y evaluar el contacto ocular que mantiene el paciente, ya que puede orientar en el diagnóstico
Habla	Prestar atención a la espontaneidad, habla rápida o lenta, pautas de entonación, monótona, volumen de la voz, presencia de ecolalia o defectos en las verbalizaciones, como balbuceos o tartamudeos, y la presencia de cualquier afasia

Tabla 4-5. Alteraciones del nivel de conciencia o vigilia

Cuantitativas	• Aumento o exaltación de la conciencia: hipervigilia con vivencia de hiperclaridad y amplitud de la conciencia • Disminución del nivel de conciencia (en grado creciente): somnolencia, obnubilación, sopor y coma
Cualitativas	• Estado crepuscular: disminución de atención exterior y centrada en vivencias interiores, típico de epilepsia, hipoxia, emociones intensas, catástrofes, embriaguez, traumatismo craneoencefálico, etcétera • Síndrome confusional o <i>delirium</i>: disminución del nivel de conciencia fluctuante, con distraibilidad y diversas alteraciones neurocognitivas
Alteraciones del yo corporal	• Anosognosia: incapacidad del paciente para reconocer que una parte de su cuerpo está dañada o anulada funcionalmente. Ejemplos: – El síndrome de Anton-Babinski: ceguera cortical bilateral, anosognosia visual, asociado a confabulación – El síndrome de Gerstmann: agnosia digital (de los dedos de la mano), agrafía, acalculia y desorientación derecha-izquierda del cuerpo • Miembro fantasma: falsa percepción de un miembro previamente amputado • Asomatognosia: incapacidad del paciente para reconocer, diferenciar e integrar las distintas partes de su esquema corporal
Otras	Despersonalización: sentimiento de extrañeza e irrealidad con respecto a uno mismo

internos, que posteriormente puede recordarse (Tabla 4-7). La sospecha de alteraciones cognitivas hace recomendable objetivarlas y cuantificarlas durante la entrevista utilizando el minexamen cognoscitivo de Folstein.

Afectividad

La psicopatología de la afectividad es esencial para el diagnóstico de los síndromes afectivos (depresión o manía) que se encuentran en la depresión mayor o en el trastorno bipolar. Debido a la gran prevalencia y al enorme impacto sanitario y social que tienen estos trastornos, especialmente la depresión, es esencial que todos los profesionales de la salud estén familiarizados con su exploración y reconocimiento fiable. La dificultad estriba en que los sentimientos y emociones son vivencias comunes de todos los seres humanos y no siempre es fácil identificarlos cuando son anormales y forman parte de un síndrome psiquiátrico. En esta área se evaluarán las alteraciones del estado de ánimo o humor (tono emocional predominante en el período explorado), así como del afecto (reacciones emocionales transitorias y alteraciones cualitativas) (Tabla 4-8).

Lenguaje

El lenguaje es el medio de comunicación y de expresión del pensamiento y de las emociones del sujeto (Tabla 4-9). Por lo tanto, el pensamiento y el lenguaje están estrechamente relacionados; en muchos casos, las alteraciones del lenguaje y de los trastornos formales del pensamiento se solapan. En cambio, en las afasias, que son alteraciones del lenguaje secundarias a lesiones cerebrales del hemisferio dominante (por ejemplo, la afasia motora de Broca), puede existir alteración de la expresión de las ideas sin presencia de alteración del pensamiento. Es fundamental estudiar las características físicas del habla, ya que el tono, la monotonía, el volumen y la claridad de la voz son elementos muy significativos del lenguaje no verbal y pueden revelar datos sustanciales sobre el afecto del paciente. Igual ocurre con la espontaneidad y con el tiempo de reacción. La utilización de neologismos, palabras malsonantes y la aparición de ensalada de palabras (flujo de palabras continuo y sin sentido) e incoherencias orientarán a enfermedades psiquiátricas que cursan con trastornos del lenguaje.

Tabla 4-6. Psicopatología de la atención y orientación

Alteraciones de la atención	• Hiperprosexia: atención excesiva a todos los estímulos, con cambio continuo del foco de atención • Hipoprosexia: inatención o disminución de la atención; incapacidad o dificultad para cambiar voluntariamente el foco de atención frente a estímulos externos • Distrabilidad: incapacidad para mantener la atención, o esta recae en estímulos externos irrelevantes • Trance: atención focalizada con alteración de la conciencia
Alteraciones de la orientación	• Desorientación: pérdida de la capacidad para situarse en espacio y tiempo (<i>alopsíquica</i>) o la persona, la propia identidad o el cuerpo (<i>autopsíquica</i>) • Falsa orientación u orientación confabulada: se ignoran los parámetros reales, y se manejan en las propias coordenadas patológicas • Doble orientación u orientación errónea delirante: la persona se orienta simultáneamente o de forma alternativa con los parámetros anormales y con los correctos

Tabla 4-7. Psicopatología de la memoria

Niveles de memoria	• Inmediata: evocación de lo percibido en segundos o minutos • Reciente: recuerdo de lo sucedido en horas o días previos, permite el aprendizaje • Remota: recuerdo de lo sucedido en acontecimientos pasados
Trastornos de memoria	• Amnesias: incapacidad total o parcial para recordar experiencias pasadas: – Anterógrada o de fijación: pérdida de memoria que afecta al período cronológico consecutivo a la aparición del trastorno – Retrógrada o de evocación: pérdida de memoria que abarca el período previo a la aparición del trastorno – Lacunar: pérdida parcial de memoria que abarca un período de tiempo completo • Hipermnesia: capacidad de retención y evocación excesiva • Paramnesias: falsificación de la memoria por distorsión del recuerdo o reconocimiento • Confabulación: existen lagunas en la memoria que se completan inconscientemente con experiencias imaginadas o falsas • Falsos reconocimientos: identificación errónea de una persona como conocida cuando se ve por primera vez • Vivencia <i>déjà vu</i> o <i>déjà vécu</i>: el sujeto reconoce algo como ya visto o vivido que en realidad es nuevo para él • <i>Jamais vu</i> o <i>jamais vécu</i>: sucesos comunes resultan novedosos, como si no hubieran sucedido nunca, y no se reconocen como vistos o vividos anteriormente

Pensamiento

El pensamiento se considera una función psíquica compleja que permite elaborar y organizar ideas a través de enlazar las representaciones, percepciones y afectos. Se explora a través de su expresión por el lenguaje. Clásicamente, la exploración de la psicopatología del pensamiento se ha diferenciado en dos aspectos separados (**Tabla 4-10**):

- Alteraciones del curso del pensamiento (flujo y forma del pensamiento).
- Trastornos en el *contenido* o patología de la ideación (por ejemplo, la idea delirante).

Percepción

Es una función psíquica por la que se es capaz de captar e identificar el mundo exterior y la propia corporalidad mediante los cinco canales de percepción sensorial (vista, oído, olfato, gusto y tacto) (**Tabla 4-11**). Se debe registrar cualquier alteración sensorio-perceptiva, y describir cuál es el sentido afectado y el contenido de la experiencia perceptiva anómala. También son importantes las circunstancias que envuelven la experiencia alucinatoria y el momento preciso en que se producen.

Inteligencia y pensamiento abstracto

La inteligencia es un conjunto de habilidades intelectuales que hace posible la adaptación al entorno y el desarrollo de nuevas creaciones. Es fundamental que se pueda determinar durante la entrevista la capacidad intelectual del paciente, considerando su nivel educativo, cultural y socioeconómico. El estudio de la inteligencia es complejo, pero se puede objetivar por medio de la realización de las pruebas psicométricas que permiten el cálculo del coeficiente intelectual. Este determinará en buena parte la fiabilidad de algunos de los hallazgos de la entrevista; por otra parte, también será decisivo en la evaluación de la capacidad de seguir las pautas terapéuticas y de poder recuperarse del trastorno.

Capacidad de juicio e *insight*

El juicio es la capacidad de comprender las relaciones entre los hechos y extraer conclusiones. Facilita la toma de decisiones adecuadas en distintas situaciones. Un aspecto de máxima relevancia para la gestión clínica del paciente (y que debe explorarse siempre) es la evaluación de la autoconciencia de enfermedad o *insight* en relación con el trastorno mental que se explora. Un adecuado *insight* existe cuando el paciente

Tabla 4-8. Psicopatología de la afectividad

Estado de ánimo o humor	- Se define como la emoción dominante y constante que influye en la manera de percibir el mundo. Se obtiene de la exploración del tono emocional que manifiesta el paciente y que el entrevistador tiene que objetivar mediante la observación, preguntas abiertas y cerradas, e incluso pidiendo ejemplos - Estados de ánimo: - Ánimo eutímico: estado de ánimo dentro del rango normal - Ánimo deprimido: tristeza patológica (intensa, desproporcionada y persistente) - Eufórico: estado de excesiva alegría y bienestar desproporcionado para las circunstancias de la persona - Anhedonia: capacidad disminuida para buscar y experimentar placer - Ánimo expansivo: desinhibición en la expresión de los sentimientos - Irritable: excesiva sensibilidad o reacción exagerada de enfado con deficiente control de impulsos y manifestaciones de malestar - Alexitimia: incapacidad para expresar con palabras las propias emociones o afectos - Ansioso - Enfadado - Preocupado
Afecto	- Es la respuesta emocional observable del paciente en el momento presente, incluida la cantidad y el rango de conducta expresiva (amplitud, intensidad, tono, resonancia): - Afecto restringido: disminuye la amplitud e intensidad de la expresión - Afecto aplanado o embotado: falta de signos de expresión afectiva debido a una pérdida de la capacidad de emocionarse con la intensidad y proporción adecuadas - Reactividad emocional: capacidad de presentar reacciones emocionales adecuadas o no (en intensidad y proporción) a diversas situaciones - Labilidad afectiva: estado emocional rápidamente cambiante que no responde a estímulos externos - Afecto inapropiado o incongruente (paratimia): falta de concordancia entre el tono emocional y la idea, lenguaje o conducta que lo acompaña
Adecuación del afecto	Grado de adecuación de las respuestas emocionales del paciente en el contexto del tema que se esté tratando

admite que está enfermo y reconoce que su falta de adaptación se debe en todo o en parte a su propio estado mental. En el caso de que esté comprometida total o parcialmente, deberán realizarse intervenciones orientadas a mejorarla y a potenciar su implicación en el autocuidado a lo largo de todo el proceso.

Fiabilidad

El evaluador debe consignar su impresión sobre la veracidad y la sinceridad del paciente durante la entrevista, lo que puede verse afectado por múltiples factores (la capacidad intelectual, la honestidad, las motivaciones o la tendencia a magnificar o minimizar sus problemas). Ayuda a diagnosticar la simulación o a identificar situaciones en las que los síntomas se magnifican por la búsqueda de un beneficio secundario (por ejemplo, una baja laboral o una subvención económica).

Con la valoración del estado mental o *exploración psicopatológica*, se obtiene una imagen precisa del estado emocional, el funcionamiento y la capacidad mental del paciente, lo que, con el resto de la anamnesis, conducirá a una orientación diagnóstica fiable.

PROCESO DE DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO SINDRÓMICO

El diagnóstico psiquiátrico específico de los más de 360 trastornos mentales descritos en las clasificaciones

internacionales (DSM-5-TR, CIE-11) requiere un alto grado de conocimiento psicopatológico y de experiencia clínica. Una buena parte de los años de formación de los psiquiatras está orientada a conseguir las competencias necesarias para elaborar diagnósticos fiables. Sin embargo, es posible realizar el diagnóstico de los principales síndromes psiquiátricos con un alto grado de fiabilidad y con un nivel mucho menor de conocimientos en psicopatología.

Un síndrome psiquiátrico es un conjunto de síntomas y signos cognitivos, afectivos y conductuales que se pueden identificar de forma simultánea, como un patrón clínico diferenciado en la entrevista clínica. Este nivel de diagnóstico sindrómico se establece en las fases iniciales del desarrollo de la entrevista psiquiátrica y es aplicable por cualquier profesional de la salud en todos los niveles asistenciales (por ejemplo, medicina familiar y comunitaria, otras especialidades médicas, psicología, enfermería, etc.). Se elabora una hipótesis diagnóstica con la información inicial que orienta el resto de la anamnesis y de la exploración psicopatológica y permite comprobar o refutar la hipótesis sindrómica formulada.



El diagnóstico psiquiátrico sindrómico constituye el primer escalón en el proceso de diagnóstico específico desarrollado por especialistas. Además, debe considerarse un nivel competencial básico aplicable por todos los profesionales de la salud que atienden a personas con trastornos mentales en cualquier nivel asistencial.

Tabla 4-9. Trastornos del lenguaje

Ausencia de lenguaje	Mutismo: ausencia total de lenguaje con capacidad verbal intacta
Alteraciones del ritmo	• Taquifemia o taquifasia: producción de palabras aumentadas • Bradifemia o bradifasia: enlentecimiento en la emisión del lenguaje
Alteraciones en la fonación y articulación	• Dislalia: dificultad para la emisión de sonidos claros • Disartria: alteración en la articulación del lenguaje por problemas físicos (por ejemplo, efectos tóxicos o psicofármacos) • Tartamudeo o espasmodia: repetición frecuente o prolongada de un sonido o una sílaba en la pronunciación de una frase
Trastornos iterativos del lenguaje	• Verbigeración: repetición continuada de la misma palabra o frase • Coprolalia: emisión involuntaria de palabras obscenas (observado en el síndrome de Gilles de la Tourette junto con tics motores y fónicos) • Palilalia o estereotipia verbal: repetición uniforme de palabras o sílabas de forma espasmódica • Ecolalia: repetición de palabras o frases del entrevistador
Alteraciones del modo	• Circunstancialidad: hablar de forma indirecta; el sujeto tarda en ir al tema principal por la inclusión de detalles y explicaciones colaterales • Lenguaje vago: imprecisión en las respuestas sin quedar definida la idea principal • Lenguaje prolijo: sobreabundancia de detalles innecesarios • Tangencialidad: las respuestas no se adaptan a las preguntas realizadas
Alteraciones de la comprensibilidad	• Ensalada de palabras: el descarrilamiento y la pérdida de asociación entre las palabras que apenas tienen relación • Lenguaje disgregado: expresión de la presencia de un pensamiento alógico, sin sentido para el oyente
Afasias	• Trastornos de la expresión y comprensión del lenguaje producidos por una lesión cerebral en el hemisferio dominante: – Afasia motora de Broca: imposibilidad para emitir palabras, comprensión relativamente conservada – Afasia sensorial de Wernicke: incapacidad para comprender el significado de las palabras; el lenguaje es fluido, pero sin conexión entre la palabra y su representación mental

Si se tiene en cuenta que más del 25 % de la población puede presentar anualmente algún trastorno mental, es evidente que el diagnóstico y tratamiento de estos problemas no puede recaer exclusivamente en los especialistas de salud mental. En el entorno de la salud pública, todos los agentes de salud deben ser competentes y capaces de diagnosticar los principales síndromes psiquiátricos, los trastornos debidos al uso de tóxicos y, además, identificar situaciones de especial riesgo (por ejemplo, el suicidio o las conductas violentas). Por último, se deben adquirir las competencias para intervenir de forma adecuada en cada situación y entorno clínico, y se ha de adquirir un nivel de resolución adecuado.

La investigación en neurociencias aplicada al conocimiento de los trastornos mentales todavía no ha permitido incorporar los biomarcadores (laboratorio, neuroimagen, neurofisiológicos) a los criterios de diagnóstico y conferirles validez externa. Así que la fiabilidad del diagnóstico depende de la calidad de la entrevista. El diagnóstico psiquiátrico sindrómico es, por tanto, esencial. No presupone el conocimiento de la etiología del trastorno mental explorado, que suele ser multicausal (por ejemplo, puede pensarse en el síndrome febril de la patología médica o en el abdomen agudo), ni requiere un conocimiento amplio y profundo de la psicopatología. Para realizar un diagnóstico psiquiátrico sindrómico que sea fiable y a la vez útil, en la práctica clínica hay que limitarse a los básicos: síndrome confusional, demencial o de deterioro cognitivo crónico, síndrome psicótico, síndromes afectivos (depresivo y maníaco) y síndrome ansioso (**Tabla 4-12**).

El diagnóstico diferencial y la identificación fiable de estos síndromes requiere tener en consideración que:

- No es una lista exhaustiva ni pretende cubrir toda la variedad de patrones clínicos específicos que son también muy significativos (por ejemplo, el síndrome obsesivo-compulsivo, la conducta psicopática o la anorexia).
- Los síndromes relacionados con el consumo de tóxicos, ya sea por dependencia o abstinencia, tampoco se incluyen en esta lista.
- No se requiere la presencia de todos los síntomas o signos incluidos en cada síndrome, sino constatar la presencia de los más significativos con una coincidencia temporal.
- El diagnóstico sindrómico no constituye, en ningún caso, un diagnóstico formal o específico.
- Hay que conocer y aplicar una jerarquía diagnóstica de los síndromes que ordena el proceso diagnóstico y que debe respetarse para que el diagnóstico sindrómico sea fiable.

Un aspecto fundamental de este nivel diagnóstico es, por tanto, su carácter jerárquico. Los síntomas psiquiátricos pueden estar presentes en varios o incluso en todos los síndromes, pero solo se podrá diagnosticar uno de ellos, el que jerárquicamente esté por encima o prime sobre los demás. Esto es así porque los síntomas más comunes, como la ansiedad o la preocupación pueden estar presentes en todos, pero hay síntomas o signos que solo se encontrarán en los síndromes que jerárquicamente están por encima. Además, este

Tabla 4-10. Alteraciones del curso y del contenido del pensamiento

Trastornos del curso del pensamiento	• Trastornos en el flujo. Se registra la cantidad y velocidad de los pensamientos: – Taquipsiquia o aceleración del pensamiento – Bradipsiquia o inhibición del pensamiento – Bloqueo del pensamiento: interrupción brusca del curso del pensamiento • Trastornos en la forma. Se evalúa la direccionalidad y la continuidad del pensamiento que se expresa a través del lenguaje: – Fuga de ideas: sucesión de asociaciones múltiples por las que el pensamiento parece saltar de una idea a otra sin que se concluya ninguna – Pensamiento prolijo o circunstancial: falta de dirección en el discurso incorporando detalles excesivos e innecesarios con dificultad para llegar a la idea central – Tangencialidad: falta de relación entre pregunta y respuesta dada, el discurso resulta evasivo y no se llega a la conclusión deseada – Descarrilamiento: asociaciones laxas, ideas bien construidas pero inconexas – Perseveración: dificultad o incapacidad para cambiar de una idea a otra – Neologismo: invención de vocablos o frases – Pararrespuesta: repuesta que no se corresponde con la pregunta realizada – Pensamiento disgregado: frases correctas, pero resulta incomprensible, por no tener relación con la idea central, pensamiento falto de lógica – Pensamiento incoherente: alteración extrema de la construcción de frases; el lenguaje se vuelve incomprensible, lo que se manifiesta también en una desestructuración de todas sus conductas y actividades cotidianas – Alogia: incapacidad o dificultad para formar conceptos, se produce un empobrecimiento del pensamiento
Trastornos del contenido del pensamiento	• Pobreza del contenido: vago y sin información, contiene frases vacías • Preocupaciones: concentración en una idea con gran componente afectivo • Idea sobrevalorada: creencia persistente y no razonable que se mantiene con menos intensidad que la idea delirante • Idea delirante. Creencia falsa e irreducible a la argumentación lógica o al contraste de pruebas objetivas: – Las dimensiones para considerar en la exploración del delirio son: ■ Convicción o grado de creencia y aceptación ■ Extensión o grado de implicación en distintas áreas ■ Sistematización o grado de organización ■ Presión o grado de preocupación y presencia del delirio en el sujeto – Clasificación según el contenido de las ideas delirantes: ■ Persecutorias ■ Autorreferenciales ■ Celotípicas ■ Erotománicas (síndrome de Clérambault) ■ De grandeza o megalománicas ■ Religiosas o místicas ■ De culpa o castigo ■ De pobreza o ruina ■ Delirio de negación o nihilista: niega existencia de partes del cuerpo, de funciones fisiológicas, incluso negar el mundo que le rodea (síndrome de Cotard, característico de la depresión melancólica, aunque puede aparecer en la esquizofrenia) ■ Hipocondríacas o somáticas ■ Ideas delirantes de alienación del pensamiento: control del pensamiento, lectura del pensamiento, difusión o transmisión del pensamiento, inserción del pensamiento o robo del pensamiento ■ Delirios compartidos por dos o más personas (<i>folie à deux, à trois</i>, etcétera) • Idea obsesiva: persistencia patológica y recurrente de un pensamiento o sentimiento no deseado que no puede ser eliminado de la conciencia con la lógica y que generalmente se vivencia como intruso y absurdo (legodistónico). Pueden ser de limpieza, contenidos religiosos, orden o simetría, sexo o agresión, etcétera • Fobia: miedo persistente e irracional a un objeto o situación específica • Pensamiento mágico: creencia de que las palabras, ideas, impulsos o acciones pueden determinar o impedir un suceso por estar investidos de poder • Pensamientos de muerte/suicidio: aparecen cuando el paciente considera su situación como insostenible. Se debe explorar de forma específica la presencia o ausencia de ideas pasivas de muerte, ideas de suicidio y la planificación suicida

Tabla 4-11. Alteraciones de la percepción

Ilusiones. Interpretación errónea de un estímulo externo real:

- Catatímicas o afectivas: un estado afectivo intenso facilita una falsa percepción
- Fantásticas o pareidolias: ver imágenes concretas en el fuego o en el perfil de una montaña
- Por inatención

Alucinaciones. Percepción sin presencia de objeto o estímulo externo que se percibe como real por el sujeto:

- Auditivas
- Visuales
- Táctiles o hápticas: sensaciones cutáneas de presión, térmicas, de deformación, incluye hormigueo o sensación de insectos reptando bajo la piel. Cenestésicas o somáticas
- Olfativas
- Gustativas
- Hipnagógicas: falsa percepción corporal al pasar de la vigilia al sueño
- Hipnopómpicas: falsa percepción al pasar del sueño a vigilia

Seudoalucinación. También se denominan alucinaciones psíquicas, ya que se experimentan en el espacio psíquico sin relacionarse con ninguna modalidad sensorial y son vividas como reales

Alucinosis. Percepción sin objeto, generalmente muy vívida, pero en la que la persona se da cuenta de que es un fenómeno perceptivo irreal y absurdo

Desrealización. Sensación de extrañeza extrema del entorno (objetos, personas, etc.), impresión de que la realidad externa ha sufrido un cambio que no es real

orden jerárquico también está determinado por la potencial mayor gravedad o la necesidad de intervención urgente. Así, por ejemplo, en el síndrome confusional se encuentra una alteración fluctuante del nivel de vigilia y puede existir riesgo vital.

El orden jerárquico de diagnóstico psiquiátrico sindrómico que hay que considerar es el siguiente (**Fig. 4-1**):

- Síndrome confusional.
- Síndrome demencial
- Síndrome psicótico.
- Síndrome afectivo (depresivo o maníaco).
- Síndrome ansioso.

La presencia de alucinaciones o delirio en un caso con un síndrome maníaco determina que se tenga que diagnosticar un síndrome psicótico que se encuentra en un orden superior. En este caso, el diagnóstico específico final probablemente será el de trastorno bipolar con síntomas psicóticos, pero la presencia de síntomas psicóticos es muy relevante por su mayor gravedad y porque determinará no solo el pronóstico, sino también el tipo de tratamiento indicado en la fase aguda. La formulación de un diagnóstico categorial específico y fiable, considerando los criterios operativos, requiere de un conocimiento más amplio de la psicopatología y de los trastornos.

Tabla 4-12. Relación de síndromes psiquiátricos básicos y síntomas principales

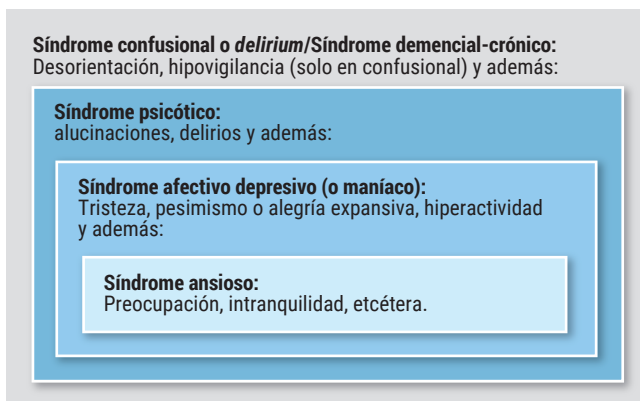
Síndrome confusional o <i>delirium</i>	• Disminución del nivel de conciencia (nivel de vigilia fluctuante) • Déficit atencional variable • Alteraciones de funciones cognitivas (memoria, orientación, lenguaje) • Alteraciones perceptivas (alucinaciones, alucinosis) • Inicio brusco y curso fluctuante • Otros síntomas psicopatológicos variables (afectivos, pensamiento, conductuales, etcétera)
Síndrome demencial o déficit cognitivo crónico:	• Déficit de memoria inicialmente reciente (en formas avanzadas se verá afectada la inmediata y la remota) • Deterioro de funciones cognitivas superiores (afasia, agnosia, apraxia, funciones ejecutivas) • Nivel de conciencia o vigilia intacto • Inicio gradual y evolución progresiva lenta • Otros síntomas psicopatológicos variables (afectivos, pensamiento, conductuales, etcétera)
Síndrome psicótico	• Síntomas psicóticos positivos: – Ideas delirantes – Alucinaciones – Alteraciones del curso del pensamiento y del lenguaje – Conducta desorganizada o catatónica • Síntomas psicóticos negativos: – Aplanamiento afectivo – Abulia – Alogia • Nivel de conciencia intacto

(Continúa)

Tabla 4-12. Relación de síndromes psiquiátricos básicos y síntomas principales (Cont.)

Síndrome depresivo*	• Ánimo depresivo • Anhedonia total o parcial • Pérdida o aumento de peso y/o apetito, clínicamente significativa • Insomnio o hipersomnia • Agitación o retardo psicomotor • Fatiga o pérdida de energía • Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados • Capacidad disminuida para concentrarse o tomar decisiones • Pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida
Síndrome maniaco	• Ánimo expansivo o irritable • Aumento excesivo de la autoestima • Disminución de la necesidad de sueño • Verborrea • Taquipsiquia • Distrabilidad (hiperprosexia) • Hiperactividad • Compromiso del juicio social (conductas de riesgo)
Síndrome ansioso	• Síntomas emocionales: ansiedad, inseguridad, temor, despersonalización • Síntomas cognitivos: sobrepreocupación, expectación aprensiva, anticipación de peligro, hipervigilancia • Síntomas conductuales: inquietud psicomotora, respuesta de alarma exagerada, conductas de evitación • Síntomas somáticos: apetito, sueño, cardiorrespiratorios, neurovegetativos, musculoesqueléticos, digestivos

* Diagnóstico específico de depresión mayor (DSM-5-TR): presencia persistente durante dos o más semanas de ≥ 5 síntomas, siempre que al menos uno sea ánimo depresivo o anhedonia.

**Figura 4-1.** Jerarquía de síndromes psiquiátricos.

ENTREVISTAS PSIQUIÁTRICAS ESTRUCTURADAS

Las entrevistas psiquiátricas estructuradas o semiestructuradas se han desarrollado para estandarizar la recogida de la información psicopatológica de forma exhaustiva. Incluyen todas las preguntas relevantes y en un orden establecido para realizar la exploración psicopatológica y el diagnóstico psiquiátrico fiable y estable.

Se trata de herramientas muy valiosas de ayuda al proceso de diagnóstico que han permitido aumentar significativamente la fiabilidad entre evaluadores (dos evaluadores llegarán al mismo diagnóstico en el mismo período) y lo

han dotado de estabilidad temporal (un mismo entrevistador realizará el mismo diagnóstico en dos momentos distintos, aunque se hayan producido cambios en la intensidad de los síntomas).

El desarrollo de estos instrumentos permite evaluar los síntomas y signos psicopatológicos de forma estandarizada y, en algunos casos, realizar el diagnóstico diferencial entre distintos trastornos que pueden compartir síntomas, y analizar las posibles causas estableciendo generalmente una relación temporal (enfermedades médicas, uso de sustancias tóxicas o tratamientos farmacológicos). En la **tabla 4-13** se recogen las principales entrevistas estructuradas de diagnóstico psiquiátrico indicando el nivel de competencia del entrevistador.

La entrevista neuropsiquiátrica internacional reducida es una entrevista psiquiátrica estandarizada aplicable por entrevistadores no expertos con conocimientos básicos en psicopatología. Dispone de diversas versiones (adultos, niños, etc.) traducidas al español. Con un entrenamiento mínimo y en pocos minutos, ayuda al diagnóstico específico de los trastornos psiquiátricos actuales más prevalentes en un medio como el de atención primaria. Este progreso en la fiabilidad del diagnóstico en un medio no especializado puede mejorar la gestión clínica y los resultados en patologías tan prevalentes como la depresión. Este y otros instrumentos de diagnóstico y de evaluación psicopatológica de distintos trastornos puede consultarse más extensamente en el Banco de Instrumentos del Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental.

Tabla 4-13. Principales entrevistas estructuradas de diagnóstico psiquiátrico

Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders (SCID-5)	Entrevistador experto. Diversas versiones: clínica, investigación, ensayos clínicos y breve o de trastornos de la personalidad (SCID-5-PD)	• First MB, Williams JBW, Karg RS, Spitzer RL, 2016
Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN)	Entrevistador experto, derivada de la Present State Examination (PSE-9) de la OMS	• Wing JK, Babor T, Brugha T, Burke J, Cooper JE, Giel R <i>et al.</i> , 1990 • Vázquez-Barquero JL, Gaité L, Artal Simón J, Arenal A, Herrera Castaneda S, Díez Manrique JF <i>et al.</i> 1994
Composite International Diagnostic Interview (CIDI)	Entrevistador no experto	• Kessler RC, Utsun TB, 2004
Diagnostic Interview Schedule (DIS)	Entrevistador no experto	• Robins LN, Helzer JE, Croughan J, Ratcliff KS, 1981 • Canino GJ, Bird HR, Shrout PE, Rubio-Stipec M, Bravo M, Martínez R <i>et al.</i> , 1987
Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (K-SADS-PL-5)	Entrevistador experto, versión niños	• Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P <i>et al.</i> , 1997 • De la Peña FR, Villavicencio LR, Palacio JD, Félix FJ, Larraguibel M, Viola L <i>et al.</i> , 2018
Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI)	Entrevistador con conocimientos básicos de psicopatología.	• Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E <i>et al.</i> , 1998
Autism Diagnostic Schedule (ADI-R)	Entrevistador experto	• Le Couteur A, Rutter M, Lord C, Ríos P, Robertson S, Holdgrafer M <i>et al.</i> , 1989

OMS: Organización Mundial de la Salud.

**PUNTOS CLAVE**

- La entrevista psiquiátrica (anamnesis y exploración psicopatológica) es el instrumento esencial para la orientación diagnóstica y pronóstica del paciente con un trastorno mental; además, es imprescindible para elaborar el plan terapéutico.
- En la entrevista se debe establecer una relación interpersonal adecuada. Hay que adaptarse al entorno en el que se realiza, pero siempre con seguridad. También se han de conocer los aspectos técnicos básicos (v. **Tabla 4-2**).
- La exploración psicopatológica o del estado mental requiere el examen metódico de las principales dimensiones de la vida psíquica (v. **Tabla 4-3**) y la identificación de los síntomas y signos psicopatológicos de mayor relevancia clínica (v. **Tablas 4-4 a 4-11**).
- La competencia para aplicar el diagnóstico psiquiátrico de los principales síndromes psiquiátricos y la jerarquía del diagnóstico (v. **Tabla 4-12**; v. **Fig. 4-1**) (confusional/demencial, psicótico, afectivo [depresivo y maníaco], ansioso) debe ser adquirida por todos los profesionales de la salud (médicos de cualquier especialidad, psicólogos, enfermeros, etcétera).
- Las entrevistas estructuradas facilitan un diagnóstico psiquiátrico fiable en investigación clínica y epidemiológica (v. **Tabla 4-13**). La entrevista neuropsiquiátrica internacional reducida es también recomendable en la formación de los clínicos en entrevista psiquiátrica, porque requiere únicamente un conocimiento básico de psicopatología y de las normas de utilización.

BIBLIOGRAFÍA

- Canino GJ, Bird HR, Shrout PE, Rubio-Stipec M, Bravo M, Martínez R *et al.* The Spanish Diagnostic Interview Schedule. Reliability and concordance with clinical diagnoses in Puerto Rico. *Arch Gen Psychiatry*. 1987;44(8):720-6.
- Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental. Banco de Instrumentos y Metodologías en Salud Mental [Internet]. Madrid: CIBERSAM; 2015 [consulta el 27 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos>.
- De la Peña FR, Villavicencio LR, Palacio JD, Félix FJ, Larraguibel M, Viola L *et al.* Validity and reliability of the kiddie schedule for affective disorders and schizophrenia present and lifetime version DSM-5 (K-SADS-PL-5) Spanish version. *BMC Psychiatry*. 2018;18(1):193.
- First MB, Williams JBW, Karg RS, Spitzer RL. Structured Clinical Interview for DSM-5 – Disorders – Clinician Version (SCID-5-CV). Arlington: American Psychiatric Association; 2016. <https://www.appi.org/products/structured-clinical-interview-for-dsm-5-scid-5>
- Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P *et al.* Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36(7):980-8.
- Kessler RC, Utsun TB. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res*. 2004;13(2):93-121.
- Le Couteur A, Rutter M, Lord C, Ríos P, Robertson S, Holdgrafer M *et al.* 1998 y 2003.
- Obiols JE, editor. Manual de psicopatología general. Madrid: Biblioteca Nueva; 2013.
- Othmer E, Othmer SC. The clinical interview using DSM-IV-TR: Vol. 1. Fundamentals. Washington: American Psychiatric Publishing, Inc; 2002.
- Robins LN, Helzer JE, Croughan J, Ratcliff KS. National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule. Its history, characteristics, and validity. *Arch Gen Psychiatry*. 1981;38(4):381-9.

- Sadock B, Sadock VA, Ruiz P, Kaplan y Sadock. Manual de psiquiatría clínica. 4ª ed. Barcelona: Wolters Kluwer; 2018.
- Vallejo Ruiloba J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 8ª ed. Barcelona: Elsevier-Masson; 2015.
- Hooker AB, Lemmers M, Thorkow AL, Heymans MW, Opmeer BC, Brölmann HA, et al. Systematic review and metaanalysis of intrauterine adhesions after miscarriage: prevalence, risk factors and long-term reproductive outcome. Hum Reprod Update. 2014;20:262-78.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. J Clin Psychiatry. 1998;59(supl 20):22-33.
- Vázquez-Barquero JL, Gaite L, Artal Simón J, Arenal A, Herrera Castaneda S, Díez Manrique JF et al. Desarrollo y verificación de la versión española de la entrevista psiquiátrica. «Sistema SCAN» (Cuestionarios para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría). Aetas Luso-Esp Neurol Psiquiatr. 1994;22(3):109-120.
- Wing JK, Babor T, Brugha T, Burke J, Cooper JE, Giel R et al. SCAN. Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. Arch Gen Psychiatry. 1990;47(6):589-93.