

Entrevista psiquiátrica en Atención Primaria

E. Thomas Carazo^a y M. J. Nadal Blanco^b

^aDoctora en Medicina. Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Báltico I. Área 4. Madrid.

^bDoctora en Medicina. Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Azuqueca de Henares. Atención Primaria. Guadalajara.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales constituyen una parte importante de la morbilidad atendida por los médicos de Atención Primaria, ya sea como problema principal o como trastorno asociado. La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la consulta del médico de cabecera se sitúa alrededor del 20%. Además, debemos considerar la «morbilidad psiquiátrica oculta». Con relativa frecuencia, los síntomas somáticos referidos por algunos pacientes son, en realidad, manifestaciones de una alteración psicopatológica. La prevalencia de esta morbilidad oculta es importante, pudiendo estar en torno al 50%. Por otra parte, también es difícil diagnosticar la patología psiquiátrica menor, ya que muchas veces es complicado discriminar entre «estrés», «problemas de la vida» y auténtica enfermedad.

Los datos existentes acerca de la capacidad de detección de patología mental por los médicos de familia indican una gran variabilidad entre profesionales. Sin embargo, en líneas generales, se puede afirmar que en Atención Primaria se diagnostica a menos del 50% de los sujetos que presentan enfermedad psiquiátrica. Este infradiagnóstico puede obedecer a varias causas (tabla 1). Por un lado, la patología mental puede estar enmascarada por síntomas somáticos, por otro, el poco tiempo del que se dispone en las consultas dificulta el diagnóstico, pero probablemente la causa más importante sea la falta de preparación específica de los médicos de cabecera en el campo de la psiquiatría.

Sería, por tanto, recomendable mejorar e incrementar la formación sobre trastornos mentales en los profesionales de Atención Primaria. Por su ubicación en la red asistencial son los más próximos al paciente, y por tanto, los que más fácilmente podrían detectar los trastornos incipientes.

En la evaluación de las enfermedades psiquiátricas la entrevista clínica tiene una importancia crucial, debido fundamentalmente a la ausencia de pruebas objetivas en este campo. La utilización de test diagnósticos y de escalas de valoración estandarizadas puede facilitar el examen del paciente. Los más utilizados en la práctica clínica son las escalas de ansiedad y depresión de Goldberg y el PRIME-

MD (*Prymare Care Evaluation of Mental Disorders*), basado en los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana en su cuarta edición (DSM-IV). La concordancia entre las dos escalas es aceptable, por tanto los médicos de cabecera deberían estar familiarizados con el manejo de cualquiera de ellas.

Pese a que estas escalas de valoración pueden ayudar a orientar el diagnóstico, lo realmente importante es realizar una adecuada entrevista clínica. Si bien la entrevista psiquiátrica tiene algunas características peculiares, las técnicas básicas de exploración del estado mental pueden aprenderse, y es necesario que sean conocidas y utilizadas por el médico de Atención Primaria. El presente tema tratará de aportar unas nociones generales para que los médicos de cabecera seamos capaces de realizar una adecuada entrevista psiquiátrica.

ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Podemos considerar dos partes en la entrevista psiquiátrica: anamnesis y exploración psicopatológica.

La anamnesis de un paciente psiquiátrico debe ser muy exhaustiva, y debe especificar si los datos son aportados sólo por el paciente o si también se han obtenido a partir de la entrevista a un informador. Además de recoger el motivo de consulta, la descripción de la enfermedad y los antecedentes personales, tiene que sintetizar la biografía del sujeto y su situación personal, social y familiar en el momento actual. En la tabla 2 se resumen los puntos más importantes que deben integrar una correcta anamnesis.

Tabla 1. Dificultades en el diagnóstico de enfermedades mentales en Atención Primaria

Enmascaramiento por síntomas somáticos
Dificultad para discriminar entre estrés, «problemas de la vida» y síntomas psiquiátricos
Falta de preparación específica de los médicos de Atención Primaria en el campo de la psiquiatría
Variabilidad entre profesionales
Alta prevalencia de patología psiquiátrica menor, con síntomas no siempre identificables
Escasez de tiempo en las consultas de Atención Primaria

Correspondencia:
Dra. M. J. Nadal Blanco.
Centro de Salud Azuqueca de Henares.
Pza. de la Concordia s/n.
19200 Azuqueca de Henares. Guadalajara.

Tabla 2. Anamnesis en la entrevista psiquiátrica

Datos de filiación
Motivo de consulta
Descripción general
Enfermedad actual
Inicio
Factores precipitantes
Impacto de la enfermedad
Antecedentes médicos
Antecedentes psiquiátricos
Antecedentes personales
Desarrollo prenatal
Primera etapa de la niñez
Etapa media de la niñez
Última etapa de la niñez
Historia psicosexual
Medio religioso, cultural y moral
Vida adulta
Historia laboral y educacional
Relaciones sociales
Sexualidad adulta
Historia matrimonial
Situación social actual
Historia militar
Antecedentes familiares

En cuanto a la exploración psicopatológica, es fundamental una profunda observación del sujeto. Debemos evaluar y describir, no sólo su apariencia, sino también su forma de hablar y de comportarse. Además tenemos que explorar su afecto, su estado de ánimo, su memoria, su capacidad de juicio y su capacidad de introspección. En la tabla 3 se presenta un esquema de la exploración psicopatológica.

Dada la complejidad de la entrevista clínica psiquiátrica, sobre todo en el apartado de exploración psicopatológica, vamos a desarrollar dos capítulos específicos comentando las características más importantes tanto de la anamnesis como de la exploración.

ANAMNESIS

Datos de filiación

Se recogerán el nombre, la edad, el estado civil, el sexo, la ocupación habitual, la religión y el lugar de residencia. Es, además, aconsejable realizar un breve resumen de las circunstancias actuales de la vida del paciente.

Motivo de consulta

Conviene describir con las palabras del propio sujeto cuál es la causa que le ha impulsado a solicitar ayuda profesional. Si encuentra dificultad para expresarse puede servirnos de ayuda una pregunta directa: ¿qué problema le ha conducido a esta consulta?

Descripción general

Es preciso observar y describir la apariencia física del paciente (higiene, expresión facial, vestimenta...), su forma de hablar (tono y ritmo de la voz, fluidez del lenguaje...), su forma de moverse, y su conducta a lo largo de la entre-

vista (hostilidad, cooperación...). Estos datos pueden ser muy relevantes para plantear un adecuado diagnóstico diferencial.

Enfermedad actual

Se debe realizar una descripción cronológica de la sintomatología desde el inicio de la enfermedad hasta el momento actual. Será de especial utilidad la evaluación detallada de las circunstancias personales del sujeto en el momento en el que se iniciaron los síntomas, ya que con frecuencia la existencia de un acontecimiento vital estresante (AVE) puede actuar como factor precipitante o agravante de la enfermedad. Es necesario que seamos muy exhaustivos en la búsqueda de factores desencadenantes, ya que, a veces, esta relación entre AVE y síntomas no es percibida por el propio paciente.

No sólo debemos evaluar la sintomatología y su evolución a lo largo del tiempo; también tenemos que investigar el impacto que la enfermedad está ocasionando en el paciente y en su familia. Hay que recordar que una enfermedad psiquiátrica puede ocasionar importantes problemas laborales, económicos y familiares.

Antecedentes médicos

Hay que revisar los problemas médicos del paciente. Muchas veces las alteraciones en el estado de ánimo se traducen en síntomas somáticos: astenia, disminución del apetito, insomnio, sueño fragmentado, inapetencia sexual... Sin embargo, no debemos olvidar que los sujetos con patología mental también pueden tener enfermedades orgánicas, y que éstas, en algunos casos, pueden ocasionar síntomas psiquiátricos.

Antecedentes psiquiátricos

Es fundamental averiguar si el paciente ha padecido algún episodio previo de trastorno psiquiátrico. En caso de confirmarse este antecedente debemos reseñar por orden cro-

Tabla 3. Exploración psicopatológica

Evaluación de la apariencia, de la actitud, de la conducta y del lenguaje
Evaluación del curso y del contenido del pensamiento: valorar fluidez, continuidad, contenido, pensamiento abstracto y capacidad de concentración
Evaluación de las percepciones: valorar la existencia de alucinaciones, de ilusiones y de sentimientos de despersonalización o desrealización
Evaluación del estado de ánimo y del afecto
Evaluación de la consciencia
Evaluación de la orientación
Evaluación de la memoria: inmediata, reciente y remota
Evaluación del control de los impulsos y de la tolerancia a la frustración
Evaluación de la inteligencia y de la formación
Evaluación de la capacidad de juicio
Evaluación de la capacidad de introspección

nológico los episodios, indicando su intensidad (es recomendable especificar si fue necesario ingreso hospitalario y/o incapacidad laboral), duración y si precisaron tratamiento médico (fármacos, dosis, duración y respuesta).

Antecedentes personales

Para analizar la psicobiografía del paciente es útil seguir los siguientes pasos:

Desarrollo prenatal

Con frecuencia es difícil obtener esta información, pero puede resultar de interés conocer si el embarazo fue planificado, cómo cursaron tanto el embarazo como el parto (sobre todo si hubo cualquier evidencia de daño en el momento del nacimiento), la reacción de los padres ante el sexo del paciente, el modo en el que se eligió su nombre...

Primera etapa de la niñez

En este apartado resumiremos la información disponible referente a los tres primeros años de la vida del paciente. Investigaremos sus primeros rasgos de carácter (amabilidad, timidez...), las relaciones con sus hermanos, la respuesta ante la separación materna y ante la presencia de extraños. Conviene saber cuáles son sus primeros recuerdos, cuáles eran sus juegos, cómo fue el aprendizaje del control de esfínteres, y si tuvo algún síntoma o signo de necesidades insatisfechas (alteraciones de las pautas de sueño, golpearse la cabeza, mecerse continuamente, llorar o chuparse el dedo, tener rabietas o pesadillas...).

Etapas media de la niñez (de los tres a los once años)

Muchos rasgos de la personalidad resultan plenamente evidentes en esta etapa. Además, es preciso determinar si el desarrollo psicomotor del paciente fue adecuado, y si tuvo alguna pauta anormal de comportamiento (debe reseñarse cualquier antecedente de provocación de incendios, crueldad con los animales, compulsividad, impulsividad, agresividad, agitación, problemas de socialización, etc.).

Última etapa de la niñez (desde la pubertad hasta el final de la adolescencia)

Investigaremos las relaciones del paciente con los compañeros, su participación en actividades de grupo, el modo en el que adquirió la independencia frente a los padres, las relaciones con los profesores y otras figuras representativas de autoridad, su currículum académico y las actividades extraescolares, tales como deportes, aficiones y actividades creativas. Así mismo, es fundamental averiguar si en esta etapa el sujeto presentó sentimientos de inferioridad, problemas de peso, conductas de riesgo, o historia de abuso de tabaco, alcohol u otras sustancias.

Historia psicosexual

Es recomendable comenzar indagando las curiosidades sexuales de la primera etapa de la niñez, cómo fue la adquisición de los conocimientos sexuales y qué actitud tenían sus padres ante el sexo.

Habrà que revisar los datos relativos al inicio de la pubertad del paciente, sus sentimientos al respecto y cómo se desarrolló su identificación sexual. En el caso de las mujeres resulta especialmente interesante determinar su reacción respecto al inicio de las menstruaciones. También puede describirse el patrón de masturbaciones durante la adolescencia, incluyendo las fantasías sexuales y la presencia de sentimientos de culpa.

No debemos olvidar investigar a qué edad se iniciaron las relaciones sexuales, si la orientación es homo o heterosexual, si existen cambios habituales de pareja, la frecuencia de las relaciones sexuales y el nivel de satisfacción de las mismas. Además hay que preguntar sobre la existencia de síntomas de disfunción sexual, tales como frigidez, vaginismo, impotencia, eyaculación precoz o retardada, y por último la práctica de perversiones sexuales.

Medio religioso, cultural y moral

Es necesario determinar el tipo de educación religiosa recibida por el paciente, y las actitudes éticas, morales y culturales de su familia, fundamentalmente de sus padres y de su pareja. En este apartado deben quedar reflejadas las prácticas religiosas actuales del sujeto.

Vida adulta

Conviene evaluar diferentes apartados.

Historia laboral y educacional

Son datos esenciales la actitud del paciente ante la búsqueda de empleo, su motivación al prepararse para el trabajo, sus ambiciones, los cambios de puesto de trabajo y sus causas. Interesa conocer el grado de satisfacción del paciente con su empleo actual, así como las relaciones personales con los compañeros de trabajo, superiores y subordinados.

Relaciones sociales

Aquí consideraremos las características actuales de la vida familiar y social del paciente.

Es importante establecer el tipo de relación con el cónyuge, así como las relaciones con los hijos, padres, familia política y otros parientes cercanos con los que el sujeto pueda tener una relación importante.

En cuanto a las amistades, habrá que investigar la cantidad, profundidad y calidad de las relaciones mantenidas con individuos del mismo sexo y del sexo opuesto, así como datos orientativos de aislamiento social, de dificultad para establecer lazos relacionales con otras personas o de una excesiva dependencia de su familia.

Sexualidad adulta

Completaremos aquí la historia psicosexual del paciente, reseñando el tipo y calidad de sus relaciones sexuales actuales.

Historia matrimonial

Pediremos al paciente que describa los aspectos positivos y negativos de la evolución de su relación de pareja desde su inicio hasta el momento actual y el grado de satisfacción

que dicha relación le aporta. Preguntaremos los nombres y edades de sus hijos así como el nivel de comunicación que mantiene con ellos.

Dentro de este apartado debemos determinar la actitud de la pareja respecto a temas tan importantes como la planificación familiar y la educación de los hijos. También investigaremos si el paciente o su pareja mantienen relaciones extramatrimoniales y la influencia que éstas ejercen en él y en la dinámica familiar. En caso de divorcio detallaremos los problemas que lo provocaron y las condiciones del acuerdo sobre el mismo, tales como el reparto económico y la custodia de los hijos.

Situación social actual

Indicaremos el número de miembros de la familia que viven en el mismo domicilio, el tamaño de la casa y las condiciones de privacidad. Deben investigarse las fuentes y cantidad de ingresos familiares, así como la posibilidad de ayudas económicas externas.

Historia militar

Mención aparte merece este capítulo. Hasta ahora ha sido una parte importante en la vida de los varones, y en la actualidad es fundamental en los militares profesionales, tanto hombres, como mujeres. Hay que considerar cómo fue la adaptación del paciente a la vida militar y a las condiciones disciplinarias.

Antecedentes familiares

Recogeremos las enfermedades psiquiátricas y orgánicas de los familiares biológicos del paciente y, si resulta conveniente, los tratamientos médicos a los que están sometidos.

En este apartado también hay que reseñar la personalidad y el temperamento de los diversos miembros de la familia y de las personas que han vivido con el paciente desde su infancia hasta el momento actual especificando, además, el tipo de relación que mantienen o han mantenido con él. Es también fundamental que establezcamos de forma clara cuál es la actitud de la familia ante la enfermedad del paciente.

EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

Evaluación de la apariencia, la actitud, la conducta y el lenguaje

Apariencia

No se requiere una técnica elaborada para observar y evaluar la apariencia del paciente. El entrevistador debe evitar juicios iniciales, limitándose a describir la impresión general física y emocional que transmite el sujeto. Debemos describir no sólo su higiene, expresión facial y vestimenta, sino también su comportamiento, su aparente salud física y su estado nutricional.

Con frecuencia el sexo y la edad pueden ser relevantes para el diagnóstico, pues hay trastornos mentales más pre-

valentes dentro de un determinado grupo de edad y sexo. Tanto la malnutrición como la obesidad pueden ser resultado de una enfermedad psiquiátrica. El descuido en la higiene personal puede ponernos en la pista de algunos trastornos psiquiátricos. En el lado opuesto, un exceso de limpieza puede orientar a un trastorno obsesivo-compulsivo.

Actitud

Es importante observar y describir la forma que tiene el paciente de relacionarse con el entrevistador. Debemos especificar el tipo de actitud que presenta: cooperación, amigabilidad, confianza, determinación, madurez, seducción, hostilidad, control, evasión, actitud de defensa o de cautela. También debemos evaluar el contacto ocular que mantiene el paciente, ya que nos puede orientar en el diagnóstico. Movimientos oculares aberrantes pueden traducir alucinaciones visuales, deterioro cognoscitivo o simplemente distracción. Por el contrario, la evitación de la mirada puede indicar timidez u hostilidad, así como una mirada examinadora puede revelar suspicacia.

Conducta

Debemos analizar la conducta motora del paciente (tabla 4), cómo es su coordinación psicomotriz, si está agitado, si presenta rigidez o flexibilidad cérica. También es importante reseñar si aparecen tics, gesticulaciones, manierismos y, sobre todo, si hay movimientos que tengan una base neuropatológica (discinesia tardía, acatisia, movimientos coreicos, temblores...). Así mismo, es recomendable observar los movimientos expresivos del paciente, ya que constituyen el complemento fundamental del lenguaje verbal.

Lenguaje

El lenguaje del paciente es una ventana a su pensamiento y afectividad. Para investigar estas áreas debemos invitarle a hablar sobre sus sentimientos y emociones.

Es fundamental estudiar las características físicas del habla ya que el tono, la monotonía, el volumen, y la claridad

Tabla 4. Datos a considerar en la evaluación de la conducta del paciente

Coordinación motora
Agilidad
Modo de andar
Movimientos anormales
Manierismos
Gesticulaciones
Tics
Ecopraxia
Agitación
Flexibilidad cérica
Rigidez
Movimientos con base neuropatológica
Temblores
Acatisia
Discinesia tardía
Movimientos coreicos y atetósicos

de la voz nos 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 mal sonantes, la aparición de ensalada de palabras (flujo de palabras continuo y sin sentido) e incoherencias orientarán a enfermedades psiquiátricas que cursen con trastornos del lenguaje. Las principales características del lenguaje que debemos evaluar en la exploración psicopatológica se resumen en la tabla 5.

Evaluación del curso y del contenido del pensamiento

Fluidez del pensamiento

Debemos especificar si el pensamiento es rápido o está enlentecido, así como, si es fluido y abundante en ideas o si está empobrecido.

El pensamiento se transmite mediante el lenguaje. Un pensamiento enlentecido se traduce, generalmente, en un lenguaje disperso, agramatical, lleno de pausas para buscar palabras y tendente a la utilización de sustantivos, como si el paciente hablara en “estilo telegrama”. Un pensamiento excesivamente rápido también puede acompañarse de un lenguaje bastante ininteligible, lleno de palabras anormales (parafasias), neologismos (palabras o frases inventadas), verbigeración y, a veces, incluso puede aparecer la fuga de ideas.

Continuidad del pensamiento

En este apartado hay que evaluar la continuidad de las ideas del paciente, si ha perdido la capacidad asociativa, si las frases utilizadas son adecuadas a los objetivos y si éstos están dispersos.

Hablamos de “tangencialidad” cuando las respuestas del paciente pierden el objetivo pero no se alejan mucho de él, de “evasividad” cuando evitan el objetivo, de “perseveración” si el paciente repite las mismas frases y palabras aunque se cambie de tema, de “bloqueo” cuando el flujo del pensamiento se interrumpe repetidamente, de “descarrilamiento” si después de una pausa el paciente comienza a referir un pensamiento completamente nuevo, de “distrai-

bilidad” y “fuga de ideas” si mientras contesta a una pregunta cambia a un nuevo pensamiento, de “incongruencia” cuando la respuesta no se relaciona en absoluto con la pregunta formulada, y de “fragmentación del pensamiento” cuando las frases no se relacionan entre sí y hay continuas incongruencias en su encadenamiento. También hay que señalar si durante la entrevista aparecen verbigeración, palilalia, ensalada de palabras o asociación por asonancia. Los trastornos en la continuidad del pensamiento se resumen en la tabla 6.

Contenido del pensamiento

Debemos centrarnos en dos aspectos fundamentales. Por un lado hay que averiguar las preocupaciones del paciente (qué tipo de problemas tiene, si padece fobias, compulsiones, etc.), y por otro determinar si existen delirios e ideas de referencia.

Preocupaciones

Averiguaremos si el paciente tiene problemas laborales, económicos o familiares. Otro punto importante a determinar es cómo vive el paciente su enfermedad y qué repercusiones familiares y personales le está ocasionando. También hay que investigar la presencia de fobias, obsesiones, compulsiones, pensamientos hipocondríacos e impulsos sociopáticos.

Los objetos y situaciones fóbicas pueden valorarse mediante preguntas directas del tipo “¿Hay alguna cosa que tema como animales, objetos o alturas?” o “¿Se siente incómodo hablando en público?”. También hay que determinar si las fobias conducen a algún tipo de conducta de evitación: “¿Hay alguna cosa que evite a toda costa?”.

Explorar las obsesiones es difícil. Debemos preguntar si tiene pensamientos que él considere absurdos, a los que intenta resistirse, ignorar o suprimir, o que le causen ansiedad o estrés. Puede ser de utilidad interrogar directamente sobre el contenido típico de las obsesiones: “¿Tiene usted pensamientos de suciedad, de estar contaminado o dudas repetidas acerca de haber olvidado algo?”.

Es necesario investigar la posible ideación suicida, la existencia de impulsos autodestructivos, y de ideas homi-

Tabla 5. Estudio de las características del lenguaje

Datos sobre el afecto
Indecisión
Tono de voz
Monotonía
Volumen
Claridad
Intensidad
Espontaneidad
Tiempo de reacción
Datos sobre trastornos del lenguaje
Ritmo
Fluidez
Articulación
Incoherencia
Ensalada de palabras
Neologismos
Palabras mal sonantes

Tabla 6. Trastornos en la continuidad del pensamiento

Pérdida de asociaciones
Tangencialidad
Evasividad
Perseveración
Bloqueo
Descarrilamiento
Distraibilidad
Fuga de ideas
Irrelevancia
Incongruencia
Fragmentación
Verbigeración
Ensalada de palabras
Asociación por asonancia

cidas. Las preguntas directas sobre si ha considerado la posibilidad de matarse o de matar a alguien son útiles en muchos pacientes. Otra alternativa, para valorar estos factores de riesgo, consiste en comenzar preguntando por el valor que otorga a la vida humana, a la suya propia y si está satisfecho de estar vivo.

Delirios e ideas de referencia

Los delirios con frecuencia se centran en temas típicos como son ideas de persecución, de culpa, de grandeza, de celos, de enfermedad y de pobreza. Otras veces consisten en la existencia de percepciones extrasensoriales y habilidades sobrenaturales. Conviene evaluar si el contenido de los delirios se muestra organizado, el modo en el que afecta a la vida del paciente y sobre todo, si éste cree en la validez de su delirio (tabla 7).

Las ideas de referencia consisten en el temor a ser controlado por alguien o algo ajeno. Hay que investigar si el paciente las presenta, cuáles son, si encuentra alguna justificación para ellas y cuál es su reacción ante estas creencias (tabla 7).

Pensamiento abstracto

Es la capacidad del paciente para realizar abstracciones, elaborar conceptos, utilizar sinónimos, detectar diferencias, emplear similitudes o metáforas y reconocer absurdos.

Para su evaluación podemos utilizar varias técnicas (tabla 8). Una de ellas consiste en pedir al paciente que cite un refrán, explicando después su significado. Si la explicación es coherente el sujeto es capaz de abstraer. En el *Test de acabamiento* el entrevistador iniciará varias series conceptuales (por ejemplo 1,3,5, o A2,B4,C?) que serán completadas por el paciente. El *Test de semejanzas* está basado en la búsqueda de semejanzas en parejas de palabras: ¿qué tienen en común un gato y un perro?, ¿y un coche y un submarino?

Concentración y cognición

Una prueba sencilla para evaluar la concentración del sujeto es pedirle que reste 7 de 100, y que continúe restando de 7 en 7. Las agnosias pueden estudiarse haciendo que el paciente identifique objetos que nosotros le mostremos (un bolígrafo, una llave, etc.). Para descartar déficits cognitivos severos puede ser rentable la utilización de test sencillos, como el Minixamen Cognoscitivo (MEC) que evalúa de manera rápida la orientación temporo-espacial, la memoria, la capacidad de cálculo, la de construcción y el uso del lenguaje.

Tabla 7. Evaluación de los delirios e ideas de referencia

Delirios	Evaluar su contenido, organización, creencias sobre su validez y las interferencias que generan en la vida del sujeto
Ideas de referencia	Evaluar cómo las justifica el paciente y cuáles son las reacciones que provocan en él

Tabla 8. Evaluación del pensamiento abstracto

Pedir al paciente que cite un refrán y explique después su significado Test de acabamiento: finalización de series conceptuales Test de semejanza: establecimiento de semejanzas entre parejas de palabras
--

Evaluación de las percepciones

Debemos investigar la existencia de alucinaciones, de ilusiones y de sentimientos de despersonalización o desrealización.

Alucinaciones

Consisten en imágenes o percepciones que aparecen en ausencia de un objeto o estímulo real. Pueden ser auditivas, visuales, táctiles, olfativas o gustativas. Una de las más frecuentes es que el sujeto escuche voces aunque no haya nadie presente.

Debemos describir toda percepción sensorial que tenga el paciente, investigando las circunstancias en las que ocurre y el efecto que produce en sus sentimientos y conducta. La mayoría de los pacientes con alucinaciones creen que sus percepciones son reales y no imaginadas, por ello hay que evaluar la introspección de dichas alucinaciones. Se consideran cinco etapas de introspección:

- Etapa 1: alucinaciones previas que en el momento actual han cesado. El paciente es consciente de su naturaleza patológica.
- Etapa 2: alucinaciones experimentadas en el pasado, no están presentes ahora, pero el paciente cree que eran reales.
- Etapa 3: las alucinaciones han sido experimentadas recientemente. El paciente se encuentra en una disyuntiva sin saber si eran percepciones de carácter psicótico o real. Generalmente no quiere hablar de ellas.
- Etapa 4: las alucinaciones están presentes pero el paciente no actúa conforme a ellas.
- Etapa 5: el paciente actúa en relación con sus alucinaciones y responde conforme a ellas, por ejemplo, obedeciendo a las voces.

Ilusiones

Es una interpretación errónea de las experiencias sensoriales externas. Resultan significativas las circunstancias en que aparecen y la reacción conductual y emocional del paciente ante la ilusión.

Sentimientos de despersonalización y desrealización

En la despersonalización el sujeto siente que su cuerpo o alguna de sus partes es extraña o no familiar. En la desrealización es el ambiente el que parece extraño o diferente. El paciente puede expresar estas ideas diciendo que es como si se observase a sí mismo desde el exterior, o como si su cuerpo estuviera distorsionado, o no fuese real.

EVALUACIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO Y DEL AFECTO

Estado de ánimo

Hay que evaluar la calidad, la estabilidad, la reactividad, la intensidad y la duración del estado de ánimo. Estas cinco dimensiones pueden ser exploradas a medida que surjan en la entrevista.

En cuanto a la calidad debemos describir si el paciente parece feliz, alegre, expansivo, eufórico, triste, deprimido, melancólico, anhedónico, asustado, temeroso, culpable, ansioso, enfadado, irritable o maniaco. No podemos valorar la calidad del estado de ánimo sólo por el afecto que observemos en el sujeto. Es recomendable hacer preguntas directas sobre el tema: "¿cómo se siente la mayor parte del día?", "¿cómo se siente ahora?", "¿se divierte con las actividades con las que antes disfrutaba?", "¿se siente satisfecho en su trabajo y con las cosas que hace a diario?".

La duración del estado de ánimo tiene valor diagnóstico. Así, DSM-IV establece que la duración mínima de un episodio maniaco será de una semana. La reactividad puede orientarnos acerca de la naturaleza del trastorno psiquiátrico, por ejemplo la falta de reactividad es típica de los cuadros depresivos. También debemos evaluar la estabilidad del estado de ánimo (los cambios espontáneos o reactivos que se producen a lo largo del día) y su intensidad.

Afecto

Es la manifestación de las respuestas emocionales del paciente frente a los acontecimientos internos y externos. Se expresa a través de la postura, de los movimientos faciales, del tono de la voz, de la selección de las palabras y de las respuestas autonómicas del paciente (palidez, rubor, temblor, sudación). Es momentáneo y observable como signo por el entrevistador.

El afecto puede clasificarse como amplio, lábil, embotado, superficial, deprimido, aplanado, orgulloso, enojado, temeroso, ansioso, culpable, eufórico y expansivo.

Es importante indicar si el paciente adopta expresiones específicas como ojos muy abiertos o dientes encajados. También reseñaremos la intensidad del afecto (reflejará la implicación del sujeto en el tema que estemos tratando), su congruencia (si resulta apropiado o consistente con el contenido de los pensamientos que expresa el paciente) y su regulación (cambios rápidos del estado de ánimo, descontrol emocional...).

Las principales diferencias entre el afecto y el estado de ánimo se resumen en la tabla 9.

Tabla 9. Diferencias entre afecto y estado de ánimo

El afecto es momentáneo, dura sólo unos segundos; el estado de ánimo es más persistente
El afecto está en primer plano; el estado de ánimo constituye el fondo emocional
El afecto cambia de acuerdo a los estímulos externos e internos, mientras que el estado de ánimo puede cambiar de forma espontánea
El afecto es el signo que el entrevistador observa; el estado de ánimo es el síntoma que el paciente revela

EVALUACIÓN DE LA CONSCIENCIA

Es imprescindible considerar el grado de alerta del paciente, indicando si existe obnubilación, embotamiento o estado fluctuante del nivel de conciencia. Además, evaluaremos su capacidad de atención y concentración.

EVALUACIÓN DE LA ORIENTACIÓN

La orientación temporo-espacial se explorará preguntando al paciente la fecha, día de la semana, mes, año y dónde se encuentra en ese momento. También le preguntaremos su nombre y la identidad de las personas que le rodean.

EVALUACIÓN DE LA MEMORIA

Hay que evaluar la memoria inmediata, la reciente y la remota. La memoria inmediata puede examinarse pidiendo al paciente que repita cuatro palabras no relacionadas 5 ó 10 segundos después de haberlas escuchado. La misma prueba puede hacerse utilizando números o letras.

Para explorar la memoria reciente indicaremos al paciente que repita las mismas cuatro palabras al cabo de 10 minutos. También podemos preguntarle lo que hizo ayer o qué cenó o desayunó. Dado que algunos pacientes presentan confabulación, es conveniente formular preguntas cuya respuesta conozcamos previamente.

Para evaluar la memoria remota pediremos al paciente que hable sobre acontecimientos personales que sean fácilmente verificables como la fecha de su matrimonio o de su licencia militar. También podemos pedirle que nos refiera algún hecho histórico.

EVALUACIÓN DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS Y DE LA TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN

Es preciso determinar la capacidad del paciente para controlar la expresión de sus impulsos agresivos, hostiles, de afecto, sexuales y apetitivos. El descontrol de los impulsos puede ser verbal o conductual, oscilando desde un comentario socialmente inaceptable a una violenta expresión de impulsos agresivos que pueda causar daño a alguna persona.

EVALUACIÓN DE LA INTELIGENCIA Y DEL NIVEL FORMATIVO

La inteligencia del paciente debe evaluarse en el contexto de su medio educacional y cultural. Además, es preciso comprobar que los conocimientos generales del sujeto corresponden a su teórico nivel educativo.

Así mismo, es conveniente examinar su capacidad de adaptación al medio y a las nuevas situaciones, su capacidad para aprender de las experiencias previas, su capacidad de abstracción y su capacidad para resolver problemas mediante la introspección personal.

EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD DE JUICIO

La forma más fácil de valorar la capacidad de juicio del paciente consiste en plantearle una situación imaginaria altamente conflictiva. Él debe explicarnos cuál sería su actuación. Por ejemplo, que haría si se encontrara en una sala de cine en la que se declarase un incendio.

EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD DE INTROSPECCIÓN

Debemos evaluar si el paciente acepta que está enfermo y que precisa ayuda o tratamiento. También deben considerarse los conocimientos y, sobre todo, las expectativas que tiene acerca de su enfermedad. Es necesario saber cómo piensa que puede beneficiarse de nuestra ayuda y cuáles son sus planes para afrontar su patología. Es, así mismo, fundamental determinar la capacidad del paciente para aceptar nuevas ideas e introducir los cambios necesarios en su vida para mejorar la sintomatología que padece.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- American Psychiatric Association. *Diagnostical and statistical manual of mental disorders*. DSM-IV, 4ª ed. Washington, D.C.: APA; 1994.
- American Psychiatric Association: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, Fourth Edition, Primary Care Version (DSM-IV-PC). Washington D.C.: American Psychiatric Association; 1995.
- American Psychiatric Association: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4ª Ed. Washington, D.C.: APA; 1994.
- Arillo A, Aguinaga I, Guillén F. Prevalencia de enfermedades mentales en mujeres de una zona urbana. *Aten Primaria* 1998;21:265-9.
- García-Campayon J, Claraco LM, Tazón P, Aseguinolaza L. Terapia de resolución de problemas: psicoterapia de elección para atención primaria. *Aten Primaria* 1999;24:594-601.
- Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P. Detecting anxiety and depression in general medical settings. *Br Med J* 1988; 97:897-9.
- González R, Levav I. Reestructuración de la atención psiquiátrica: bases conceptuales y guías para su implementación. Washington: Organización Panamericana de Salud OPS-OMS; 1991.
- Iglesias C. *Salud Mental y Atención Primaria: Un análisis epidemiológico*. Tesis Doctoral. Universidad de Cantabria; 1992.
- Linzer M, Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Hahn SR, Brody D. Gender, quality of life and mental disorders in primary care: results from the PRI- ME-MD study. *Am J Med* 1996;101:526-53.
- Martínez R, Baylín A, Ortiz MF. ¿Podemos detectar trastornos mentales en atención primaria? Utilidad y concordancia de dos instrumentos diagnósticos. *Aten Primaria* 1999;23:285-8.
- Montón C, Pérez Echevarría MJ, Campos R, García Campayo J, Lobo A. Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Aten Primaria* 1993;12:345-9.
- OMS. *Alma-Ata 1978*. La atención primaria de salud. Ginebra: OMS; 1978.
- OMS-WHO La introducción de un componente de salud mental en la atención primaria. Ginebra: OMS; 1992.
- Organización Mundial de la Salud: CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor; 1992.
- Organización Mundial de la Salud: Trastornos mentales y del comportamiento en Atención Primaria. Madrid: Meditor; 1995.
- Pérez-Sánchez A. *Prácticas psicoterapéuticas*. Barcelona: Paidós; 1996.
- Red de Centros Investigadores de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Subprograma de Prevención en Salud Mental. En: Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 1996.
- Rutter M. De los hallazgos en la investigación a la práctica clínica. Córdoba: Fundación Castilla del Pino; 1997. p.20.
- Tizón JL. Salud mental en atención primaria y atención primaria a la salud mental. Barcelona: Doyma; 1992.
- Tizón JL, San José I, Nadal D. *Protocolos y programas elementales para la atención primaria a la salud mental*. Barcelona: Herder; 1997.
- Tizón JL. *Apuntes para una psicología basada en la relación* (5ª edición). Barcelona: Biblaria; 1995.
- Tizón JL. El equipo psicosocial dentro de la atención primaria de salud. Presentación de una experiencia piloto. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatria* 1991;11:109-23.
- Tizón JL. La atención primaria a la salud mental: una concreción de la atención sanitaria centrada en el consultante. *Aten Primaria* 2000;26:111-8.
- Tizón JL. Los nuevos modelos asistenciales en medicina: una visión a partir de algunos de sus fundamentos psicológicos y epistemológicos. *Revisión en Salud Pública* 1995;4:57-83.
- Tizón JL. Posibilidades, medios y sistemas de relación entre los equipos de salud mental y los equipos de atención primaria. En: Otero JF, et al, editores. *Trastornos psiquiátricos y atención primaria*. Madrid: Doyma; 1996. p.31-52.
- Tizón JL. Prevención de los trastornos de la salud mental desde la atención primaria. En: semFYC, PAPPs, editores. *Curso a distancia de prevención en atención primaria*. Módulo 5: Salud mental. Barcelona: semFYC; 1999. p.5-31.
- Tizón JL. Prevención de los trastornos de salud mental. En: PAPPs y semFYC, editores. *Curso a distancia de prevención en atención primaria*. Módulos 5,6 y 7. Barcelona: semFYC; 1999. p.5-31.
- Vega AT, Larrañaga M, Zurriaga O, Gil M, Urriaga M, Calabuig J. Trastornos de ansiedad. Variabilidad y condicionantes de la actitud terapéutica de los médicos de atención primaria. *Aten Primaria* 1999;24:569-78.
- Vuori HV. ¿Qué es la atención primaria de salud? *Aten Primaria* 1983;0:3-4.
- Vuori HV. Atención primaria de salud en Europa: problemas y soluciones. *Aten Primaria* 1987;1:1-10.