

# Aspectos generales

La exploración psicopatológica es una labor incluídible en el ámbito de la Psicología Clínica y la Psiquiatría. Es más, la Psicopatología, desde un punto de vista clásico, no se entiende sin la referencia continua de la anamnesis, la semiología y la exploración clínica (Ruiz, M., Ruiz, F. y Fernández Baca, P., 1998). Es una práctica defendida por autores clásicos, como Eugen Bleuler o Kurt Schneider quienes, al hacerlo así, modificaban la visión de Kraepelin de que la clasificación sólo era posible en función del curso de la enfermedad psiquiátrica.

Tal y como se entiende generalmente, la exploración psicopatológica es una exploración "transversal", es decir, un rastreo comprensivo de la sintomatología actual de una persona. Esta información es de enorme utilidad para establecer una primera hipótesis sobre los problemas que tiene la persona, especialmente por lo que se refiere a qué grupo diagnóstico concreto pertenece esa problemática. Esta primera hipótesis habrá de ser revisada posteriormente, utilizando toda la información longitudinal de que se disponga (histórica, social, psicológica, biológica, genética, etc.). De esto se desprende que la exploración psicopatológica es una parte muy importante de la evaluación dentro del marco de la Psicología Clínica y la Psiquiatría, pero, obviamente, la evaluación no se reduce sólo a este aspecto, sino que se trata de un proceso en el que se deben incluir otros elementos, como la historia, las pruebas psicológicas y físicas pertinentes, entrevistas con el paciente, familiares, etc.

En la exploración psicopatológica, el interés recae en la evaluación de la presencia de signos y síntomas, más que de síndromes. De hecho, muchos de los signos y síntomas más frecuentes (p. ej., alteraciones del sueño, alteraciones de la atención, etc.) no son específicos de ningún grupo psicopatológico. Es más, puede que en algunos casos, ni siquiera formen parte de los criterios diagnósticos de un determinado trastorno mental. Pero sin embargo, son problemas que requieren de la atención del clínico e, incluso, pueden llegar a ser también objetivo del tratamiento. Por tanto, si el interés del profesional recae sólo en el diagnóstico categorial, es muy probable que no se tenga en cuenta información muy valiosa sobre los problemas de la persona.

Por otra parte, la exploración no ha de centrarse sólo en la presencia o ausencia de un síntoma, sino que también hay que tener en cuenta la posición de cada síntoma en relación con toda la información disponible. Para obtener toda esta información, puede que se requieran varias sesiones de exploración. Además, es muy conveniente que el clínico comente sus hallazgos y sus hipótesis con otros colegas, dentro del marco de las sesiones clínicas, en las que se expone la información estructuradamente y se discuten las hipótesis posibles sobre la problemática de la persona.

Kurt Schneider, en su libro *Psicopatología Clínica*, escrito en 1946, decía:

La experiencia enseña que construir un diagnóstico psiquiátrico a partir de hallazgos psicopatológicos presenta a menudo dificultades muy grandes. Y es que en este caso no se trata de sumar y combinar síntomas que pueden ser aprehendidos y mostrados objetivamente, como en el caso del diagnóstico somático, sino de dar un dictamen sobre declaraciones hechas por el sujeto investigado, de usar como criterio de valoración el modo de portarse y de comportarse del sujeto examinado y las impresiones recibidas por el examinador [...]. A menudo lo que pasa es que el diagnóstico clínico, por las razones que sean, va por delante, y que posteriormente se valoran los síntomas en el sentido de aquel diagnóstico previo [...]. De hecho, el camino correcto va en sentido contrario: primero vienen el aprehender y el nombrar sin prejuicios clínicos los síntomas y después viene el deducir de ellos el diagnóstico.

El objetivo de este libro es ofrecer guías y pautas sobre cómo realizar la exploración psicopatológica y sobre cómo ordenarla y

presentarla. Como antes se ha señalado, aunque la exploración es una parte imprescindible en la evaluación clínica, ésta supone un proceso más amplio. Para comprender mejor el lugar concreto que ocupa la exploración en este proceso, se expondrán, en primer lugar, los formatos utilizados con más frecuencia en el ámbito de la Psicología Clínica y Psiquiatría, describiendo la estructura completa en la que se produce el proceso de evaluación. Así, a continuación se exponen las guías para realizar la historia clínica, el psicopatograma o examen del estado mental, la presentación y formulación del caso y el informe psicológico. El segundo capítulo de este libro se dedica exclusivamente a la exploración psicopatológica, lo que clásicamente se ha denominado psicopatograma o examen del estado mental, presentando las áreas que se han de explorar para poder obtener una información extensa y comprensiva de los problemas que tiene una persona en un momento concreto.

## I.1. La historia clínica

La historia clínica es un documento que compila toda la información de un paciente. Se trata de un registro de la vida de la persona que permite al profesional describir y comprender quién es, qué le sucede y valorar la gravedad y el pronóstico de su problema. Por tanto, la historia es el contexto necesario en el que se ha de realizar el diagnóstico, así como la formulación de un plan terapéutico específico. En ella se suele incluir:

- a) La historia propiamente dicha (con todos los epígrafes que se exponen más abajo).
- b) El examen del estado mental o psicopatograma.
- c) Los resultados obtenidos en la exploración del examen físico.
- d) Los resultados obtenidos en las pruebas adicionales realizadas (incluyendo tanto pruebas psicológicas como médicas).
- e) La formulación del caso (de este apartado se deriva la presentación y formulación del caso).
- f) El diagnóstico categorial, según los sistemas de clasificación oficiales.
- g) El diagnóstico diferencial.
- h) El tratamiento propuesto.
- i) El pronóstico.

- j) El resumen y las recomendaciones (de este apartado se puede derivar el informe).
- k) Las notas de progreso y seguimientos.

Muchas veces la historia incluye también otras fuentes de información aparte del paciente (familiares, amigos, personal sanitario), que es conveniente que se compilen en hojas separadas.

La historia es, por tanto, un documento en continua evolución y nunca completado, dado que se va ampliando y modificando en función del estado del individuo a lo largo de diferentes momentos (progresos, recaídas, nuevos problemas, etc.). Es la visión diagnóstica de la persona y su problemática. Para ello, es necesario recurrir a los conocimientos de la Psicopatología. En palabras de Jaspers: "Para aprender a hacer historias clínicas, junto a la práctica, el camino único es: el estudio completo de la Psicopatología científica" (Jaspers, 1913: 938).

En este apartado se desarrollará el contenido del primer punto de la historia ("la historia propiamente dicha"), es decir, la recopilación de información referente a la identificación de la persona y sus circunstancias pasadas y presentes. Los aspectos que se incluyen en este punto son los siguientes.

- a) *Datos de identificación del paciente.* Además del nombre de la persona, se debe incluir la información demográfica relevante como sexo, edad, estado civil, profesión, religión y circunstancias actuales de la vida. A veces se incluye en este apartado el lugar en el que se desarrolla la entrevista.
- b) *Datos del referente y motivo de referencia.* A veces, la persona viene remitida por otro profesional, u otra institución, a un servicio concreto para ser evaluado. En ese caso, hay que indicar quién lo remite y el motivo de la referencia, así como las expectativas de la consulta o la evaluación.
- c) *Queja (motivo de consulta).* Las quejas del paciente hay que recogerlas con sus propias palabras (normalmente, cuando es una expresión literal del paciente se pone entre comillas); es decir, hay que establecer por qué ha venido o ha sido traído. La queja debe registrarse aunque el paciente sea incapaz de hablar, niegue tener cualquier tipo de problema o haga afirmaciones extrañas. A veces, la queja del paciente no coincide con el problema principal, especial-

mente en aquellos casos en los que no existe conciencia de enfermedad.

- d) *Descripción del problema actual.* Consiste en el relato de la presencia de los signos y síntomas que está experimentando el paciente y de su secuencia. Se trata de registrar qué le sucede, cómo y dónde le sucede, el lugar y las circunstancias en las que aparece el problema o lo exacerban, si existen variaciones circadianas, acontecimientos inmediatos que precipitaron el episodio actual, etc.
- e) *Interferencias del problema en la vida de la persona.* Hay que sondear cuál es el impacto que el problema está ocasionando en la vida de la persona (aislamiento social, problemas en el área laboral o educativa, problemas económicos, deterioros en las relaciones sociales y familiares, deterioro en el ocio y esparcimiento, etc.).
- f) *Historia y evolución del problema actual.* Se trata del cuadro cronológico y comprensivo del problema del paciente. Hay que sondear desde cuándo le sucede, el tipo de comienzo (insidioso, brusco), si existe relación con algún acontecimiento vital, la progresión y el curso del problema.
- g) *Problemas mentales anteriores.* Hay que recoger información sobre otros episodios de problemas mentales previos, su cronología, su sintomatología y diagnóstico, el grado de incapacidad que produjo, el tratamiento que recibió, durante cuánto tiempo y su resultado. Si es posible, es conveniente solicitar información a los centros en los que fue tratado. Se debe determinar si el episodio actual tiene semejanzas con episodios anteriores. En ese caso, se debe dar una especial atención al primer episodio: precipitantes, posibilidades diagnósticas, capacidad de adaptación, respuesta al tratamiento, etc. Se ha de anotar igualmente si nunca recibió asistencia. También hay que explorar si en la historia previa ha habido actos auto-lesivos o intentos de suicidio.
- h) *Historial médico.* La extensión de la historia médica variará en función de la edad del paciente (si es muy joven, se recopila información de sus primeras etapas de desarrollo). Se ha de tomar nota de enfermedades, traumatismos u operaciones que hayan sido relevantes o que tengan alguna relación con el problema actual o su tratamiento, así como

los fármacos que fueron prescritos. También se ha de explorar el uso de sustancias (legales e ilegales). Si es posible, es conveniente solicitar información a los centros en los que fue tratado.

- i) *Historia personal (anamnesis)*. Es importante distinguir entre el problema que presenta una persona, y lo que es su vida (aunque a veces, para determinados problemas, ambas cosas son difíciles de diferenciar). Este apartado se dedica a la comprensión biográfica y su relación con el problema actual. Hay que destacar los acontecimientos vitales importantes en el desarrollo del individuo. Se debe dar una especial atención a las siguientes áreas: familiar, académica, laboral, social, sexual y tiempo libre. También se ha de recoger información sobre las condiciones de vida actuales: con quién vive, red social, etc.
- j) *Antecedentes familiares*. Se ha de recoger información sobre antecedentes de trastornos mentales, tratamientos, hospitalizaciones, etc.
- k) *Personalidad*. Es necesario saber cómo era la personalidad previa al inicio del problema y evaluar si ha habido un cambio drástico, así como las actitudes hacia los demás en sus relaciones. Hay que explorar el concepto que de sí mismo tiene la persona, sus actitudes morales y religiosas, y cómo reacciona ante situaciones estresantes. También hay que valorar si existe discrepancia entre la visión que el paciente da sí mismo y la que dan los demás de él.

## 1.2. El psicopatograma y el examen del estado mental

Cuando se realiza un análisis transversal de la sintomatología que presenta una persona, se está haciendo referencia al examen del estado mental o al psicopatograma. Sin embargo, estos dos términos provienen de dos tradiciones diferentes en la literatura psicopatológica, si bien finalmente confluyen en el mismo propósito y objetivo.

Por lo que se refiere al vocablo "psicopatograma", aunque no existe como tal en el diccionario de la Real Academia Española, sí que se pueden analizar sus componentes. "Pato" significa padecimiento, enfermedad y "Gramma", significa escrito, gráfico. De

este modo, el psicopatograma (o psicopatografía) podría definirse como el tratado descriptivo de los signos y síntomas de los trastornos mentales (como opuesto a la Psicopatología, que implicaría su tratado teórico).

En cuanto a su origen histórico, se puede encontrar una tradición patográfica importante tanto en la Medicina de comienzos de siglo, como en los orígenes de la Psicología. De hecho, las patografías tuvieron un gran desarrollo e influyeron decisivamente en la elaboración e independencia de la Psiquiatría y la Psicología. (Ruiz, M., Ruiz, F. y Fernández Baca, P., 1998). Este término surge de la tradición europea y, fundamentalmente, fenomenológica, aunque el estudio del caso clínico (la biografía de la persona en su contexto familiar y social) ha estado condicionado históricamente por las concepciones y teorías de la época. El análisis patográfico (*Daseinanalyse*) fue aplicado inicialmente al ámbito clínico siguiendo la metodología de Husserl y Heidegger, obteniéndose análisis importantes en la comprensión de los trastornos psicopatológicos (Ruiz, M., Ruiz, F. y Fernández Baca, P., 1998). En definitiva, y desde esta perspectiva, se trataba de salvar el escollo fenomenológico de comprender lo que esencialmente es incomprendible, puesto que en el trastorno mental, la vida psíquica ha dejado de tener continuidad. Su propósito era distinguir lo fundamental de lo accesorio, la verdadera esencia del estudio del caso clínico.

Ahora bien, desde una perspectiva fenomenológica y también psicodinámica, no se puede entender al individuo sino es desde su contexto. De esta manera, la psicopatografía se utiliza como un medio para comprender los fenómenos psicopatológicos y el diagnóstico de la enfermedad mental, teniendo en cuenta el curso de la vida. Según Jaspers (1913: 830), las patografías son: "Las biografías que persiguen el objetivo de exponer a los psicólogos aspectos interesantes de la vida psíquica y de aclarar la significación de estas manifestaciones y procesos para la génesis de las creaciones de tales individuos". De esta manera, surge la tradición psicopatológica de realizar una investigación entre la creación artística y la vida psíquica, teniendo su máximo desarrollo en el análisis de los casos clínicos de personajes famosos. Casos paradigmáticos han sido el caso clínico de Strindberg para la fenomenología y el caso clínico de Schreber para el psicoanálisis.

Una vez ubicada a la persona en su psicobiografía, la psicopatografía es el medio que utiliza el clínico para conocer las crisis del trastorno de esa persona dentro de su curso vital, señalando los

síntomas y signos de patología. Se trata de poder analizar estructuralmente su experiencia psicopatológica y, para entenderla, se necesita de un sistema en el que estén representadas en la conciencia determinadas funciones psíquicas (atención, percepción, pensamiento, etc.). En resumen, el psicopatograma viene a traducirse como un perfil de las distintas funciones psíquicas alteradas que intenta ser sistemático (Polaino, 1991).

Por otra parte, desde el contexto psiquiátrico anglosajón (menos influido por la fenomenología), no aparecen los términos de psicopatograma o psicopatografía, sino el de examen del estado mental, utilizado como el análogo del examen del estado físico, que realizan en sus quehaceres los colegas médicos no psiquiatras. En su origen es mucho más operativo, puesto que de lo que se trata es de conseguir una instantánea que el clínico toma del paciente en un momento en concreto sobre su estatus mental. Es más, autores como Trzepacz y Baker (1993) afirman que el examen del estado mental es un componente objetivo de la evaluación del paciente, puesto que se basa en las observaciones que el clínico realiza en una situación de entrevista; mientras que la parte subjetiva sería la propia historia clínica (anamnesis), ya que se basa en las experiencias del paciente, su relato y su memoria.

Desde ambas tradiciones, bien se llame psicopatograma, bien examen del estado mental, esta exploración es una parte esencial de la valoración clínica. Para poder utilizar esta herramienta, el clínico requiere de conocimientos, de habilidades de exploración y de un vocabulario. Por tanto, el evaluador ha de saber hacer surgir, detectar, integrar y organizar todos los datos clínicamente significativos. Su metodología se basa en el registro de los hallazgos actuales y no debe estar contaminada con los datos de la historia del epígrafe anteriormente comentado. De hecho, mientras que los datos de la historia clínica permanecen estables, el estado mental del paciente, dependiendo de la psicopatología, puede cambiar de hora a hora. De este modo, esta exploración es muy útil para clarificar la fiabilidad de muchos de los datos recogidos en la historia y es absolutamente imprescindible para realizar el diagnóstico y el diagnóstico diferencial. Los cambios en el estatus mental del paciente reflejarán el cambio en su situación y, por tanto, en la evolución de su diagnóstico o tratamiento.

Existen diversos protocolos tipificados de examen del estado mental, y su uso es bastante común, especialmente en los ámbitos psi-

quiátricos, hasta el punto de que han aparecido incluso versiones más reducidas que facilitan su aplicación y minimizan el tiempo invertido. Así, el mini-examen del estado mental es uno de los instrumentos más ampliamente utilizados para rastrear deterioros cognitivos en pacientes psiquiátricos, especialmente en la evaluación de demencias. Este instrumento fue elaborado por Folstein, Folstein y McHugh en 1975, con el objetivo de contar con una evaluación breve y objetiva del funcionamiento cognitivo y de sus cambios. Se puede administrar en 5-10 minutos y se emplea tanto en contextos clínicos, como en encuestas comunitarias y estudios epidemiológicos, pero donde más se ha aplicado y estudiado es, sin duda, en pacientes aquejados de demencias, limitándose a explorar su funcionamiento cognitivo.

Aunque, como se acaba de comentar, existen diversos formatos de psicopatograma y de examen del estado mental, la mayoría de ellos suelen incluir los siguientes apartados:

- Apariencia, comportamiento durante la entrevista y conciencia de enfermedad.
- Conciencia, alerta, orientación, atención.
- Memoria.
- Percepción e imágenes mentales.
- Forma del pensamiento, el lenguaje y el habla.
- Contenido del pensamiento: creencias anómalas.
- Conciencia de sí mismo.
- Afectos y emociones.
- Actividad motora y conducta intencional.
- Funciones fisiológicas.
- Inteligencia.
- Área social y relaciones interpersonales.
- Reacción del examinador.

Como el objetivo central de este libro es, precisamente, la exposición de su metodología, el desarrollo concreto del protocolo de aplicación del psicopatograma se expone en el capítulo 2.

### 1.3. La presentación y formulación clínica del caso

Una vez que el clínico ha recogido la información pertinente, es necesario que resuma clínicamente sus hallazgos. Es el momen-

to de realizar la formulación del caso. Pero, para formular un caso, primero hay que presentarlo; es decir, recopilar y presentar la información específica y relevante a otros colegas en las sesiones clínicas. Es importante que en el momento de la presentación no se haga ningún tipo de inferencia o explicación, sino que se ha de proporcionar una descripción lo más precisa y objetiva posible. El propósito es que cualquier colega pueda tener la información precisa para conocer al paciente y su problemática, aunque nunca haya tenido contacto con él. Se incluye información resumida sobre el motivo de referencia, la queja o motivo de consulta, el comportamiento durante la entrevista, la descripción del problema actual, su curso y evolución, otros problemas mentales previos, la historia médica y personal, los resultados del examen del estado mental o psicopatograma, del examen físico y de cualquier otra prueba adicional que se haya realizado.

Una vez presentado el caso, se procede a su formulación, en la que el clínico pasa de la mera descripción a la interpretación, planteando inferencias y formulando sus hipótesis. El objetivo de la formulación del caso es el de intentar comprender a la persona y sus problemas. Se trata de hacer una conceptualización clara de qué es lo que le ocurre al individuo, en la que el clínico ha de intentar relacionar todos los datos de que dispone, procurando explicar por qué se han desarrollado las dificultades o problemas que presenta el paciente, y proporcionando predicciones basadas en esa información. Hay que tener en cuenta que la formulación, no sólo se ocupa del trastorno, sino también de comprender cómo las experiencias a lo largo de la vida de la persona han influido en su personalidad y en sus modos de reaccionar a la adversidad (Gelder, Gath y Mayou, 1991). Para ello, es necesario evaluar y valorar las áreas problemáticas clave, junto con aquellos factores del desarrollo que sean relevantes, y las circunstancias sociales de la persona. Se ha de incluir los factores relevantes predisponentes, precipitantes y perpetuantes del trastorno, así como sus manifestaciones cognitivas, somáticas y conductuales.

El propósito de la formulación es, por tanto, clarificar la presentación del caso y dirigir el tratamiento a aquellas áreas que son clínicamente relevantes, ya que la planificación terapéutica y el éxito de las estrategias de intervención que se realicen dependen, en gran medida, de la capacidad de hacer una buena formulación del problema. En la situación clínica ideal, cada intervención debe-

ría hacerse con la formulación en mente. Las ventajas de hacer una formulación de caso son muchas, ya que ayuda al clínico a clarificar sus ideas con respecto al paciente, forzándole a identificar sólo la información que es de importancia para el tratamiento. Además, como se ha de ir revisando y actualizándose con la información adicional que va surgiendo en las sesiones de tratamiento, le ayuda también a recordar la información y valorar el progreso, especialmente cuando los casos son largos. Es importante incidir que no es algo que sólo se escribe una vez en la evaluación inicial.

La formulación ha de ser concisa, pero ha de trascender al resumen, ya que se deben discutir ideas alternativas sobre el diagnóstico, la etiología, el tratamiento y el pronóstico, y los argumentos a favor y en contra de cada alternativa (Gelder *et al.*, 1991). Aunque una buena formulación se basa en hechos y no en especulaciones, sin embargo debe contener hipótesis verificables sobre aquellos aspectos de los que no hay certeza en el momento de su elaboración.

Hay muchos modos de hacer formulaciones, y la que aquí se expone sigue las directrices de Gelder *et al.* (1991). Se empieza con una afirmación concisa de las características esenciales del caso (dos o tres frases); después se considera el diagnóstico diferencial, listando las posibilidades razonables en orden de probabilidad, y evitando listar todos los diagnósticos concebibles que no sean próximos al caso. Se ha de indicar cuál es la evidencia a favor y en contra de cada diagnóstico, con una evaluación del resultado e indicando las conclusiones del diagnóstico más probable. Después se abordan los aspectos de la etiología, identificando los factores predisponentes, precipitantes y mantenedores. Los predisponentes se consideran en orden cronológico, mostrando cómo cada factor puede añadir algo a los anteriores. Las conclusiones sobre el diagnóstico y la etiología se resumen con un listado de los problemas y de cualquier otra exploración que se necesite. Finalmente, se realiza el diagnóstico utilizando los criterios de un manual diagnóstico de carácter oficial (CIE o DSM). Luego, se perfila el plan de tratamiento de un modo conciso. Por último, se hacen afirmaciones sobre el pronóstico, realizando predicciones sobre cuál es el curso más probable en función del tratamiento, y cuáles los factores que pueden entorpecerlo.

Como puede verse, la formulación del caso es mucho más que la afirmación de un diagnóstico. El objetivo es crear un modelo de

comportamiento individual del paciente, y poder así perfilar un tratamiento también individualizado, por lo que debe proporcionar la estructura dentro de la cual se pueda aplicar un tratamiento y se pueda predecir un pronóstico.

La formulación debe estar anclada temporalmente, incluyendo notas de progreso y cambios. En los ámbitos hospitalarios, suelen redactarse en dos ocasiones: una semana después del ingreso, tras haber abierto (o reabierto) la historia y realizado el examen del estado mental, objeto de la primera sesión clínica y, en segundo lugar, cuando el paciente va a ser dado de alta, incluyendo el juicio clínico del profesional responsable, otros puntos de vista y la respuesta del paciente al tratamiento.

#### **1.4. El informe psicológico**

Una vez se ha completado el proceso de evaluación, se ha de organizar y escribir el informe psicológico correspondiente. Aunque se trata de un paso más del proceso evaluador, en la práctica cotidiana se suele realizar cuando es solicitado, bien por la persona que ha sido evaluada, bien por otro profesional o institución. En él deben aparecer los datos de filiación del profesional que lo realiza, así como el nombre de la persona evaluada y el de quién lo solicita. En caso de que el proceso de evaluación hubiese sido requerido con un fin concreto, también deben especificarse los objetivos propuestos.

Se han de mencionar los instrumentos y técnicas utilizados, y si se han empleado instrumentos estandarizados de evaluación, se tiene que indicar el tipo de material usado para las puntuaciones normalizadas. El contenido del informe debe expresarse en términos que puedan ser contrastados, y atendiendo a criterios de neutralidad y objetividad. Las conclusiones que se señalen deben estar justificadas y relacionadas con los objetivos propuestos. Aunque el lenguaje utilizado ha de ser preciso, no se ha de olvidar que también debe ser comprensible para la persona a la que va dirigido.

Es necesario resaltar que, como todo documento del proceso de evaluación, el informe es un documento confidencial, del que no se puede disponer sin permiso del evaluado y que éste tiene derecho a conocer su contenido.

Existen muchos modelos de informe, pero en todos ellos se suelen incluir los siguientes puntos: datos de identificación, motivo de referencia y planteamiento de los objetivos, observaciones generales (datos biográficos relevantes, información de trasfondo, etc.), procedimientos de evaluación, conductas y observación de examen, resultados e integración, recomendaciones y resumen.

### Cuadro resumen

El objetivo de la evaluación, dentro del ámbito de la Psicología Clínica y la Psiquiatría, es tanto el de determinar el estado psicológico actual de la persona (con fines diagnósticos, clasificatorios y de pronóstico), como el de obtener información sobre las variaciones que se producen a lo largo del tiempo, para poder conocer las relaciones existentes entre el problema de la persona y determinadas condiciones, situaciones, tratamientos, etc.

En el proceso de evaluación se debe recoger información que permita el conocimiento preciso de la persona y de sus problemas, en su presente, pero desde su historia y su contexto. La exploración psicopatológica es una parte del proceso de evaluación en el marco de la Psicología Clínica y de la Psiquiatría. Se trata de una exploración "transversal", en la que el interés recae en la evaluación de la presencia de signos y síntomas, y la posición de cada sintoma en relación con toda la información disponible.

Existen diversos protocolos para recoger toda esta información, y que constituye la "historia clínica" de la persona, pero en todos ellos se suele incluir la siguiente información. La que a continuación se presenta está basada, con modificaciones, en Kaplan y Sadock (1997).

#### I. Historia

1. Datos de identificación del paciente
2. Datos del referente y motivo de referencia
3. Queja (motivo de consulta)
4. Descripción del problema actual
5. Consecuencias del problema actual
6. Historia y evolución del problema actual
7. Problemas mentales anteriores
8. Historial médico
9. Historia personal (anamnesis)
10. Antecedentes familiares
11. Personalidad

#### II. Examen del estado mental o psicopatograma (exploración psicopatológica)

### III. Otros estudios adicionales, pruebas psicológicas y médicas

#### IV. Otros documentos:

- A. Presentación y formulación del caso
  1. Datos de identificación e información del referente
  2. Conducta durante la entrevista
  3. Descripción de los problemas. Curso y evolución
  4. Historia personal (datos relevantes)
  5. Resultados del examen del estado mental (hallazgos sobresalientes por normalidad o anormalidad)
  6. Resultados de otras exploraciones adicionales: médicas, psicológicas, etc.
  7. Diagnóstico y diagnóstico diferencial
  8. Formulación del caso: hipótesis etiológicas
  9. Estrategias terapéuticas propuestas
  10. Pronóstico

- B. Informes: en cualquier momento del proceso
- C. Resumen y recomendaciones

1. Motivo de referencia
2. Queja o motivo de consulta y descripción del problema actual
3. Otros problemas mentales previos
4. Historia personal
5. Resultados del examen del estado mental
6. Resultado de otras pruebas adicionales
7. Diagnóstico según un sistema de clasificación DSM-IV (ejes) o CIE-10 (incluyendo diagnóstico diferencial)
8. Pronóstico

#### V. Tratamiento

- VI. Notas de progreso (han de estar firmadas y fechadas)



### Exposición de un caso clínico

*Datos de identificación de la persona, datos del referente y motivo de referencia.* F. T. es una mujer de 23 años, soltera, con estudios primarios, cuya ocupación es ayudar en las tareas del hogar y que vive con su padre y dos hermanos de 18 y 16 años. F. T. fue tratada a Urgencias por su padre, quien se encontraba asustado por su estado de agitación y la conducta extraña que presentaba.

*Queja (motivo de consulta); descripción del problema actual.* Durante la entrevista de admisión F. T. se mostraba inquieta (gesticulando, moviendo sin cesar las piernas, etc.), negando que tuviera un problema mental, salvo que estaba muy preocupada y asustada por lo que le estaba ocurriendo. Según ella, el problema era que la estaban "incordiando desde los infiernos y tengo miedo de que los demonios me castiguen". Decía que no sabía por qué la acosaban, porque ella nunca había hecho nada malo, al menos no para que la martirizaran así. En entrevistas posteriores, F. T. indicó que uno de los "martirios" a los que se veía sometida era que le "aplicaban corrientes eléctricas" en los genitales, "para hacerme daño"; aunque posteriormente también comentaba que era para "tentarme". Otra forma de castigarla era llamarla "sucias perra". Eran voces susurrantes pero nítidas y claras, como las que cualquier persona puede oír. A veces, se hacían pasar por su madre o por la misma Virgen, pero ella sabía que la estaban engañando y que eran unos impostores. Otras veces, las voces le hacían decir en voz alta "¡Cambio y corto!" una y otra vez. En ocasiones las voces hacían un comentario sarcástico de lo que ella estaba haciendo. La paciente relataba que no deseaba morir y que nunca había contemplado la posibilidad de acabar con su vida, pero que temía que los artífices de las voces pudieran dañarla o incluso matarla. En un momento de la entrevista, se negó a continuar el relato y evidenció parte de su irascibilidad, puesto que el clínico, al igual que el resto del personal, "sabían perfectamente qué es lo que estaba pasando por su cabeza, porque todos tenían conocimientos de sus más íntimos pensamientos": Cuando se le animó a seguir, comentó que algunos de esos pensamientos de hecho no eran suyos, sino que "me los ponen ahí los demonios". Cuando se le preguntó sobre por qué sólo quiere alimentarse de huevos batidos (información que había proporcionado su padre), refirió que no se fía de lo que pongan de comer en casa por si sus familiares

han hecho algún pacto con los demonios. Los huevos "como son los 'gérminidos' de la vida" están a salvo.

*Consecuencias del problema actual.* Desde el inicio de este episodio, F. T. empezó a desatender las tareas domésticas y dejó de participar de la vida familiar. Hay que tener en cuenta que el nivel de funcionamiento social de F. T. era ya deficitario antes de este episodio.

*Historia y evolución del problema actual.* Su padre refirió que desde poco antes de estas Navidades (hacia 2 semanas) la paciente comenzó a hablar sola, a ratos se quedaba absorta, inmóvil, como si estuviera hablando con ella misma. Además, su conducta comenzó a ser extraña para la familia, ya que salía o entraba de casa sin decir nada y la mayor parte del tiempo prefería quedarse en cama. Hace cuatro días empezó a alarmar a los familiares pues se puso a gritar fuera de sí: "¡Cambio y cortol, ¡soy la madre de Dios!, ¡llamadme sor F.!, ¿por qué me he condenado?". Dejó de comer y sólo consentía tomar huevos batidos. Su padre también refería que hablaba con su madre (que había fallecido varios años antes) y con la Virgen.

*Problemas mentales anteriores.* Hace tres años (cuando tenía 20) tuvo un episodio por el que estuvo a punto de ingresar. En aquel momento también manifestaba una conducta extraña: no quería comer y hablaba sola. Continuamente manifestaba que sentía unas cadenas alrededor de ella que querían matarla. En aquel momento fue diagnosticada de "Esquizofrenia Paranoide" y tratada mediante fármacos antipsicóticos, siendo buena la respuesta al tratamiento. Desde entonces, F. T. no había tenido ningún episodio más, aunque su comportamiento, según indica su familia, nunca había sido "como el de una chica normal", ya que apenas salía, era muy retraída y sólo se dedicaba a ayudar en las tareas de casa.

*Historial médico.* No hay ninguna enfermedad que merezca una especial consideración. No se encontró evidencia en las exploraciones físicas ni de condición médica general ni de uso de sustancias.

*Historia personal (anamnesis).* El nacimiento y la infancia fueron normales, no mostrando retraso en su desarrollo. Su familia la consideraba como una persona sociable, aunque dominante y últimamente irascible. Entre los 13 y 14 años de edad empezaron a notar que "no estaba bien", que no se mostraba al igual que sus compañeras. Tenía un carácter nervioso y si se le contrariaba, se enfadaba mucho.

Cuando acabó sus estudios primarios, sus padres decidieron que se quedara en casa con la familia y que ayudara a su madre a las tareas del hogar: Desde que su madre falleció, hacía dos años, era ella quien se ocupaba de las comidas, limpieza, etc.

*Antecedentes familiares.* No constan.