

Evaluación psiquiátrica

Introducción

La evaluación psiquiátrica es el método por el que se establece un diagnóstico de trastorno mental y se planifica una intervención. A través de aquella se pesquisan los síntomas que presenta la persona que consulta y los factores que contribuyen a su aparición y mantención, los que podríamos clasificar someramente en psicológicos, sociales y somáticos. La evaluación psiquiátrica tiene la forma de una entrevista semi-estructurada con el paciente y, frecuentemente, también con sus familiares o amigos cercanos. Pese a que con la evaluación se busca normalmente definir un diagnóstico y un plan de intervención terapéutica, a veces también puede indicar simplemente la necesidad de mayor evaluación. Por ejemplo, una nueva entrevista, exámenes de laboratorio, una visita domiciliaria, pruebas psicológicas o, incluso, un período de observación en régimen hospitalario.

La evaluación psiquiátrica tiene que responder cinco cuestiones cruciales sobre la condición del consultante:

- ¿Sufre el consultante una enfermedad o trastorno mental, y si es así, cuál es el *diagnóstico*? —es decir, lo que el paciente sufre ¿es una enfermedad o un problema de otra naturaleza?
- ¿Cuál es la *gravedad* de ese trastorno, y en particular existen riesgos que deriven de este? —por ejemplo, riesgos de auto o heteroagresión.
- ¿Qué factores pueden ser *causa* del trastorno? —factores predisponentes, precipitantes y de mantención. Es decir, ¿porqué esta persona en particular está enferma en este preciso instante?
- ¿Cuál es el *plan de manejo* más adecuado?
- ¿Cuál es el más probable *pronóstico* a corto, mediano y largo plazo?

Adicionalmente, existen otros *objetivos secundarios*:

- El desarrollo de una buena relación con el paciente. Se ha demostrado que una buena relación es posiblemente la herramienta terapéutica más poderosa con que cuenta un profesional.
- Maximizar los beneficios terapéuticos de la entrevista de evaluación. Por ejemplo, al motivar al paciente a contar lo que le ocurre; al clarificar la naturaleza de su problema; y al proporcionarle alguna esperanza realista

sobre la posibilidad de ayuda (esto en psiquiatría se llama *devolución*).

Objetivos centrales de una evaluación psiquiátrica

- Establecer un diagnóstico
- Evaluar su severidad y riesgo
- Evaluar las causas
- Establecer el plan de manejo
- Estimar un pronóstico

Dado que la gran mayoría de los pacientes con síntomas psíquicos son manejados por equipos de salud en la Atención Primaria, sin requerir a un psiquiatra, todo profesional de la salud debiera tener un conocimiento básico de las técnicas que se usan para identificar y evaluar personas que puedan tener un trastorno mental. De modo similar, los pacientes hospitalizados por trastornos somáticos, pero que también tienen algún trastorno mental, no siempre requieren ser vistos por un psiquiatra. El conocimiento de las técnicas básicas facilita la detección, el manejo y la capacidad de resolución de los profesionales.

¿Es diferente una evaluación psiquiátrica de una evaluación médica somática?

Hay tres aspectos principales en que la evaluación psiquiátrica difiere de la somática:

1. Las entrevistas tienden a ser más largas. Esto es porque el diagnóstico psiquiátrico raramente depende de un simple examen de laboratorio. Por el contrario, depende de una laboriosa toma de datos cuidadosamente definidos, y el diagnóstico sólo viene a hacerse luego de encontrar ciertas combinaciones de hechos (el *proceso diagnóstico*).
2. Los antecedentes proporcionados por otros informantes suelen ser extremadamente valiosos, porque muchos fenómenos psiquiátricos pueden estar distorsionados o aún omitidos en el recuento inevitablemente subjetivo del paciente. Por ejemplo, la relevancia de ciertos eventos estresantes recientes, la contribución de algunas características personales de larga data, o un progresivo deterioro del funcionamiento que no ha sido advertido por el paciente.

3. Los pacientes casi siempre se sienten muy vulnerables. Para muchas personas, el puro hecho de solicitar ayuda por un problema mental los coloca en una situación de menoscabo —una situación que raramente se da en la medicina somática (“Nunca pensé que tendría que ir al psiquiatra”). Además, durante la evaluación se espera que el paciente relate pensamientos y sentimientos difíciles y estresantes, de los que tal vez por primera vez esté hablando. De aquí que un elemento fundamental es la confianza en el entrevistador. Por esto deben cuidarse particularmente las formas de trato, el lenguaje, el contacto ocular, todo lo que contribuya a aumentar esta confianza. De lo contrario, el paciente puede ocultar información valiosa y volverse reticente a colaborar con su tratamiento.

Métodos de evaluación psiquiátrica

La evaluación psiquiátrica involucra obtener una detallada anamnesis, un examen del estado físico y mental del paciente, y la planificación de futuras investigaciones cuando sea apropiado.

La anamnesis psiquiátrica

Como en toda la medicina, la anamnesis es un elemento clave para la evaluación psiquiátrica. La anamnesis genera información esencial al proceso de formulación diagnóstica; y constituye un medio para el mutuo conocimiento entre el paciente y el entrevistador. Esto es importante no sólo para permitir que el paciente revele sus más ocultos sentimientos y pensamientos, sino también para obtener su cooperación en cualquier ayuda o tratamiento que se le indique.

Estructura de la anamnesis psiquiátrica

La información de la anamnesis del paciente se recoge sistemáticamente bajo un cierto número de acápites similares a los usados en medicina somática. Están detallados en la Pauta Guía de Entrevista Psiquiátrica Semiestructurada junto a notas explicativas sobre la importancia de cada acápite. Los acápites también sirven como ayuda memoria, para asegurarse que se han evaluado todos los ámbitos fenomenológicos del paciente.

El orden en que se recoge la información

Es raro que se pueda recoger la información exactamente como está detallada en la Pauta. Por el contrario, se requiere la suficiente flexibilidad para escuchar lo que el paciente desea comunicar, en el orden que este desee (una manera de mostrarle sensibilidad hacia su problema), pero finalmente hay que hacer el esfuerzo de abordar todos los tópicos necesarios.

Por otra parte, la información sí tiene que ser registrada de un modo claro, organizada de modo cronológico. Cualquier otro profesional que tenga que leerla, va a estar muy agradecido del orden y claridad con que se registró.

Calidad de la información obtenida

Es importante que la información obtenida durante la anamnesis sea tan precisa y amplia como sea posible. Una información poco confiable u omisiones pueden influir en el diagnóstico y en las decisiones. Cada vez que sea necesario, habrá que entrevistar familiares o amigos, o pedir alguna información a otros profesionales que hayan visto previamente al paciente; incluso obtener copias de fichas clínicas. Una trabajadora social puede recoger información enormemente valiosa desde el lugar de trabajo o en una visita domiciliaria.

Entrevistas breves para descartar la existencia de un trastorno psiquiátrico

Un parte muy importante de los pacientes que consultan en la atención primaria por molestias físicas, tienen además síntomas psíquicos suficientemente relevantes como para realizar un diagnóstico psiquiátrico de cierta gravedad. Sin embargo, por muy distintas razones estos pacientes pueden no revelar sus molestias psíquicas, y el médico no sospecharlas, perdiéndose una valiosa oportunidad de intervenir de modo positivo para la salud del paciente, de su grupo familiar, y de la propia dinámica de la atención primaria, dado que estos pacientes no detectados ni tratados tienden a recurrir una y otra vez a la consulta primaria por muy diversas molestias, con una sensación de permanente insatisfacción y de frustración para el equipo de salud. En consecuencia, en cualquier entrevista médica debe buscarse de regla la sintomatología psíquica con un cuestionario breve y dirigido a su pesquisa. Una evaluación breve debería incluir temas como:

Ánimo: desánimo persistente, decaimiento, desinterés, falta de fuerzas y desesperanza, cansancio, irritabilidad, mala concentración, problemas de sueño y sentirse bajo presión.

Ansiedad: tensión, sudoración, palpitaciones, preocupaciones mantenidas, sentirse bajo presión (agobio psíquico).

Memoria: dificultad para recordar hechos recientes o antiguos; se puede realizar una breve prueba de memoria.

Alcohol y drogas: registrar consumo de alcohol, evaluar con escala EBBA

En cualquiera de estos casos donde haya respuestas positivas, se debe ahondar el tema o programar una nueva entrevista hasta verificar si efectivamente se trata de una patología mental. En Anexos se incluye una Entrevista de Salud Mental (más breve que la evaluación psiquiátrica).

El examen mental

El propósito del examen mental es detectar hechos anormales en la conducta y estado mental del paciente al momento de la evaluación. Si se encuentran hechos anormales, esta información contribuye al proceso de diagnóstico. El examen mental no hace el diagnóstico. Sólo contribuye a él.

El examen consiste en observaciones sistemáticas del paciente durante la entrevista, junto a preguntas específicas sobre varios aspectos de su pensamiento, sentimientos, percepciones y funciones cognitivas.

Estas áreas específicas de investigación usualmente son realizadas luego de concluida la anamnesis, dado que para entonces el paciente estará más familiarizado con el entrevistador. Sin embargo, si el paciente presenta alteraciones cognitivas (como atención, o memoria) estas tienen que evaluarse en forma prioritaria, porque van a influir sobre el resto de la evaluación.

Aunque el examen mental está diseñado principalmente para detectar síntomas anormales, tales como delirios o alucinaciones, también se pueden hacer observaciones sobre peculiaridades psicodinámicas. Por ejemplo, una negación de sentirse impactado por un duelo reciente; o una tendencia a responsabilizar a otros por lo que le pase a uno mismo. Tales observaciones pueden reflejar rasgos de personalidad de toda una vida, o pueden ser el resultado temporal de una situación estresante o un trastorno psiquiátrico.

Observaciones psicodinámicas también son importantes cuando se entrevista una familia, o una pareja. El modo en que interactúa la familia o la pareja durante la entrevista puede entregar importantes claves tanto para los factores que han contribuido al problema (como en el caso de los familiares extremadamente críticos de un paciente con una recaída esquizofrénica) como para el tipo de ayuda que se les puede ofrecer.

Estructura del examen mental

Las observaciones se agrupan en siete categorías amplias, y están resumidas en la Pauta Guía junto a notas explicativas.

Tal como en la anamnesis, no siempre se puede examinar los hechos clínicos en el orden estructurado en la Pauta. Sin embargo, siempre se les debe registrar de esa manera.

Tres puntos más merecen consideración especial:

1. Establecer las características individuales de cada síntoma con la mayor precisión posible. Esto puede ser de crítica importancia diagnóstica. En la práctica, esto significa solicitarle al paciente que describa cada síntoma o hecho *en detalle*. Debe evitarse colocar palabras en boca del paciente y allí donde sea posible, debe registrarse las propias palabras del paciente. La entrevista debe profundizar cada detalle hasta que el entrevistador quede satisfecho de haber entendido de manera clara las características de cada síntoma. La búsqueda de estos detalles naturalmente debe guiarse por las características de los síntomas (por ejemplo, las características de un delirio o de un pensamiento obsesivo), por lo que se requiere un conocimiento previo adecuado de esas características. A veces sirve tener a mano un glosario de términos psiquiátricos. El tiempo utilizado en establecer la presencia y carácter de síntomas individuales, raramente es tiempo perdido. Esto es particularmente cierto en los síntomas más inusuales tales como pensamientos obsesivos o ideas de autorreferencia.

2. Hacer un seguimiento de claves tempranas o signos de cuidado. Por ejemplo, si existe una historia familiar de suicidios, asegúrense de establecer si el paciente ha tenido pensamientos suicidas y de qué profundidad son. O, si un

familiar ha observado que el paciente se ha vuelto progresivamente olvidadizo, asegúrense de examinar el déficit cognitivo.

3. Dado que el examen mental se focaliza en el 'aquí y ahora', puede alterarse en breves períodos de tiempo. Más aún, los exámenes seriados son una importante parte de la evaluación del progreso. Deben por lo tanto ser cuidadosos en distinguir entre hechos próximos y actuales.

El examen físico

Un examen físico debiera realizarse donde esté indicado, y esto es particularmente importante en las siguientes circunstancias:

1 Cuando están presentes síntomas físicos, como pérdida de peso o dolor.

2 Cuando el síndrome psiquiátrico es atípico, por ejemplo, primer episodio depresivo en una mujer ya madura sin eventos precipitantes obvios.

3 Cuando el paciente tiene una historia de trastornos físicos potencialmente relevantes, por ejemplo una historia de trastorno endocrino, o un tratamiento de cáncer.

4 Cuando la naturaleza de los hechos psicológicos sugiere una causa física subyacente, como por ejemplo en el caso de una disminución progresiva de la memoria, amnesia o alucinaciones visuales floridas.

Otros métodos de evaluación

Para completar una evaluación psiquiátrica, pueden requerirse más investigaciones tal como se indica:

Exámenes de laboratorio o exámenes físicos especiales

En psiquiatría los exámenes de laboratorio más relevantes son las pruebas tiroideas, dada la similitud de sintomatología entre el hipotiroidismo y la depresión. También es posible solicitar exámenes generales como el hemograma, pruebas de función hepática, e incluso serología para la sífilis. Los exámenes físicos especiales más relevantes son las radiografías, EEG, TAC o RNM cerebral. Pruebas para anticuerpos VIH pueden a veces indicarse.

Evaluación no médica: por un trabajador social, psicólogo o terapeuta ocupacional.

Un trabajador social puede obtener valiosa información de fondo, por lo general con visitas a la casa del paciente. Si hay factores sociales tales como el aislamiento o las deudas que hayan influido en el desarrollo de la enfermedad, la intervención del trabajador social puede considerarse como parte del plan de tratamiento.

Un psicólogo clínico puede proporcionar una detallada evaluación de las funciones cognitivas del paciente, por ejemplo, si los déficit cognitivos sugieren patología cerebral generalizada o focal. Adicionalmente, un psicólogo clínico proporciona un amplio rango de terapias conductuales y técnicas de adaptación; por ejemplo, terapia de exposición en la agorafobia, entrenamiento social para personas con problemas crónicos de habilidades sociales, y

entrenamiento en el manejo de la ansiedad y del estrés para aquellos con problemas de este tipo.

Un terapeuta ocupacional es capaz de evaluar las habilidades laborales, de auto-cuidado y de vida en general de un paciente, ya sea en una visita domiciliaria o durante la estadía en hospital. Esta forma de evaluación es particularmente útil para pacientes con problemas de salud mental crónicos, y para aquellos en etapa de recuperación de un episodio agudo.

Evaluación conductual o mental continua

Puede ser realizada durante la permanencia en un hospital diurno o, como alternativa, durante una corta estadía hospitalaria. Podría utilizarse en caso de que se requiera mayor información sobre los síntomas, nivel de funcionamiento o factores de riesgo potencial de un paciente que la posible de obtener durante una entrevista; o también si una serie de exámenes especiales deben ser completados rápidamente. Por último, para la evaluación de riesgo suicida o de peligrosidad.

Habilidades y actitudes necesarias para la evaluación psiquiátrica

Los métodos descritos constituyen un sistema de obtención de información. Pero tan sólo les dicen *qué* hacer. *Cómo* obtener la información, y *qué hacer con ella* depende en primer lugar de las habilidades de entrevista y de diagnóstico, y en segundo término, de la actitud mental con la que se aproximen a sus pacientes y sus problemas.

Trataremos ahora cada una de estas áreas. Deben tener presente, sin embargo, que las habilidades y las actitudes sólo se adquieren por experiencia directa, con entrenamiento apropiado, supervisión y discusión de casos.

Habilidades de entrevista

Todos los trabajadores de salud necesitan tener buenas habilidades de entrevista, y esto es particularmente importante para aquellos que atiendan pacientes con problemas de salud mental. Las habilidades de entrevista permiten:

- Construir una buena relación con el paciente.
- Manejar la entrevista de evaluación como un todo.
- Obtener información importante para el proceso diagnóstico.

Para adquirir habilidades de entrevista lo primero es tener claro en qué consisten estas, y luego observar evaluaciones de entrevistadores experimentados. Esto les dará la oportunidad de observar sus técnicas. Entonces podrán empezar a realizar sus propias entrevistas, con la evaluación permanente de un supervisor. Esta evaluación puede obtenerse ya sea conversando sobre la entrevista realizada; observando en conjunto un video de la entrevista; re-actuándola en un role-playing; o invitando al supervisor a que asista a una entrevista que vayan a realizar. En forma ideal debiera utilizarse una combinación de estos métodos, siendo la grabación en video una ayuda poderosa en el aprendizaje.

Habilidades diagnósticas y de planificación de acciones

Las habilidades diagnósticas se necesitan para convertir una masa de información sobre un paciente en un diagnóstico racional y en un apropiado plan de acción.

Estas habilidades son difíciles de definir, sin embargo, pero incluyen los siguientes tres elementos principales:

- 1. Elegir y categorizar información.** El objetivo es vislumbrar patrones de hechos clínicos sugerentes de diagnósticos particulares, o etiologías.
- 2. Ponderar la importancia relativa de la información.** El objetivo es evaluar la significancia de la información. Por ejemplo, ponderar la importancia relativa de factores causantes en la enfermedad del paciente; y la relevancia de ciertos síntomas.
- 3. Tomar decisiones.** Las decisiones son por lo general el principal resultado de una evaluación, e incluirán diagnósticos diferenciales y sus manejos.

En la práctica, las habilidades diagnósticas funcionan paralelamente con la recopilación de información, y ambas comienzan en el momento de ver al paciente.

Estas dos actividades están cercanamente relacionadas, cada una constantemente influenciando a la otra. Por

Variables asociadas con detección de trastornos mentales comunes por médicos generales (R. Araya)

Es frecuente que los trastornos mentales no sean reconocidos en la consulta médica general. Sin embargo hay algunas características de la conducta de los médicos que facilitan la detección de estos trastornos. Los médicos más efectivos muestran las siguientes características en la entrevista:

1. Al inicio de la entrevista

- Buen contacto visual
- Clarifica la razón de la consulta
- No muestra gran urgencia ni da información tempranamente

2. Habilidades de entrevista generales

- Capta rápidamente los mensajes verbales y no verbales
- Puede interrumpir conversación larga y manejarse con interrupciones
- No se entierra en la ficha u otros formularios
- Emite ruidos facilitatorios mientras escucha
- Realiza preguntas psiquiátricas y sociales directas en el momento apropiado

3. Habilidades de los médicos

Al entregar información:

- Entrega información explicativa
- Entrega información de manera negociada
- Entrega información de manera clara
- Verifica que la información fue entendida

Al prescribir medicamentos:

- Entrega el nombre de los medicamentos prescritos
- Explica posibles efectos adversos

Al dar instrucciones y consejos:

- Da instrucciones y consejos claramente
- Da instrucciones y consejos de manera negociada
- Verifica que las instrucciones y consejos fueron entendidos

ejemplo, la focalización de las preguntas estará influenciada por los diagnósticos que se estén considerando; a su vez, una información novedosa puede hacerlos pensar en diagnósticos alternativos, o en otros factores causales.

Realizar un diagnóstico sindromático

Una temprana tarea en la entrevista de evaluación es considerar un diagnóstico diferencial provisorio. Al comienzo, este debe ser sobreinclusivo. Lo más apropiado en esta etapa es el diagnóstico sindromático (ver Vidal, 2006). Un síndrome es una constelación de síntomas que se dan casi siempre de la misma manera, pero que pueden corresponder a trastornos de base diferente. Por ejemplo, un síndrome depresivo puede corresponder a un episodio depresivo, pero podría ser parte de un cuadro obsesivo, una esquizofrenia o un duelo normal. Con el progreso de la entrevista y, sobre todo, con la evolución del cuadro (y nuevas entrevistas), se llegará a una formulación diagnóstica más precisa. Pero hay que recordar que se necesita siempre una actitud de apertura para acoger nuevos antecedentes y variar el diagnóstico original.

Realizar un plan de manejo

Hacia el término de la entrevista, cuando se ha desarrollado una idea mucho más clara del diagnóstico y de los factores etiológicos relevantes, hay que considerar un plan de manejo junto a una evaluación del pronóstico.

Un plan de manejo debiera considerar dos fundamentos principales. Primero, debiera ser orientado al problema. Segundo, debiera distinguir entre planes inmediatos y de más largo plazo.

Un plan orientado al problema necesitará una lista de los problemas principales, tanto desde el punto de vista del paciente como del evaluador. Debe considerarse la duración de cada problema, junto a cualquier plan de acción. Este registro puede así servir como resumen del manejo del paciente, y debiera ser puesto al día tanto como sea necesario.

Distinguir entre planes inmediatos y de largo plazo es igualmente relevante. Luego de una evaluación, se requerirá realizar algunas acciones de forma inmediata. Por ejemplo, ingresar al hospital un paciente con riesgo suicida. Otras acciones serán menos urgentes. Por ejemplo, planificar un tratamiento conductual, o un programa de rehabilitación de largo alcance.

El pronóstico de la enfermedad de un paciente nunca puede ser realizado con certeza. Aún así, ciertos factores pueden indicar un resultado más probable, sea en el corto o largo plazo. Estos hechos pueden utilizarse para evaluar el pronóstico de una enfermedad, y serán útiles tanto en el manejo a largo plazo del paciente como en las indicaciones que se le entreguen tanto al paciente y a sus familiares.

La formulación diagnóstica

El proceso diagnóstico descrito recién puede resumirse como formulación diagnóstica (ver El proceso diagnóstico en psiquiatría).

Actitudes frente al paciente

Las actitudes que se adopten frente al paciente y la tarea de evaluación son igualmente importantes, e influyen en la efectividad y calidad del trabajo. Tres actitudes son particularmente importantes.

1 ser empáticos y aceptadores en su relación con el paciente. La importancia de esto ya ha sido subrayada en la sección de técnicas de entrevista.

2 desarrollar una actitud de constante autoevaluación, y estar preparados para observar su propia conducta y sentimientos en relación al paciente o a las situaciones. Por ejemplo, si el paciente genera fuertes sentimientos en ustedes, sean de rabia, angustia, o sobreprotección, es importante entender estos sentimientos y el modo en que pueden influenciar su conducta y toma de decisiones.

3 mantener una actitud de vigoroso cuestionamiento científico. Siempre estar preparados para preguntar ¿porqué?, y continuamente evaluar y re-evaluar sus propias opiniones y decisiones, en particular en lo que concierne al diagnóstico y manejo.

Ética

La ética tiene que ver principalmente con lo bueno y lo malo de las acciones de una persona, en este caso el trabajador de salud. Las consideraciones éticas forman así parte integral de nuestras actitudes y conductas ante los pacientes. Su importancia queda de manifiesto en dos áreas.

1. El relativo poder que tienen los trabajadores de salud sobre sus pacientes: el médico, el psicólogo, o la enfermera que evalúa un paciente, está haciendo uso del privilegio de enjuiciar el estado mental de otra persona. Se encuentra así en una posición de relativo poder sobre el paciente, y debe ser cuidadoso de no abusar de éste, por ejemplo, imponiéndole los propios valores. Este sería el caso si un médico con ideas muy definidas sobre la sexualidad, las relaciones personales o la religión, buscara influir al paciente de acuerdo a estas ideas.

Adicionalmente, los médicos, enfermeras y trabajadores sociales tienen un poder todavía más tangible, ese que está avalado socialmente, con el que pueden suspender los derechos de una persona y privarla de libertad.

2. El trabajador de salud recibe la confianza del paciente: la mayoría de los pacientes tienden a depositar su confianza en los trabajadores de salud. Esto en parte es porque el médico y la enfermera representan una tradición de experticia y buena conducta, y en parte porque el paciente necesita depositar su confianza en alguien para ser ayudado. Cada profesional de salud construye sobre esta confianza con su conducta personal.

La confianza del paciente se manifiesta de diferentes formas, pero es más obvia en su disposición a revelar información confidencial o sentimientos vulnerables, y en su disposición a aceptar que los consejos se entregan de buena fe, y en su mejor interés.

Y esta confianza conlleva una considerable responsabilidad para el profesional.

Circunstancias de la evaluación psiquiátrica

Cualquier evaluación debe tomar en consideración el contexto en el que está ocurriendo. Este se puede dividir de modo útil en las circunstancias que condujeron a la evaluación, las circunstancias en las que la evaluación es hecha, y las consecuencias de esta. Cada una de ellas será expuesta en orden. Considerar todas estas circunstancias es importante si es que una evaluación debe cumplir su propósito y tener un resultado efectivo.

Circunstancias que condujeron a la evaluación

Dos factores son importantes. En primer lugar, *deben tener conciencia de cómo fue que el paciente llegó a consultar*. ¿Vino por su voluntad o fue traído por amigos o familiares bien intencionados? Si estaba relucante a venir, tendrán que poner especial atención en motivarle para que participe en cualquier tratamiento que se le pueda ofrecer.

¿Ha venido en calidad de urgencia o se trata de una consulta de rutina? Claramente una evaluación de urgencia es por lo general una respuesta a una conducta que se está deteriorando con rapidez o con riesgo elevado, y tendrán que responder de forma apropiada.

En segundo lugar, tienen que darse cuenta de *cuáles son las expectativas que los demás tienen de la evaluación*. Por ejemplo, los familiares pueden encontrarse al borde de la paciencia y pueden exigir firmemente que ustedes indiquen la internación del paciente. Por otro lado, un médico que realiza una interconsulta a un especialista puede necesitar simplemente una opinión para continuar el tratamiento por sí mismo. Todas estas expectativas pueden o no ser razonables, pero este no es el punto. A menos que se pregunten de modo expreso, los malentendidos que puedan traer van a afectar de modo negativo el manejo del paciente.

Circunstancias en que se realiza la evaluación

¿Dónde debiera ser realizada la evaluación?

Las evaluaciones normalmente son realizadas en algún tipo de entorno médico, como un centro de salud o un hospital, o en el hogar del paciente. En ocasiones pueden ser realizadas en una prisión o en cuarteles policiales.

La evaluación del paciente en su hogar tiene una serie de ventajas, entre las que se cuentan la observación de su conducta en su ambiente natural, la observación de claves ambientales (como desorden, suciedad, colores o ambientaciones particulares), y la observación de la dinámica familiar. Por estas razones, una visita domiciliaria a menudo es el mejor medio de establecer una evaluación global.

Sin embargo, es en un entorno médico donde se realiza la evaluación con mayor frecuencia, por lo que hay que reconocer las limitaciones que este impone.

¿Quiénes deben estar presentes en la evaluación?

Una evaluación combinada es a menudo muy útil, y puede contribuir al manejo futuro. Por ejemplo, el médico general y la enfermera comunitaria, el médico general y el

psiquiatra, o el psiquiatra y la asistente social pueden ver y evaluar en conjunto un paciente. En especial, cuando el paciente tiene una historia de violencia, o se encuentra extremadamente perturbado, en general no se le evalúa solo, sobre todo en su propio hogar.

Consecuencias de la evaluación

Comunicación clara

El resultado de la evaluación usualmente involucra una serie de decisiones, diagnósticos y planes futuros. Siempre hay que comunicarle esta información con claridad al paciente y a quienes se encuentran involucrados. Del mismo modo, siempre hay que asegurarse que todos entendieron perfectamente lo que se les dijo, junto a las consecuencias que traerá.

Allí donde necesiten comunicarse con otras personas de forma rápida, háganlo por teléfono o contacto personal, pero no olviden respaldarse con cartas cuando sea pertinente. Y por último, hagan un registro claro de la evaluación.

Impacto en el paciente

Una entrevista de evaluación puede tener un considerable impacto en el paciente. Aunque la mayoría de los pacientes se sienten más seguros al término de la evaluación, a veces el resultado puede ser el aumento de los sentimientos penosos, o incluso una escalada de conductas disruptivas. Si este es el caso, necesitarán procedimientos especiales. Por ejemplo, asegurarse que alguien permanecerá junto al paciente, o acordar un nuevo contacto en corto plazo.

Cuidado con el prejuicio diagnóstico subsecuente

No permitan que las ideas iniciales de la evaluación perjudiquen la posterior comprensión del paciente. Siempre estén preparados a desafiar y re-evaluar sus propias opiniones y planes.

Problemas comunes en la evaluación psiquiátrica

El paciente rehúsa ser visto

Revisen si existe alguna circunstancia en la que el paciente pudiera estar dispuesto a ser visto, por ejemplo en su casa o con un amigo o familiar. De la información disponible, consideren la presencia de algún factor de riesgo derivado de un trastorno mental, ya que si lo hay podrían llegar a considerar la aplicación de las disposiciones legales sobre internación forzosa.

El paciente no colabora

Esto puede deberse a varias razones; por ejemplo ansiedad, desánimo o ideas de persecución. La anamnesis recogida de otros informantes puede ser crítica, así como el ganarse la confianza del paciente. Puede que necesiten más tiempo para completar la evaluación, así como concentrarse en áreas claves de información que tienen que conocer; por ejemplo una evaluación de pensamientos suicidas.

El paciente se adueña de la entrevista

Por lo general esto se debe a una verborrea que, a su vez, puede ser el resultado de la ansiedad que provoca la

misma entrevista. Por eso, puede ser muy útil reconocer cuán ansioso está el paciente a propósito de esta. Una nítida declaración al comienzo de la entrevista en relación al tiempo del que se dispone, y en forma aproximada, cómo será utilizado, puede ser también de gran ayuda. Si el paciente se distrae fácilmente en detalles, y ustedes desean abordar otras áreas de interés, eviten pasar sobre él. Esto puede interpretarse como desinterés o irritación, y en la práctica puede empeorar las cosas. En cambio, es mejor reconocer la importancia de lo que el paciente está diciendo, y luego con firmeza recordarle que hay otras áreas de interés que ustedes desean inspeccionar.

El paciente exigente

Esto puede deberse a una variedad de causas que incluyen desinhibición (como en la manía o en la intoxicación por alcohol), una personalidad inmadura bajo condiciones de estrés, o la ansiedad de un familiar preocupado. Recuerden, un paciente demandante a menudo está inseguro y asustado, y es importante no mostrarse frío o rechazador ante demandas poco realistas. Una actitud de apoyo, una información clara, y la utilización de límites firmes (pero cálidos) pueden ayudar, dependiendo de las razones que estén tras esas demandas.

Llanto

Hay que reconocer el llanto y explicar que es parte de los motivos por los que se ha venido a consultar. Es adecuado permitir el llanto y luego de un rato continuar con calidez la entrevista. El estímulo que ha desencadenado el llanto puede ser una importante clave para comprender los problemas del paciente. El hacerse cargo exitosamente del llanto del paciente además ayudará a establecer una buena relación terapéutica.

Hostilidad y suspicacia

Puede deberse a la personalidad del paciente o bien puede indicarnos ideas paranoides de persecución subyacentes. La primera tarea es la construcción de una relación con el paciente, ganándose su confianza. Hay que evitar hacer infinitas preguntas al comienzo, concentrándose en cambio en comentarios de facilitación. Si el paciente se encuentra altamente irritable, o tiene una historia de conducta violenta, tomen las necesarias precauciones. Por ejemplo, el paciente nunca puede encontrarse entre ustedes y la puerta de salida de la habitación. Es frecuente que se necesite la presencia de otra persona. Estas simples precauciones evitan algún accidente provocado por la conducta hostil del paciente.

El paciente está inquieto, irritable o agitado

La entrevista tendrá que ser muy breve, por lo que hay que concentrarse en aquellas áreas de investigación relevantes a las decisiones que se tengan que tomar. Planifiquen futuras entrevistas breves si es apropiado.

El paciente y el entrevistador ven el problema de modo muy diferente

Por ejemplo, el paciente considera que el problema consiste en tener las arterias tapadas, mientras que el médico lo considera una depresión, del que la preocupación

por las arterias es nada más que un síntoma. El médico, aquí, debiera tomar muy seriamente esa preocupación, reconociendo la ansiedad que provoca, pero simultáneamente tratando la depresión subyacente.

El diagnóstico y el plan de manejo están confusos al término de la evaluación

Consideren futuras fuentes de información, por ejemplo el contacto con otros profesionales. También consideren nuevas evaluaciones, por ejemplo viendo al paciente por segunda vez o solicitando una segunda opinión.

Si el paciente rehúsa cualquier ayuda que se le ofrezca

Hay que asegurarse de que el paciente entiende la naturaleza de la ayuda que se le ofrece. Puede haber formas alternativas de ayuda pudieran ser aceptables. Sin embargo, en último término el paciente tiene el derecho a no aceptar ayuda, a menos que ustedes piensen que se encuentra en serio riesgo de dañarse a sí mismo o a otros como resultado de su trastorno mental.

El trastorno psiquiátrico está oculto

Entre los pacientes habituales de la atención primaria existe un alto porcentaje de trastornos psiquiátricos significativos que no son reconocidos, ya que suelen presentarse como quejas somáticas. En estudios realizados en Chile (de modo similar a otros países) no más de un 14% de los trastornos son reconocidos en una primera entrevista.

Naturalmente, mientras más severo sea el trastorno, más probabilidad tiene de ser reconocido, pero aún en estos casos el paciente puede consultar por otros motivos, habitualmente somáticos. Incluso puede consultar por otra persona, como una madre que consulta por problemas de su hijo, o una mujer que consulta por su esposo.

Mantener una actitud de alerta y la sospecha de la presencia de un trastorno psiquiátrico o un padecimiento, más el conocimiento acerca del modo habitual de su presentación, ayuda a su detección, especialmente en grupos de alto riesgo tales como madres jóvenes con recién nacidos, ancianos, personas en proceso de duelo, y aquellos con trastornos físicos crónicos.

Anexos. Pautas de entrevista.

En las páginas siguientes encontrarán Pautas Guía para evaluación psiquiátrica (anamnesis y examen mental). También hay una pauta para una entrevista breve de salud mental.

Pauta guía de entrevista psiquiátrica semiestructurada

(basada en Guía elaborada por G. Hernández)

1. Anamnesis psiquiátrica

Datos generales.	Nombre del paciente. Domicilio. Comuna. Teléfono de contacto. Fecha. Lugar. Modalidad (individual, pareja, familia). Fuentes de información (paciente, acompañantes, documentos). Previsión (FONASA, ISAPRE, no tiene). Entrevistador.	Tratamientos.	Medicación utilizada. Dosis, tiempo, efecto. Intervenciones psicosociales. Tiempo, efecto. Adherencia del paciente a sus tratamientos.
Datos biodemográficos.	Sexo. Edad. Escolaridad. Ocupación. Oficio. Tiempo de permanencia en su trabajo. Ocupaciones anteriores. Fuentes de financiamiento (su trabajo, cónyuge, pensiones, otros familiares). Estado civil. Hijos. Convivencia (con quién vive).	Actitud y comprensión del problema por parte del paciente y de sus familiares.	Evaluar cuánto comprende el paciente o sus familiares lo que le ocurre, y la manera que tienen de afrontar el problema.
Antecedentes mórbidos.	Enfermedades relevantes. Cronicidad. Accidentes, pérdidas de conciencia. Consultas psiquiátricas, tratamientos en épocas anteriores (no relacionadas directamente con la consulta actual).	Red de ayuda y fortalezas del paciente.	Identificar recursos propios (psíquicos) y red de ayuda a la que pueda recurrir (familia, amigos, vecinos, instituciones).
Consumo de sustancias psicotrópicas.	Tabaco. Alcohol. Otras. Si este fuera el motivo principal de consulta, describir en detalle el consumo de cada sustancia. Consumo de medicamentos psicotrópicos, sobre todo si son por automedicación.	Antecedentes familiares.	Características de la familia, de las relaciones familiares y del ambiente en que el entrevistado inició su existencia. Trastornos psiquiátricos en la familia. Otras enfermedades familiares.
Fuente de referencia. Motivo de derivación.	Quién lo envía. Consulta espontánea, motivado por familiar, por otro paciente. Qué requiere la fuente.	Historia personal.	Lugar de procedencia. Ruralidad. Etnias. Eventos familiares importantes. Desarrollo y madurez infantil. Entrenamiento de hábitos. Adquisición de lenguaje. Miedos en la infancia. Escolaridad. Cambios de escuela. Dificultades. Rendimiento. Relación con pares y profesores. Educación superior. Adquisición de oficios. Trabajos. Permanencia. Dificultades. Situación financiera. Satisfacción en su actividad. Menarquia. Historia obstétrica. Menopausia. Relaciones de pareja. Pololeo, matrimonio, convivencia. Calidad, satisfacción, estabilidad, separaciones. Vida sexual. Opción de género.
Motivo de consulta	¿Qué le ha traído a consultar? Transcribir o citar en palabras del paciente, o del acompañante, o de ambos.	Personalidad previa.	Preocupaciones habituales. Estabilidad del ánimo. Confianza en sí mismo, opinión acerca de las propias capacidades (exagerada o no). Dependencia de otros. Impulsividad. Manejo de la agresividad. Meticulosidad, perfeccionismo. Suspiciousidad, celos. Introversión, frialdad emocional. Capacidad de adaptarse a exigencias. Tolerancia a la frustración. Calidad de las relaciones sociales. Pasatiempos, intereses. Creencias religiosas y morales.
Anamnesis dirigida. Historia del problema.	Explorar vivencias, síntomas y conductas que se relacionen con el MC. Precisar frecuencia, intensidad, tiempo de evolución y relaciones entre los fenómenos intentando delimitar algún trastorno o problema que merezca atención clínica. Fecha de inicio del trastorno. Condiciones previas. Modo de inicio. Primeros síntomas. Detalle de los síntomas: tipo, intensidad, modificaciones con el tiempo o circunstancias. Efecto de los síntomas sobre la condición general del paciente, sobre el trabajo, estudios, tareas domésticas, actividades recreativas, actividad sexual, relaciones con la familia y con otras personas. Se puede solicitar un detalle de la rutina cotidiana. (por ejemplo: ¿A qué hora se despierta? ¿Qué hace en seguida? ¿Y luego?)	Área del sí mismo	Qué imagen y qué opinión tiene de sí mismo. Qué tipo de persona se considera. Autoestima.

Pauta guía de entrevista psiquiátrica semiestructurada

(basada en Guía elaborada por G. Hernández)

2. Examen mental

Apariencia y conducta	Observaciones importantes se pueden hacer desde que se abre la puerta, o incluso antes, en la sala de espera. ¿Qué aspecto tiene? ¿Representa su edad cronológica? ¿Cómo se conduce y se relaciona durante la entrevista? Saludo y respeto de normas sociales. Vestimenta, cuidado, sobriedad, extravagancia. Maquillaje, adornos corporales, tatuajes.	Funciones cognitivas							
Psicomotricidad	¿Cómo es su marcha, postura corporal (actitud), tono muscular? ¿Cómo ocupa el espacio y mobiliario que se le ofrece? Evaluar su mímica facial y gestos: pobre, exagerada, concordancia con discurso. Contacto ocular.	Memoria reciente	Indagar recuerdo de acciones recientes (qué desayunó, con quién, qué cenó anoche). Repetir y memorizar tres palabras, luego realizar otra prueba (por ejemplo, cálculo), y luego pedirle que repita otra vez las palabras memorizadas. Lo normal es recordar las tres palabras.						
Conciencia	Grado de alerta (lucidez) y vigilancia. Capacidad de atención y concentración en los estímulos. Orientación témporo espacial y hacia sí mismo.	Memoria remota	Habilidad para recordar información aprendida antes de aparecer las perturbaciones de memoria, y con un considerable lapso temporal.						
Pensamiento y lenguaje		Inteligencia	El nivel previo puede inferirse del nivel educacional. El nivel actual, con la capacidad de abstracción, de comprensión racional. Incorporación y manejo de nueva información.						
a. Aspectos formales del discurso	Intensidad de voz, tono (agudo, grave, monotonía), velocidad, vocabulario. Dificultades articulatorias. Se puede inferir el pensamiento a partir del discurso. Observar continuidad: perseveraciones, bloqueos. Lógica del discurso: coherencia entre las ideas, laxitud asociativa (que pueden dificultar seguir el flujo del discurso del paciente), asociaciones inesperadas (por consonancia, relaciones semánticas insólitas). Creación de palabras nuevas e idiosincráticas.	Atención	Los problemas de atención pueden presentarse junto a una capacidad disminuida de enfrentar situaciones complejas, con una tendencia a perder el foco del problema, a extraviarse o a perder el interés con facilidad. Pruebas de concentración son: 1 Restar de 7 en 7 (100-7=93, 93-7=86, etc.) 2 Meses del año a la inversa 3 Pedirle al paciente que repita una serie de números, primero en orden (lo normal es entre 6-7) y luego a la inversa (lo normal es hasta 5)						
b. Contenido del discurso	Temas, peculiaridades (¿delirios?). Pensamientos y preocupaciones: ideas y miedos patológicos (ejemplo: suicidio, expectación ansiosa, agorafobia), ideas sobrevaloradas (no delirantes), auto referencia, significados especiales. Explorar delirios. Observar suspicacia (suele aparecer en pacientes que no desean revelar contenidos delirantes). Desafiar ideas que puedan ser delirantes, para probar su inmutabilidad. Anotar ideas del paciente de modo textual, con ejemplos concretos cada vez que sea posible.	Diagnósticos más probables (hipótesis de trabajo)	Utilizar el diagnóstico multiaxial. Eje I: diagnóstico principal. Eje II: trastorno del desarrollo o diagnóstico de personalidad. Eje III: diagnóstico somático. Eje IV: estrés psicossocial. Eje V: evaluación de la actividad global. Cuáles son los síntomas o problemas "blanco" del consultante y hacia los que dirigirá medidas terapéuticas específicas. Ordenar por ejes. Siga un esquema similar al siguiente:						
Afectividad	La afectividad se evalúa por una combinación de observaciones sobre la conducta, expresión facial, tonalidad de la voz. ¿Cuál es el tono afectivo predominante? (tristeza, melancolía, disforia, hostilidad, irritabilidad, neutralidad, alegría, buen humor, euforia, manía) ¿Qué otras emociones y sentimientos se mostraron o informaron? (rabia, miedo, temores, culpas).	Tratamiento inmediato que propone	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="1023 1480 1096 1585">Eje</th> <th data-bbox="1096 1480 1291 1585">Síntoma o problema</th> <th data-bbox="1291 1480 1498 1585">Medida terapéutica</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1023 1585 1096 1732"></td> <td data-bbox="1096 1585 1291 1732"></td> <td data-bbox="1291 1585 1498 1732"></td> </tr> </tbody> </table>	Eje	Síntoma o problema	Medida terapéutica			
Eje	Síntoma o problema	Medida terapéutica							
Sensopercepción	Ilusiones y alucinaciones. Se pueden inferir de la conducta y del discurso (el paciente se distrae porque podría escuchar voces, o puede responderle a estas), o bien, preguntar directamente. Ocasiones en que surgen. Otras percepciones: deja vu, jamais vu. Reactividad del sujeto ante las alteraciones. Describir.								

Entrevista de Salud Mental

La Entrevista de Salud Mental tiene por objeto establecer de una manera rápida y efectiva la posibilidad de existencia de un problema psiquiátrico en un paciente. Permite así que el profesional tenga una segunda oportunidad de profundizar algunos aspectos del examen mental o de la historia. Por otro lado, la brevedad de los aspectos a considerar en la ESM, asegura que se puedan preguntar al paciente en toda ocasión.

1. Ánimo.

Preguntas sugeridas:

¿Cómo se ha sentido de ánimo estos últimos meses? (es frecuente que el paciente tenga su idea muy particular de qué es el "ánimo"); como alternativa: ¿Cómo ha estado la energía (la vitalidad) para funcionar en estos últimos meses? ¿Se ha sentido muy cansado(a)?

2. Ansiedad.

Preguntas sugeridas:

¿Se ha sentido nervioso(a) este último tiempo? ¿Se ha notado muy preocupado sin motivo? ¿Le ha pasado que haya sentido palpitaciones, o sudoración, o miedo sin tener motivo?

3. Sueño.

Preguntas sugeridas:

¿Ha tenido algún problema de sueño estos últimos meses? (alternativa) ¿Le ha pasado que le cueste quedarse dormido(a), o que se despierte mucho durante la noche? ¿Le pasa que esté despertando cansado por la mañana?

4. Apetito.

Preguntas sugeridas:

¿Ha tenido algún cambio en el apetito en el último tiempo? ¿Qué tipo de cambio? ¿Ha subido o ha bajado de peso? ¿Se ha pesado? ¿Siente que le queda la ropa suelta?

5. Memoria.

Preguntas sugeridas:

¿Ha tenido problemas de memoria estos últimos meses? ¿Le ha pasado que pierda cosas, que se olvide de números de teléfono importantes, que olvide lo que iba a decir en una conversación? ¿Le ha pasado que se pierda en la calle?

6. Abuso de sustancias.

Preguntas sugeridas:

¿Fuma? ¿Bebe alguna cosa? ¿Con qué frecuencia? ¿Se ha emborrachado alguna vez? Alternativa: ¿Ha tomado hasta sentir mareo?

7. Sensopercepción.

Preguntas sugeridas:

¿Le ha ocurrido sentir como si alguien le hablara, sin que hubiera nadie presente? ¿Ha visto cosas que nadie más ve?

8. Impulsividad.

Preguntas sugeridas:

¿Le pasa que no pueda controlar sus conductas? ¿Le ha pasado que haga cosas sin pensarlo, de las que después se arrepienta? ¿Le cuesta controlar su rabia?

9. Suicidio.

Preguntas sugeridas:

¿Ha tenido, en estos últimos meses, ideas o deseos de querer morir? ¿Ha pensado en el suicidio?

Una vez exploradas todas estas áreas, el profesional puede hacerse una idea general del estado de salud mental del paciente, permitiendo que en una entrevista futura pueda profundizar cualquiera de ellas.

*Apuntes para uso exclusivo de docencia
Redacción de Juan M Pérez Franco
Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Sur
Universidad de Chile
2011*