

LA HISTORIA CLINICA EN PSIQUIATRIA: GUIA PARA ELABORARLA

DR. SALVADOR VALE MAYORGA*

INTRODUCCIÓN. El interés en publicar esta "guía", es proporcionar al Médico pre-graduado o que se inicia en la especialidad, una recopilación de la literatura sobre las técnicas clínicas para la exploración Psiquiátrica.

En los textos clásicos de Psiquiatría, se encuentran guías sobre el tema; sin embargo, por ser en su mayoría obras extranjeras y en ocasiones orientadas hacia un enfoque particular de psicopatología, no permiten su adopción a nuestro medio a menos que se lleven a cabo importantes modificaciones de interés hacia una orientación lo más ecléctica posible.

Consideramos así evitar las limitaciones anti-propedéuticas del prejuicio de una otodoxia ideológica. Pretendemos presentar un método de exploración clínica, mediante el cual obtendremos el mínimo de datos necesarios para elaborar una Historia Psiquiátrica aun en el caso de no tener experiencia en la especialidad.

GENERALIDADES:

Para llevar a cabo un examen psiquiátrico, efectuamos procedimientos de exploración clínica, mediante los cuales obtenemos del paciente datos representativos del estado actual de la interacción de factores constitucionales y ambientales que se reflejan en la conducta explícita.

Para el médico, la culminación de las maniobras exploratorias le permite elaborar el diagnóstico, el pronóstico e instituir la terapéutica. En el diagnóstico frecuentemente se implica una fisiopatología que refleja el conocimiento científico de la enfermedad en sus procesos más íntimos; como estos eventos rara vez se cumplen en Psiquiatría, encontramos algunas diferencias en los procesos exploratorios, diagnósticos y terapéuticos en relación a otras especialidades. A continuación citamos algunas diferencias.

* Profesor Adjunto de la Facultad de Medicina.

Predominio de los métodos empíricos en la investigación y carencia de cuantificación fisiopatológica de los fenómenos clínicos.

En la actualidad, la mayoría de las enfermedades mentales son meramente agrupaciones sindrómicas de las que ignoramos su etiología y su fisiopatología y que, por lo mismo, carecen de la unidad de una verdadera entidad nosológica^{1,2}. En tanto no logremos penetrar en la intimidad de los fenómenos de la vida mental, el progreso científico será lento, sujeto a variables desconocidas que nos limitan a la mera observación empírica.

Esta etapa de desarrollo de la Psiquiatría es secundaria a la juventud de la especialidad, es característica de la fase pre-tecnológica y facilitada por la enorme cantidad de variables propias de las ciencias de la conducta. A medida que aumenten las observaciones controladas, tendremos una disciplina más apegada a los lineamientos científicos³.

Facilidad para cometer errores en la interpretación del orden y valor de los síntomas subjetivos.

Una buena parte de los datos valiosos para la Semiología de los síntomas, no es observable directamente por el examinador; depende de alguna de las tres circunstancias siguientes:

- a) Del interés del examinado para comunicar sus síntomas.
- b) De la calidad en la comunicación entre examinado y examinador.
- c) De la habilidad y entrenamiento del examinador para detectar y registrar los datos relevantes.

Por ello, hay maniobras exploratorias peculiares a la psiquiatría, en especial maniobras "condicionadas" por el interrogatorio. Estas, que se describirán posteriormente, requieren entrenamiento supervisado y largas horas al lado del enfermo.

Por lo equívoco de los síntomas subjetivos, se debe tener un cuidado meticuloso para evitar errores, errores no sólo de la exploración sino de la interpretación del examinador; estos errores dependen de la subjetividad que deforma el juicio científico y es por ello por lo que tiene mucho valor una adhesión a un método propedéutico estricto, ajeno a prejuicios etiopatogénicos de cualquier índole.

Este fenómeno lo encontramos representado matemáticamente en las cuantificaciones estadísticas, que consideran valiosa una correlación de 80% para los fenómenos biológicos, pero que solamente aceptan correlaciones por arriba del 95% para fenómenos de la conducta⁴.

FINALIDADES DE UNA HISTORIA
CLÍNICA PSIQUIÁTRICA

Actualmente, la base para la exploración clínica del paciente en cualquier rama de la medicina, consiste en la formulación de una Historia Clínica. Los "cuestionarios" para ser procesados mediante computadoras electrónicas, brindan, en el mejor de los casos, resultados apenas comparables a los obtenidos mediante un equipo de médicos. Aún cuando en la medicina del futuro se procesen los datos en estas computadoras, parece ser que el proceso de exploración clínica individual, persistirá en la forma tradicional de la historia clínica.

Es frecuente, sobre todo en hospitales del estado que manejan enfermos de bajos recursos económicos y bajo nivel cultural, que se carezca de la información mínima necesaria para organizar la historia clínica. Estas circunstancias propician una serie de errores diagnósticos, pronósticos y terapéuticos como los que citamos a continuación:

a) En los padecimientos evolutivos, hay síntomas transitorios propios de otras entidades nosológicas (v. gr.: depresión en el curso de una esquizofrenia). Si carecemos de una historia clínica completa podemos considerar la fase transitoria como la esencial con los consecuentes errores en el manejo del enfermo.

b) La orientación etiológica es proporcionada por la evolución y los antecedentes, mientras que la localización y la extensión del daño físico se detectan frecuentemente durante la exploración por medios físicos. Por ello, de conocer solamente una fracción de la historia clínica, la opinión diagnóstica será muy provisional.

c) Los síntomas de enfermedad mental, son poco variados, se presentan en el pensamiento, en el afecto, en el humor y en la conducta.¹² Siendo tan limitadas las respuestas del encéfalo ante el stress, es muy fácil equivocarse si se presume el diagnóstico en ausencia de una detallada historia clínica. En otras palabras, el apoyarse solamente en la "experiencia" personal lleva inherentes serios peligros para

el paciente. Por la misma razón consideramos que el médico tratante debe efectuar personalmente la recopilación de datos para elaborar la historia clínica.

d) Finalmente, un buen número de datos que nos proporciona la exploración mediante el interrogatorio, son datos que pueden ser falseados voluntariamente (o involuntariamente), por el examinado; pero un relato detallado y organizado cronológicamente nos facilita detectar incongruencias en la recopilación biográfica. Como ejemplo podemos citar al paciente con errores de conducta que nos dice ser responsable en el hogar pero cuya historia biográfica nos lo muestra como sujeto irresponsable en los trabajos, los cuales ha abandonado por motivaciones fútiles y representativas de su baja capacidad para asimilar reglas sociales y ejercer juicio y crítica sobre su conducta. Este mismo paciente, será altamente sospechoso de deformar su relato en circunstancias que sean desfavorables para él.

MÉTODOS PARA LA REALIZACIÓN DEL EXAMEN PSIQUIÁTRICO

Los métodos para explorar clínicamente al paciente psiquiátrico, corresponden a los métodos usados tradicionalmente en el arte y ciencia médicas. Hay elementos peculiares de la especialidad que consisten en modificaciones simples de las maniobras exploratorias habituales. Por ejemplo, dependemos en alto grado de la comunicación interpersonal, tanto de la verbal como de la no verbal, por lo tanto, aun para la exploración por medios físicos frecuentemente inducimos un acto motor mediante una indicación verbal.

Para la exploración clínica de un paciente, acostumbramos llevar a cabo dos grupos de procedimientos que registramos separadamente en la historia clínica. El primero de ellos es "*la exploración por medio del interrogatorio*" y el segundo consiste en "*la exploración por medios físicos*".

En la exploración por interrogatorio, habitualmente dividimos los datos que proporciona la persona explorada, en los tres grupos siguientes:

- a) Los antecedentes hereditarios y familiares.
- b) Los antecedentes personales no patológicos y los personales patológicos.
- c) El estado actual, que comprende: la descripción del padecimiento actual y la descripción de las funciones de adaptabilidad en el momento de efectuar la exploración.

Considerados como requisitos para un buen interrogatorio, se encuentran la comunicación empática, espontánea y sincera.⁸ La calidad de comunicación entre médico-paciente, es una función que depende de numerosas variables y que fácilmente se afecta en sentido negativo. Si logramos conservar una buena comunicación con el explorado, se acepta generalmente que los resultados terapéuticos mejorarán independientemente del enfoque teórico de psicopatología. En otras palabras, una buena relación médico-paciente es un requisito indispensable para proporcionar una terapéutica.

INTERROGATORIO DE LOS ANTECEDENTES EN GENERAL

Es muy necesario obtener esta información del relato espontáneo del paciente. Frecuentemente el paciente deforma su relato y nos encontramos en la necesidad de obtenerlo de una o varias personas de las que conviven estrechamente con él. Es realmente elevada la frecuencia con la que recurrimos al interrogatorio indirecto, casi es indispensable en el paciente psicótico y a menudo nos facilita entender al paciente neurótico.

En la psicosis, la deformación del juicio de realidad impide al paciente deslindar adecuadamente lo "anormal" de lo "normal"; en el neurótico es frecuente que las molestias sintomáticas se deformen emocionalmente y se justifiquen, se nieguen o se deformen. Por otra parte, el paciente acude al médico en el momento final de una cadena de eventos instalada largo tiempo atrás, por lo tanto, las primeras molestias fueron tan insidiosas que no las considera anormales sino partes de su persona; como el paciente acude para aliviarse de sus molestias pero no para que se modifiquen porciones de "su persona", hay una tendencia natural a resistirse a proporcionar información de aquello que considera "normal". En estas condiciones, es frecuente que el paciente pretenda buscar alivio de un síntoma secundario (sentimientos de culpa por ejemplo), y se resista a reconocer el papel central de su patología (hostilidad en el ejemplo anterior).

En una tercera persona encontramos ayuda importante para obtener un enfoque veraz (no deformado emocionalmente), de la vida del examinado. Interrogaremos los actos explícitos y objetivos (¿qué hace al paciente?, ¿qué dice?, ¿cómo se comporta en situaciones de conflicto?, etc.), y evitaremos las in-

interpretaciones subjetivas de la persona que proporciona los datos.

En el interrogatorio indirecto de un padecimiento psicótico, los datos de las discrepancias tienen frecuentemente un importante valor semiológico. En menor grado, ocurre un fenómeno similar para el paciente neurótico.

En las ocasiones en que no tengamos los datos del interrogatorio indirecto y la actuación del paciente nos lleve a sospechar que los datos obtenidos no son confiables, formularemos la impresión diagnóstica solamente con los datos obtenidos mediante la exploración por medios físicos. En este caso el diagnóstico será siempre provisional y así deberá señalarse explícitamente, en espera de completar los datos tan pronto como sea posible.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIARES

Antecedentes hereditarios.—Habitualmente interrogamos acerca de la presencia (o ausencia), de enfermedades mentales y suicidios en la familia, de retraso mental, de excentricidades, adicciones diversas (alcohol, marihuana, etc.), delincuencia y errores de conducta, de la presentación de enfermedades neurológicas (especialmente de síndromes convulsivos o demenciales), de los rasgos de carácter y consanguinidad, etc.

Al completar este capítulo disponemos de una imagen gruesa de la dotación genética que posee el examinado, de las probabilidades que tiene para tolerar eventos stresantes del ambiente, de los factores hereditarios que determinan pautas de conducta específicas, etc.

Antecedentes familiares.—Nos interesa conocer las características del ambiente en que el examinado se desarrolló en los primeros años de vida, las peculiaridades de los padres, hermanos, personas al cuidado del examinado; el tipo de posición social de la familia, las primeras experiencias del sujeto y la influencia del ambiente para modularlas, la protección —y el descuido—, que tuvo hacia los agentes agresores del medio, el aprendizaje o adoctrinamiento de pautas adaptativas de la familia, etc.

La suma de rasgos de carácter que se repiten en diferentes generaciones a pesar de ambientes diferentes, o la elevada morbilidad del encéfalo ante stress, o la incidencia de enfermedades hereditarias,

etc., nos proporciona una base apropiada para situar al explorado en un ambiente, con el que su constitución genética tendrá que interactuar en el curso del desarrollo. A este respecto, los datos más valiosos sobre la interacción de constitución-ambiente, la proporcionan los estudios de gemelos univitelinos; en ellos suponemos que los factores constitucionales son similares, por lo tanto, sus diferencias son producto del ambiente. En esta forma se ha podido valorar el importante papel que juega la herencia en la esquizofrenia, por ejemplo.⁵

El explorar las constelaciones interpersonales en el hogar en que pasa los primeros años de la vida el examinado, tiene interés más allá de la mera curiosidad del examinador, ya que actualmente no somos capaces de deslindar adecuadamente el grado de patogenicidad ambiental o el grado de predisposición constitucional que un paciente presente para desarrollar una enfermedad. Si logramos precisar factores constitucionales en una conducta, el enfoque terapéutico se orienta diferentemente que en el caso de considerar la conducta secundaria a eventos ambientales. Por ejemplo, es frecuente considerar un problema de conducta secundario a eventos ambientales (falta de afecto en el hogar, etc.). Es igualmente frecuente que el paciente con errores de conducta tenga hermanos cuyo desarrollo ocurrió en el mismo ambiente y bajo las mismas presiones estresantes, sin embargo, sólo el paciente reaccionó ante el medio en una forma inadecuada, por lo tanto, presumimos defectos constitucionales como factores predisponentes.

ANTECEDENTES PERSONALES.

No Patológicos y Patológicos.

La Historia Clínica habitual se registra usando capítulos separados para los antecedentes personales no patológicos y para los personales patológicos. Aun cuando esta medida puede ser llevada a cabo en las historias psiquiátricas, hay ventajas "tácticas" en una especie de fusión entre estos dos capítulos, fusión que usamos llamar *Historia Biográfica*.

Fue Meyer quien señaló, hace más de 50 años, el valor de un registro biográfico para el paciente. La idea que lo animaba era que "cualquier padecimiento mental se construye paulatinamente en el curso de la vida". En la actualidad este concepto no es operante, pero el método persiste siendo muy útil para una comprensión interpersonal cálida, em-

pática, propedéuticamente más científica; veamos algunas de las razones de este proceder:

a) En el estado actual de nuestros conocimientos, no logramos deslindar hasta dónde un dato biográfico es patológico o carece de valor semiológico. Una misma conducta es normal a una edad y a otra deja de serlo (enuresis por ejemplo). Los datos de la conducta humana son el resultado de variables desconocidas en su mayoría, por lo tanto son equívocos y sólo mediante el conocimiento exhaustivo de las circunstancias en que un síntoma ocurre, se puede elaborar una cuantificación semiológica. Este evento es especialmente necesario en las escuelas "de orientación intrapsíquica", ya que es el único mecanismo de control para evitar la fantasía.

b) Cuando un paciente no desea comunicar sus molestias, voluntaria o involuntariamente, la insistencia sólo proporciona encubrimiento elaborado. Al relatar un paciente eventos de su vida que para él son "neutros" se logra buena veracidad y fidelidad del relato. Para el explorador, los datos no son neutros, reflejan la forma de vivir del paciente, exponen a la vista las incongruencias y las deformaciones y, finalmente, el relato es mucho más espontáneo e individual que el mero responder a preguntas rígidamente formuladas.

c) Para elaborar un pronóstico, dependemos esencialmente de la cronicidad de la enfermedad. En nuestra especialidad la correlación entre el diagnóstico y el pronóstico es pobre. Por lo tanto, en la historia biográfica precisamos fielmente la interacción del ambiente y el examinado, detectamos con fidelidad los cambios insidiosos en su conducta, humor, afecto, etc., y logramos obtener una buena correlación pronóstica^{1 2}.

A continuación presentamos una serie de preguntas que formulamos habitualmente en el curso de la elaboración de la historia biográfica; lo dividimos en etapas de "edad", debido a que hay predominio de ciertos síntomas en cada época de la vida. Por otra parte, las preguntas para cada enfermo son muy individuales, no se limitan a las presentadas aquí, y deben ser ampliadas y manejadas para cada caso en especial.

a) Datos relativos a la Gestación y al Nacimiento.

Interrogamos acerca de los problemas que se hayan presentado durante la gestación, especialmente sobre problemas virales en la madre, traumatis-

mos abdominales, hemorragias, etc. Sobre el nacimiento interrogamos la edad del producto, las distocias, la anoxia neonatal, cualquier tipo de complicación perinatal de la relación madre-hijo. (v.gr.: la sensibilidad al factor Rh). Conocemos la serie de eventos que se encadenan largo tiempo atrás del parto y que más tarde culminan con daño cerebral hipóxico subcortical y basal³, así como la consecuencia (menos severa habitualmente) de un daño agudo perinatal anóxico.¹⁴

b) Datos relativos a los primeros años de la vida.

En forma especial, nos interesa conocer las enfermedades perinatales de curso severo, especialmente aquellas que alteran el ciclo sueño-vigilia o que producen cambios prolongados en la conducta del niño. Interrogamos con detenimiento sobre el desarrollo psicobiológico (sostener la cabeza, edad de aparición de la dentición, edad en que adopta postura sedente, primeros pasos, vocablos, edad en que inicia las respuestas conductuales afectivas, etc.), y hábitos peculiares.

Las enfermedades perinatales de curso severo, por la corta edad, tienden a producir desmielinización y secuelas tardías variadas. El desarrollo psicobiológico es valioso auxiliar para cuantificar con aproximación la "calidad" constitucional con la que el sujeto esté dotado. Los eventos stresantes ambientales de índole emocional, no deberán ser considerados relevantes sino hasta pasados los 6 primeros meses de vida extra-uterina.⁶

c) Datos relativos a la infancia.

Interrogamos sobre las formas características de su conducta, comparamos al examinado con las normas existentes en su ambiente, sobre la capacidad de adaptabilidad y las formas (timidez, agresividad, etc.), sobre el retraso o la precocidad de las funciones mentales (lectura, orientación, culpa, etc.), la aparición de síntomas propios de estas edades (inquietud motora, crueldad, destructividad, ansiedad y tensión, crisis temperamentales, terrores nocturnos, etc.), enfermedades diversas padecidas incluyendo su severidad y sus complicaciones. En esta edad, los factores constitucionales ya han sido muy modificados por eventos ambientales y principian a esbozarse las características de la conducta que el sujeto seguirá durante su vida.

d) Datos relativos a la etapa escolar.

Interrogamos sobre el desempeño en la misma (éxito o fracaso), sobre la adaptabilidad anormal o la inquietud exagerada, sobre las expulsiones o castigos y sus causas, sobre la capacidad de aprendizaje, sobre los años de escolaridad, sobre la adaptabilidad que requieren los cambios sociales de esta edad, las relaciones con compañeros, las fantasías y experiencias, la estabilidad en el rendimiento, los años gastados en la escuela, las razones para el abandono de la escuela, etc.

e) Datos relativos a la adolescencia.

Interrogamos lo que se refiere a las manifestaciones adaptativas peculiares a la edad (aliño, ocupaciones, relaciones con el sexo opuesto, etc.), formas de relación interpersonal, mecanismos de autoafirmación, relaciones con las figuras de autoridad, con el sexo opuesto, dificultades en la relación con el núcleo familiar, o en la escuela o en el trabajo. Iniciación de errores de conducta o toxicomanías, etc.

f) Datos relativos a la etapa laboral.

Interrogamos datos sobre la fecha de iniciación de estas actividades, la duración en los trabajos, problemas en la eficiencia o en las relaciones interpersonales, actitudes y satisfacción ante las labores desempeñadas, proyectos para mejorar la eficiencia; sobre las causas del desempleo, el tiempo pasado sin laborar y las opiniones y actitudes ante estas circunstancias, etc.

Los datos obtenidos en esta área, son extraordinariamente ricos en valor semiológico; en buena parte se debe a la escasa deformación que el paciente involucra al relatar eventos que considera ajenos a sus síntomas. En los pacientes cuyos síntomas radican fundamentalmente en errores de conducta, es notoria la ayuda que proporcionan estos datos para formarse una adecuada noción de la verdadera forma de vivir del paciente. Este hecho se lleva a la práctica diaria en forma empírica, por las organizaciones comerciales, las cuales, para la selección de su personal, detallan la historia ocupacional pasada y de ahí infieren la conducta futura probable.

g) Datos relativos a la actividad psicosexual.

Interrogamos acerca de la edad de aparición de las primeras manifestaciones en la maduración sexual, la calidad y características de las primeras in-

formaciones sobre el tema, la forma de solucionar las necesidades premaritales, la forma de relación con el sexo opuesto y con el mismo sexo, las alteraciones emocionales cíclicas en la mujer, la efectividad y madurez de las relaciones sexuales, errores de conducta en esta área, capacidad de adaptabilidad en la relación matrimonial, etc.

En nuestra cultura, las manifestaciones neuróticas corren paralelas frecuentemente a problemas de desajuste sexual aun cuando carezcan de una relación de causa-efecto y sólo se encuentren relacionadas positivamente. Por otra parte, el funcionamiento social se expresa en forma condensada durante la relación heterosexual por lo que esta área es importante para juzgar sobre los mecanismos de adaptabilidad del examinado ante otra persona.

h) Datos relativos a la edad adulta y a la senilidad.

En los párrafos anteriores hemos bosquejado las preguntas que permiten tener una imagen biográfica de un paciente; en algunos casos requeriremos de información accesoria, como en el caso de la "senectud" que a menudo forma parte importante del llamado "padecimiento actual".

Insistimos, son sólo los hechos relevantes los que registramos en la historia clínica, enfocando el interrogatorio hacia los problemas y actividades propias de la edad que presente nuestro examinado. Debemos precisar especialmente, las formas de adaptabilidad y conducta, precisar los patrones característicos de la conducta del examinado (timidez, agresividad, dependencia, etc.), en su familia, en su grupo social, en su trabajo; debemos interrogar sobre su estado de humor habitual o sobre su inestabilidad para mantener un humor, sobre su actividad profesional, sobre su productividad, etc.

Finalmente, interrogamos sobre enfermedades somáticas padecidas, su evolución, sus secuelas, sus tratamientos. Por ejemplo, encontramos en los procesos depresivos, que el índice de intervenciones quirúrgicas se encuentra significativamente elevado comparado con sujetos no deprimidos. En estos casos, la motivación básica de la frecuencia de intervenciones quirúrgicas es de índole depresiva. La interacción entre las funciones "mentales" y el resto de funciones somáticas es tan íntima, que descuidar una de ellas siempre redundará en perjuicio de la otra.

ESTADO ACTUAL.—INTERROGATORIO DEL
PADECIMIENTO ACTUAL

En este inciso registramos la descripción del padecimiento que llevó al paciente a consulta, además de los datos relativos a las funciones mentales totales en su estado actual, todo ello bajo el relato del paciente.

El método exploratorio utilizado, es el del interrogatorio. Para lograr eficiencia en el mismo, debe existir una buena comunicación médico-paciente y más que un formulario de preguntas, debe comunicar el médico el interés profesional en conocer los problemas de su examinado con miras a una terapéutica racional. El oír cuidadosamente al paciente, el entender lo que quiere decir y el contestar apropiadamente, se consideran actitudes ideales en la entrevista, no importando escuelas teóricas de psicopatología.⁸ Todo ello en una atmósfera de cordialidad, sin juicios sobre bueno-malo y con mutuo interés en comunicarse. Por estas razones, es siempre más simple la entrevista con un paciente psicótico que con un paciente neurótico.

Se ha enfatizado persistentemente, que en psiquiatría la entrevista diagnóstica debe superponerse a la entrevista psicoterapéutica. Esta superposición solamente será posible si se aceptan las teorías dinámicas-intrapsíquicas de psicopatología, por lo tanto, en busca de un enfoque alejado de una ortodoxia ideológica, no es adecuado propedéuticamente recoger los datos con prejuicios teóricos sobre la etiología. En estas condiciones, de llevarse a cabo la superposición, será efectuada sin detrimento de la recopilación descriptiva de la conducta del examinado, y a expensas de la experiencia personal del examinador para imbricar ambos procesos sin detrimento de alguno de ellos, en el caso que haya indicación precisa.

De manera que la entrevista no tenga implicaciones psiconóxicas, debemos siempre expresar el más profundo respeto por la persona del examinado, para sus miedos y fantasías, aun para sus deformaciones delirantes en el pensamiento. La tolerancia en la entrevista debe tener una base de rigidez firmemente orientada a obtener material semiológico, sin permitir "charla irrelevante" que desvíe la directriz de una entrevista adecuada.^{7, 8 y 9.}

a) Padecimiento actual.⁹

La primera pregunta estará dirigida a conocer el motivo por el que el examinado se presenta a con-

sulta. ¿Cuál es la razón que lo trae a la consulta?... o al hospital... etc. En el caso que el paciente sea llevado a la consulta en contra de su consentimiento, y sea ostensible la situación, es correcto iniciar la entrevista directamente: ¿Cuáles son sus molestias?... o... ¿Cuál es la razón por la que sus familiares solicitaron la consulta?

Esta pregunta lleva implícita la necesidad de conocer indirectamente algunas de las manifestaciones de la enfermedad del paciente. A menudo la fuente de información son los familiares o el expediente del hospital. Si el paciente niega toda clase de molestias, el paso siguiente es obtener los datos relevantes de su actuación inadecuada y una vez obtenidos, confrontar al paciente con sus actos y sus negativas. El objetivo no es convencer o discutir con el paciente, sino buscar respuestas —verbales y no verbales— que a menudo tienen elevado valor semiológico.

La siguiente pregunta se refiere a la duración del padecimiento ¿desde qué fecha principió a experimentar las molestias que me relata?... o... ¿Desde cuándo está usted enfermo?

A continuación el interrogatorio se enfoca en las características y evolución de cada una de las molestias que el paciente refiera o que el médico detecte en interrogatorio intencionado. Preferimos siempre tomar el síntoma más *unívoco* como base para la semiología⁹ y alrededor de él organizamos las diferentes manifestaciones de la enfermedad. En cada uno de los síntomas precisaremos las circunstancias de aparición, los fenómenos desencadenantes, la opinión del examinado sobre los fenómenos desencadenantes o predisponentes, los fenómenos que se asociaron a la iniciación del síntoma, la evolución espontánea del síntoma, la evolución bajo tratamiento, las fluctuaciones o la estabilidad hasta el momento actual, los eventos que contribuyen a modificar la intensidad del síntoma, la forma actual en que se manifiesta el síntoma, las consecuencias de éste en relación a otras áreas del funcionamiento mental y somático.

El médico debe mantener un juicio reservado sobre lo que opina del paciente, debe abstenerse de dar interpretaciones prematuras y en sus respuestas debe existir siempre una reafirmación sobre la posibilidad de intervenir activamente en el curso natural de la enfermedad (nunca una promesa de cura).¹⁰ Whitehorn recomienda⁷ dar respuestas veraces, espontáneas, pero sin herir la susceptibilidad del paciente, v. gr.: Paciente: De manera Dr. que Ud.

me considera loco... —Dr. Lo que yo considero es que cualquier persona, como consecuencia de los problemas cotidianos, sufre cambios en sus procesos mentales y éstos, sostenidos por largo tiempo, son capaces de producirle molestias similares a las que padece Ud. Wolberg¹⁵ recomienda ante un paciente que insiste mucho en las posibilidades de mejorarse, la siguiente respuesta: Tenemos a nuestro alcance las oportunidades que Ud. necesita para mejorar, vamos a trabajar en ellas, los resultados serán proporcionales al grado de cooperación que Ud. brinde. (traducción libre).

Al finalizar el registro del padecimiento actual, disponemos de un relato ordenado cronológicamente y sistematizado de acuerdo a una cuantificación semiológica efectuada, en el que incluimos datos de interrogatorio intencionado sobre hechos considerados anormales o normales por el examinado. En caso necesario, incluimos los datos obtenidos por interrogatorio indirecto.

Como regla, al calificar una conducta (agresividad por ejemplo), debemos registrar ejemplos que proporcionen a cualquier médico que lea el expediente, la información básica en que se apoya el juicio emitido. Los mejores ejemplos los da el paciente mediante sus palabras, por lo que es conveniente registrarlas lo más fielmente posible. La calidad del registro clínico es proporcional a la calidad descriptiva; un registro puramente interpretativo es deficiente y poco útil, excepto para el médico que lo elabora, por lo tanto, no es apropiado para la medicina en equipo como la hospitalaria.

b) Interrogatorio sobre el estado actual de las funciones adaptativas.

Las preguntas por contestar en este capítulo, son preguntas que se formulan en la mente del examinador; no deben ser expuestas directamente al paciente por el elevado índice de deformación emocional que llevan implícita. En su mayoría, estas preguntas tienden a detallar los eventos y circunstancias que rodean a una conducta determinada. Habitualmente son usadas para dar más tarde, una inferencia de los mecanismos intrapsíquicos, por ejemplo, las inferencias de las escuelas Psicoanalíticas. Debemos tomar en cuenta que "entender dinámicamente" una conducta no es igual a "conocer la causa" de la misma, de ahí que el enfoque dinámico, si bien mejora la relación interpersonal y tiene implicaciones terapéuticas, no es sustituto o excluyente de otros

enfoques para entender las enfermedades mentales, como los biológicos o los conductistas, etc.¹⁶

Es de utilidad para ayudar al paciente en esta etapa del interrogatorio, que se estimule la expresión espontánea de sus "opiniones y actitudes" sobre la familia, vecinos, instituciones sociales, clubes, el Estado, las sociedades secretas, las guerras, etc.⁷

En la discusión de estas materias, el paciente revela con claridad la directriz de su pensamiento y sus motivaciones más profundas, las cualidades de sus afectos y las discrepancias entre la percepción de la realidad y la norma aceptada en su ambiente.

En el paciente psicótico, esta exploración puede efectuarse solamente en el momento en que haya una remisión de la psicosis, en el momento en que el contacto con la realidad es eficiente y hay la necesidad de adaptarse al medio y a sus restricciones. Pero en el paciente neurótico esta exploración tiene elevadas implicaciones para el diagnóstico, pronóstico y la terapéutica. Inclusive, la estrategia terapéutica puede orientarse más por los datos positivos detectados en esta área en el caso que no haya posibilidad de quitar los síntomas de la enfermedad (homosexualidad, v.gr.). En los pacientes con errores de conducta, por ejemplo, la llamada personalidad psicopática, lo que podemos llamar "padecimiento actual" involucra la totalidad de las funciones adaptativas, por lo tanto, no es posible limitarla a un área determinada ni a síntomas precisos. En estos casos, el padecimiento se remonta casi al inicio de la vida del paciente y el estado actual comprende globalmente toda la "personalidad".

ESQUEMA PARA LA EXPLORACIÓN DE LAS FUNCIONES ADAPTATIVAS

Nos interesa conocer la forma en que el examinado ha respondido ante los sucesos de su vida, sus conflictos internos, sus mecanismos para amoldarse a las exigencias del ambiente y la manera en que adapta el medio a sus necesidades. Los datos por recoger corresponden a la resultante de la interacción entre lo "constitucional" y el producto del "aprendizaje". A manera de explicación, consideramos que no es adecuado propedéuticamente insistir en ordenar los síntomas de un paciente de acuerdo a una teoría de psicopatología determinada, se debe proporcionar solamente una descripción fiel de los eventos relevantes de la vida del paciente, sin inferencias o interpretaciones, ya que éstas se

llevan a cabo en un proceso posterior de "formulación de hipótesis", que en nuestro medio a menudo tienen el enfoque intrapsíquico-dinámico.

A continuación presentamos un bosquejo de los temas que deben tratar el examinador con el paciente. No se trata de síntomas específicos sino de "maneras de vivir". Debemos tomar en cuenta que los síntomas de alguna de las enfermedades mentales siempre se hacen evidentes en todas las actividades de la vida obstaculizándolas en mayor o en menor grado.

a) *Sobre las Funciones cognitivas:*

- 1) Capacidad para evaluar la realidad (Juicio).
- 2) Mecanismos homeostáticos para relacionarse en el medio (p. ej.: huida sistemática de áreas de conflicto, o mecanismos de infantilización, etc.).
- 3) Normas Éticas que acepte o haya aprendido.
- 4) Funciones de síntesis (capacidad).
- 5) Aprovechamiento de las actividades para la economía.
- 6) Correlación entre aspiraciones y potencialidades.

b) *Sobre las funciones afectivas:*

- a) Humor y estados de ánimo habituales.
- b) Mecanismos de autoafirmación (actividades gratificantes).
- c) Actividades (y capacidades) para dar y recibir afecto.
- d) Cualidades de las relaciones interpersonales (incluyendo las heterosexuales).
- e) Nivel de madurez emocional (cuantificación de las deformaciones catatímicas de la realidad).

c) *Sobre las funciones conativas:*

- a) Estabilidad del impulso a la acción (o sus fluctuaciones).
- b) Cuantificación (promedio) del impulso a la acción.
- c) Capacidad para el control de impulsos.
- d) Actividades y conductas peculiares. (Descripción).

Consideraciones sobre la técnica exploratoria de las funciones de la adaptabilidad.

En el interrogatorio de las enfermedades mentales tratamos de evitar la formulación de preguntas rígidas, que por impersonales impiden la comunicación y son estériles para la expresión de la individualidad del examinado. Al permitirle que relate espontáneamente su vivencias captamos con fidelidad las facetas de su personalidad y evitamos al máximo la sugestibilidad.

En la exploración de las funciones cognitivas logramos cuantificar las potencialidades del paciente para la mejoría o para la adaptabilidad, ya sea que se logren o no, suprimir los síntomas. Nos interesan las formas habituales que el paciente usa para aliviar sus conflictos y ansiedades, las detectamos de su relato en el caso que el examinado no tenga conciencia de las mismas. Las pautas adaptativas establecidas mucho tiempo atrás, por lo general son muy resistentes al tratamiento, por lo que debemos valorar que, a pesar del mismo, siempre persisten en algún grado y son renovables proporcionalmente a la reinstalación de los conflictos precipitantes o a las deficiencias del tratamiento.

El nivel de satisfacción que experimente un sujeto en sus actividades, está esencialmente condicionado a su madurez emocional; la insatisfacción corre paralela a la intensidad del desajuste (ansiedad sintomática), por lo tanto, la capacidad de percibir la realidad sin deformaciones emocionales aparece tardíamente y en proporción directa al grado de madurez, refleja el manejo de la afectividad a un nivel voluntario y susceptible de ser aprovechado para la economía. En otras palabras, la capacidad de una persona para conceptuar en forma realista las motivaciones de la conducta y las reacciones emocionales, trae como consecuencia mejores posibilidades de adaptación social. La presencia de mecanismos adaptativos no implica necesariamente disminución del nivel de madurez sino por el contrario, menor desgaste para el individuo hasta el momento en que las respuestas sean desproporcionadas para los estímulos desencadenantes. ¿Cuál es la capacidad del examinado para vivir en forma autónoma?, ¿El juicio y crítica que hace de su persona, es adecuado para su realidad?

Sobre la afectividad, averiguamos las motivaciones de la conducta del paciente (en la medida de nuestras posibilidades) que frecuentemente carecen de conceptualización precisa en él. Interrogamos so-

bre el afecto o estado de humor que predomina, sobre las perspectivas en que enmarca su vida, la satisfacción del curso de la misma o las constantes quejas. ¿Será capaz de disfrutar de experiencias placenteras? ¿Es capaz de dar afecto espontáneamente aun a costa de limitaciones racionales de gratificaciones egoístas? ¿Cuál es el comportamiento para manifestar afectividad? Cuando reciben afecto de otras personas, ¿cuál es su actitud? ¿Lo siente como consecuencia natural de su presencia o se siente "poco digno" de merecerlo? ¿Predomina la cordialidad en sus relaciones interpersonales?, ¿hay en estas relaciones, tendencia a la sumisión o al liderazgo? ¿Hay conflictos en las actividades sociales, como los de autoridad? Los datos recogidos en esta área se encuentran reportados en la literatura¹⁷ como significativos para normar la estrategia terapéutica y como fuentes primordiales para promover modificaciones constructivas durante la psicoterapia.

Valoramos finalmente las relaciones existentes entre la actividad manifiesta (conducta) y las vivencias subjetivas. Normalmente, la conducta es la resultante motora de las funciones cognitivas y afectivas de la vida mental y la disociación entre las últimas y la primera representan perturbaciones serias del equilibrio mental.

La conducta, por otra parte, es la expresión más cuantificable para valorar las modificaciones positivas o negativas del paciente, además, carece de las deficiencias que plantea la dependencia de la comunicación, de los problemas de la deformación emocional voluntaria o involuntaria. Por ello, es la porción más objetiva y que permite el mejor enfoque científico para la investigación.

En el interrogatorio, debemos investigar cuáles son los eventos ambientales que de alguna manera facilitan o mantienen los síntomas y debemos encontrar soluciones racionales para alejar al paciente de estas circunstancias como un requisito indispensable para el manejo terapéutico¹⁰.

Finalmente, debe efectuarse el interrogatorio completo por "aparatos y sistemas" en la forma tradicional y con la misma meticulosidad con la que se recogieron datos del padecimiento actual.

LA EXPLORACIÓN POR MEDIOS FÍSICOS

Debe llevarse a cabo en forma completa, comprende la exploración de las funciones del encéfalo, tanto mentales como neurológicas, y la exploración sistemática del resto del organismo.

EXPLORACIÓN MENTAL

En las etapas anteriores dependemos del interrogatorio para investigar los datos de interés, consecuentemente, del deseo del paciente para comunicar sus molestias. Estas circunstancias son comunes a todos los fenómenos subjetivos, pero mediante la exploración física logramos recopilar datos objetivos y cuantificables. Frecuentemente utilizamos la vista y el oído y ocasionalmente el resto de los sentidos; efectuamos maniobras "condicionadas por el interrogatorio" en donde nos interesa conocer el mecanismo subyacente a la respuesta que da el paciente, no la respuesta en sí misma. Este tipo de procesos es similar a los usados en la exploración Neurológica, en donde, por ejemplo, para explorar afasias interrogamos al sujeto y más que su respuesta explícita al problema, registramos la capacidad que tiene para entender y expresar el significado simbólico de los sonidos en forma de lenguaje. En nuestra especialidad hay maniobras similares en la exploración de las funciones de memoria, conciencia, atención, etc.

Propedéuticamente, la exploración mental requiere de la observación de las siguientes normas por parte del explorador⁹:

- a) *El conocimiento de las manifestaciones de enfermedad mental.*
- b) *El conocimiento de las maniobras necesarias para hacer manifiestas las primeras.*
- c) *El que los datos recogidos sean de tal modo ostensibles, que pueden ser percibidos por cualquiera que esté sensorialmente capacitado para ello.*

ESQUEMA PARA LA EXPLORACIÓN POR MEDIOS FÍSICOS DE LAS FUNCIONES MENTALES.—EXPLORACIÓN MENTAL

Dividimos la exploración mental en tres grupos de datos por registrar. Datos sobre la apariencia general, porte y actitudes¹⁸, sobre las funciones cognitivas y sobre las funciones afectivas. La división de estas áreas es de utilidad pragmática y ha sido llevada a cabo tradicionalmente, sin embargo, las funciones mentales explorables no son fragmentarias o susceptibles de ser separadas, lo hacemos con miras a una sistematización cómoda simplemente.

a.—*Apariencia general, porte y actitudes.*

Describiremos fielmente los siguientes hechos, ejemplificando constantemente los datos reportados: *sexo, edad aparente, biotipo, constitución, conformación, manifestaciones aparentes de lesión neurológica* o su ausencia, el estado de *higiene, el aliño* (desaliñado o falta de propiedad del aliño que va desde la extravagancia del maníaco a la exageración del paranoide. *La expresión facial* (detallar la al máximo, exponer claramente la emoción que refleje)¹⁹, *facies características, actitud hacia la entrevista, hacia el entrevistador, actividad motora general* (aumentada, disminuida, signos tensionales, desinhibición placentera, etc): *cooperatividad, negativismo, impulsividad, perseverancia y sugestibilidad, estereotipias, agresividad, inhibiciones, manipulación ambiental y otros actos peculiares* al examinado.

Finalmente, daremos una descripción del *discurso del paciente*, con ejemplos lo más fieles posibles, con las palabras que haya usado éste. Es conveniente dar ejemplos diversos representativos de la manera de hablar. Describimos además sobre su inteligibilidad, su organización, coherencia, congruencia, velocidad (lentitud o aceleración), la calidad del contenido, las perifrasis y circunloquios, ecolalia, disartrias, etc.

b.—*Funciones mentales cognoscitivas:*

Exploraremos las siguientes áreas: *El estado actual de las percepciones sensoriales* (disminución, aumento, percepciones alucinatorias, etc., reflejadas en los actos del paciente y en su conducta apropiada o inapropiada). *El nivel de conciencia* (que puede fluctuar desde la vigilia en alerta del paranoide, a la obnubilación de los estados confusionales o la abolición como en los estados de coma). *El estado de la Memoria*, tanto la memoria de hechos recientes o de consolidación como a la memoria para hechos antiguos o de almacenamiento; en el primer caso detectamos lagunas amnésicas mientras que en el segundo alteraciones globales. *La Atención*, en el sentido de la capacidad para sostenerla en tiempo (lapsos de atención cortos o largos, tendencia a la distractibilidad del maníaco o incapacidad para sostener lapsos prolongados de atención en el niño con Daño Cerebral Mínimo (vgr.:). *La Concentración*, como capacidad de usar sinérgicamente diferentes funciones mentales voluntariamente²⁰. *El nivel de Inteligencia*, conceptualizado como la resultan-

te de las capacidades mentales utilizadas para la adaptabilidad (o la adaptación rápida ante situaciones de cambio brusco)²¹, por lo tanto, dar una cuantificación gruesa. *El Razonamiento*, conceptualizado como la capacidad para profundizar en el entendimiento de los eventos del medio. *El Juicio*, en lo que se refiere a las actitudes espontáneas en relación a su enfermedad (v.gr. acude espontáneamente a consulta), a su persona y a su status, a la capacidad de crítica de sus actos, o la desinhibición placentera y eufórica o el cinismo. Algunos autores reportan la *Orientación*, en tiempo, lugar y espacio.

Finalmente, exploramos el *Pensamiento* en su curso y en su contenido. El contenido puede ser pobre o rico, que espontáneamente manifiesta o expresa durante la entrevista y mediante sus actos, que puede tener contenidos anormales como obsesiones o ideas depresivas, o francamente delirantes. En este último caso encontramos diferentes tipos como las ideas delirantes de grandeza, persecución, referencia, influencia, místico-religiosas, nihilistas, etc. Nos interesa saber si estamos ante delirios de los llamados primarios por Bleuler (que son aquellos no secundarios a eventos alucinatorios) o bien de los del tipo secundario. (Una forma peculiar de delirio, es la llamada por Gruhle vivencia delirante). En las enfermedades esquizofrénicas aparecen vivencias peculiares, no empatizables, inapropiadas, que describimos como de "desrealización" o "despersonalización", etc. En el curso del pensamiento encontramos lentitud o aceleración, repetición perseverante, o disociación con el resto de funciones mentales (por ejemplo, la disociación ideoafectiva del esquizofrénico).

c.—*Funciones mentales afectivas.*

Comprenden, en primer lugar, las manifestaciones objetivas de reactividad emocional ante las relaciones interpersonales. Describiremos si hay cordialidad o indiferencia ante una actitud afectuosa de una tercera persona. ¿Hay manifestaciones emocionales ante el recuerdo o presencia de familiares o "seres queridos", o sólo hay afectividad hacia muy seleccionadas personas y la expresión es mediante extrema cautela, o predomina la total indiferencia afectiva? ¿Demuestra el sujeto capacidad (aun en ausencia del uso de estas capacidades) para responder con actitudes empatizables emocionalmente?

En segundo lugar, exploramos las emociones del

paciente. emociones que pueden ser variadas. melancolía, elación, éxtasis, irritabilidad, hostilidad, desesperanza, etc., y que pueden estar concordantes o no con el contenido del pensamiento. La forma más frecuente en que exploramos esta reactividad emocional y el humor, es mediante la interpretación de la expresión facial del examinado durante los eventos que suceden en la entrevista diagnóstica.

EXPLORACIÓN MENTAL DEL PACIENTE QUE NO COOPERA¹¹

Es frecuente encontrar a sujetos que no cooperan con las maniobras exploratorias, voluntaria o involuntariamente, por lo que el interrogatorio está severamente impedido (a menos que se lleve a cabo el interrogatorio indirecto). En estos casos, dependemos de la calidad de la exploración por medios físicos, que podemos llevar a cabo a pesar de la oposición del examinado y que es objetiva y cuantificable. En estos casos, usamos con más frecuencia las comunicaciones no verbales que siempre inducen respuestas del mismo tipo en el paciente. Consideramos que la expresión de emociones mediante áreas de musculatura somática se encuentra fuera del control voluntario y tiene pautas motoras innatas, por lo tanto, entendibles universalmente¹⁹.

Describiremos detalladamente la situación en que encontramos al paciente, la forma de acudir a la entrevista, (traído a la fuerza, irritado, sumiso, amedrentado, etc.), el estado de aliño e higiene, la expresión facial, la cualidad de su resistencia (causas aparentes) para cooperar, la actividad motora espontánea y la provocada por los estímulos ambientales (como por ejemplo: sitios de interés en la mirada), actos motores peculiares como estereotipias, perseverancia, etc. Daremos una imagen gruesa acerca del estado de conciencia y reactividad (falta de respuesta voluntaria o involuntaria p. ej., así como de la conservación de pautas motoras complejas que el paciente realiza espontáneamente (fumar por ejemplo) y que indican el tipo de aprendizaje que haya logrado o que conserve.

Buscaremos provocar intencionadamente reacciones emocionales mediante actos o frases (por ejemplo: actitud afectuosa o de rechazo, o temas de contenido ansioso, etc.) y registraremos cuidadosamente las respuestas motoras, especialmente las reacciones musculares (tensionales) así como las modificaciones de la expresión facial. Registraremos los

actos espontáneos que el paciente lleve a cabo después de largo rato de haber sido abandonado a su albedrío o después de estimularlo persistentemente así como los que ocurran en respuesta a acciones ambientales (aplicación de medicamentos inyectables, por ejemplo).

EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA

La exploración neurológica completa se debe llevar a cabo en todo examen psiquiátrico, ya que tanto los síntomas mentales como los neurológicos, son producto de alteración en las funciones o en la morfología del encéfalo. Para el diagnóstico, debe el clínico tener una idea del estado actual de integridad anatómica y funcional del sistema nervioso central. No hay, en sentido estricto, signos de enfermedad neurológica que correspondan a una determinada enfermedad mental. En algunos casos, los síntomas neurológicos y psiquiátricos corren paralelos y sus relaciones son evidentes (PGP) pero este tipo de correlaciones no pueden llevarse a cabo en la mayoría de las enfermedades mentales. Se acepta, por ejemplo, que el daño cerebral es un prerrequisito para el desencadenamiento de una Psicosis, pero se desconocen los factores precisos que determinan su ausencia o presencia²².

En buena clínica, la presencia de varios síntomas en diferentes aparatos, inclina, si no se demuestra lo contrario, a considerar una causa común. En lo que se refiere a psiquiatría y neurología, frecuentemente sólo podemos establecer la presencia de anomalías que se presentan simultáneamente, que correlacionan entre sí, pero sin poder entender la relación fisiopatológica entre ellas. Una utilidad inmediata de la exploración neurológica en los enfermos mentales, consiste en la posibilidad de descubrir un agente etiológico erradicable (por ejemplo: hematoma subdural y demenciación incipiente) Aunado a los restantes datos de la historia, llegamos con rapidez a establecer la terapéutica apropiada antes que haya daño irreversible.

La descripción detallada de la técnica exploratoria en neurología, queda fuera de las limitaciones de este trabajo y se deben consultar los textos de la especialidad.

RESTO DE LA EXPLORACIÓN POR MEDIOS FÍSICOS

Hay necesidad de estudiar al paciente como unidad; la división mente-cuerpo es inadecuada y actualmente no se considera operante. La intrincada

relación entre el sistema nervioso central y el resto de los aparatos y sistemas es muy evidente en las enfermedades psicosomáticas o en las alteraciones sensorio-motoras del "histérico" o a la inversa, como ocurre con las alteraciones mentales secundarias al hipertiroidismo. Es frecuente que enfermedades físicas diversas presenten en su iniciación alteraciones psicológicas, como el carcinoma de cabeza de páncreas; por ello, la completa exploración del paciente correlaciona directamente con la adecuada estrategia terapéutica.

EXÁMENES ESPECIALIZADOS, LABORATORIO, GABINETE Y PRUEBAS PSICOLÓGICAS

El laboratorio y gabinete especializados, auxilian al clínico en la detección de agentes agresores para el encéfalo cuando éstos son de índole físico; aún carecemos de cuantificación objetiva, precisa que nos permita manejarla como base para el diagnóstico de las enfermedades mentales. La mejor ayuda que proporciona nos permite relacionar fenómenos concomitantes pero sin relación causa efecto, por lo tanto, la utilidad pragmática es limitada. Para fines de investigación, por el contrario, permiten y estimulan hallazgos de considerable valor, que, a pesar que aún no sean aprovechables para la rutina hospitalaria facilitan proyectos para entender científicamente las enfermedades mentales en un futuro no muy lejano.

Se acostumbra solicitar el líquido cefalorraquídeo, el electroencefalograma, las radiografías de Cráneo incluyendo el neumocencefalograma, el ecoencefalograma y diferentes cuantificaciones plasmáticas de metabolitos o sustancias administradas.

En el líquido cefalorraquídeo buscamos las alteraciones que reflejan irritación meníngea. Buscamos la aparición de elementos extraños como las espiroquetas en la neurolúes. Recientemente se han descrito alteraciones enzimáticas (transaminasas y deshidrogenasa láctica) como indicadores de daño celular neuronal.

En el EEG buscamos esencialmente áreas lesionadas, con elementos paroxísticos o sin ellos. No hay semiología precisa entre un tipo de trazo del EEG y un diagnóstico determinado. Recientemente, mediante análisis del EEG con cuantificación electrónica, se han descrito trazos específicos para diferentes estados mentales²³ pero aún se encuentran fuera de la rutina hospitalaria en nuestro país.

Las radiografías de cráneo, especialmente las

que tienen medio de contraste (aire o material radio-opaco intra-arterial) nos auxilian para confirmar alguna área de daño cerebral que hayamos sospechado por la exploración clínica. Las calcificaciones, endostosis, erosiones intracraneales, la hipertensión intracraneana, etc., son diagnosticables cómodamente en este método exploratorio.

El Econencefalograma recientemente introducido, permite averiguar el desplazamiento de la línea media (interhemisférica). Se solicita en sospechas de tumores de un hemisferio por ejemplo. Es un método inocuo, cómodo para el paciente y posiblemente de mayores posibilidades que las señaladas.

Las cuantificaciones plasmáticas de metabolitos o sustancias diversas, se llevan a cabo esencialmente como partes de proyectos de investigación. Por ejemplo, los 17-OH urinarios en pacientes con riesgos de suicidio se elevan. Son solicitados específicamente para el proyecto que se estudie y no se encuentran estandarizados actualmente.

Los exámenes psicológicos (tests) tienen para el clínico dos utilidades fundamentales. La primera, es la de presentarle "cuantificaciones" de los datos que él solicite. Las cuantificaciones son impersonales y teóricamente objetivas, pueden llevarse a cabo para casi cualquier área de las funciones mentales, y permiten una valoración susceptible de ser comparada y tabulada estadísticamente.

Una segunda utilidad es la de permitir confirmar al clínico, mediante un proceso ciego (el test), la hipótesis de eventos sucedidos en el sujeto examinado. A menudo la interpretación se lleva a cabo en términos de escuelas intrapsíquicas-dinámicas. Su uso forma parte de la estrategia terapéutica si lleva estas metas.

Finalmente, las llamadas por Birch¹² "pruebas de desarrollo intersensorial", deberían formar parte de la exploración clínica habitual para el dañado cerebral. Por lo reciente de su introducción, las colocamos como pruebas especializadas, permiten conocer la evolución del desarrollo y comunicación córtico-cortical. La técnica se encuentra descrita ampliamente en otro trabajo²⁴

No es adecuado elaborar un diagnóstico apoyado solamente en los datos que proporciona el laboratorio (en la especialidad es frecuente la negligencia de substituir el diagnóstico médico por los datos que proporcionan los "tests" psicológicos). En buena clínica el diagnóstico se elabora, al menos como posibilidad, como resultante del proceso de exploración clínica.

DIAGNÓSTICO

Elaborar un diagnóstico implica la culminación de las maniobras exploratorias, el haber llegado a la primera etapa de la estrategia terapéutica y es, finalmente, el medio adecuado para registrar datos condensadamente, propios para estadísticas y comunicación científica.

Las ventajas mencionadas, topan con algunas desventajas. Sabemos que formular un diagnóstico es condensar en unas palabras los sufrimientos de un ser humano; aceptamos que "no hay enfermedades sino enfermos", por lo tanto, la preocupación exagerada en la clasificación diagnóstica lleva al "vicio" de preocuparnos más de la enfermedad, que del enfermo. Otra desventaja más, la constituye lo estático de la formulación diagnóstica. Veamos como ejemplo, el siguiente relato: Un paciente acude a un servicio de Cirugía reconstructiva por haber sufrido una amputación traumática del pulgar. "Diagnóstico de entrada: Amputación traumática del pulgar de la mano derecha". Como la estrategia terapéutica indicará traspantar un dedo (índice) de la misma mano al estado funcional más próximo del pulgar perdido, se lleva a cabo la intervención con éxito. "Diagnóstico de externación: Amputación quirúrgica de Índice". Nada más alejado de la realidad que esta denominación, pero, paradójicamente, nada más exacto que ella.

Para evitar este error, aconsejamos anteceder al diagnóstico, un párrafo de "Consideraciones". En ellas, expresamos ordenadamente cuál es el proceso mental mediante el cual llegamos a la conclusión que señalaremos en el diagnóstico. Explicaremos los síntomas que consideramos importantes, el orden jerárquico de los mismos, las bases que tenemos para apoyar los síndromes y finalmente todas las posibilidades diagnósticas probables que encajen en los síntomas del paciente. Podemos señalar en éste párrafo la norma de conducta a seguir en virtud de la opinión diagnóstica obtenida. Un buen diagnóstico debe estar apoyado por un buen razonamiento deductivo, por una buena semiología que delimite las posibilidades y permita sólo las más probables y, finalmente, apoyada por una metodología sistematizada que permita captar los errores corregibles y mejorar el conocimiento del explorador conforme aumente su experiencia. Insistimos que la buena semiología es ajena a prejuicios etiopatogénicos.

Señalamos los datos relevantes del paciente, sus síntomas, el orden de aparición y el patrón evolutivo si ello es posible. En casos de duda, los elementos discordantes se entresacan y se colocan al final señalando las posibilidades de error. En la especialidad, es frecuente que haya una interpretación de la conducta bajo modelos dinámicos-intrapsíquicos. Debe señalarse que es "interpretación", por lo tanto, debe estar apoyada por los datos descritos en la historia clínica; de otra manera, la fantasía contaminante desvirtuará el método clínico y permitirá, con razón, críticas sobre el valor científico de las proposiciones. Propedéuticamente no hay error en usar este tipo de maniobras si el registro se coloca en el sitio adecuado; refleja únicamente el proceso del pensamiento del interpretador, pero no es excluyente de otros enfoques o escuelas teóricas de psicopatología.

Sobre el diagnóstico propiamente, debe ser escogido con dos requisitos. El primero consiste en usar una norma de clasificación conocida en la comunidad, con lo que se facilita el trabajo en equipo. El segundo corresponde a la facilidad con la que pueda "traducirse" el diagnóstico a sistemas de clasificación internacionales con miras a una medicina a la comunidad de índole Trans-cultural. Cuando la denominación más cercana al caso en discusión no sea adecuada, habrá manera de explicarla ampliamente a continuación de la enunciación resumida (denominación diagnóstica) que el medio propone. En nuestros hospitales frecuentemente usamos la clasificación diagnóstica propuesta por la American Psychiatric Association²⁶.

LAS ANOTACIONES TERAPÉUTICAS

Las anotaciones terapéuticas reflejan un estilo muy personal de percibir y actuar del terapeuta. Sufren de la influencia ambiental que actúa sobre él, condicionando su forma de pensar. Son resultantes de la experiencia médica sobre el tema, de la calidad de la información que se posea y del valor subjetivo con el cual se maneje dicha información.

Siendo tan personal esta intervención, solamente aconsejamos una manera de registrarlas en el expediente hospitalario, registro que consideramos práctico y cómodo a la vez que explícito. Damos un ejemplo a continuación:

HISTORIA CLÍNICA EN PSIQUIATRÍA: GUÍA PARA ELABORARLA

<i>Diagnóstico o Agrupación Sindrómica.</i>	<i>Medicación indicada</i>	<i>Proyectos diagnósticos y de manejo</i>
Psiquiátrico: —P.M.D. (Psicosis Maniaco- Depresiva).	—Melleril, 600 mg. por día, en tres tomas.	—Determinación seriada de 17- OH en orina, cada 24 hs.
Somático: —Faringitis Piógena.	—Penicilina Procaína 1.000.000 U. i/m cada 24 hs. (5 días). —Aspirina, 500 mg. orales si hay molestias.	—Exudado Faringeo, Cultivo. —Determinación de Proteína C reactiva. —Determinación de Antiestrep- tolisinas. —Etc.

Las anotaciones concisas, sin abreviaturas extrañas y las indicaciones inteligibles para el personal que debe leerlas, son indispensables.

LAS NOTAS DE EVOLUCIÓN

En la especialidad, la regla son los padecimientos de evolución subaguda y crónica. Las notas de evolución frecuentemente se topan con enfermos sin cambio ostensibles. Por ello, consideramos las siguientes posibilidades:

a) En el caso que el paciente presente modificaciones substanciales, la nota de evolución debe hacerse repitiendo los incisos señalados en la descripción del estado actual y en la exploración del estado mental. Es una revaloración total del padecimiento.

b) En el caso que no haya modificaciones en el estado del enfermo, se deben anotar las consideraciones al respecto, los proyectos de tratamientos futuros con las posibles reconsideraciones terapéuticas. Debemos ahora señalar la conducta explícita del paciente, observable por el personal del hospital o por familiares que viven a su lado. Relataremos los siguientes hechos²⁵: Actitudes depresivas, quejas somáticas, verbalizaciones coléricas, actitudes coléricas, falta (o presencia) de cooperación, verbalización o actitud ansiosa, vagabundeo, discurso habitual, delirios, extravagancias, recelo, peticio-

nes de ayuda, necesidad de sujetarse a reglamentos, aislamiento, preocupaciones especiales, motilidad, contacto efectivo con las personas.

Siempre damos ejemplos de la conducta del paciente. La interpretación aislada (v.gr.: "tiene actitudes depresivas"), tiene escaso valor a menos que se acompañe de la descripción de la conducta que permitió dicha interpretación (v.gr.: "hay lentitud motora, dice ser culpable de los problemas familiares, considera haber perdido ya las posibilidades de recuperarse etc.").

Al salir un paciente del internamiento hospitalario, o al dar por terminado un tratamiento ambulatorio, conviene recopilar los datos relevantes del caso en forma resumida, que no lleva más espacio que una nota habitual de evolución, y que facilita una ulterior revisión.

Al finalizar, señalamos que la presente guía no es más que eso precisamente, una guía. No suple ni limita el desarrollo de un estilo personal ni la expresión espontánea del examinador. Al iniciar la especialidad necesitamos protección para obtener seguridad, ello es deseable y normal; conforme se avanza, necesitamos desprendernos de las limitaciones rígidas y permitirnos la actividad creativa y la relación interpersonal cálida. El valor profesional radica precisamente en ser, tanto rígidos para asimilar las experiencias del pasado en la forma en que mejor éxito hayan brindado, como flexibles para trascender las limitaciones pasadas y, aceptando la inseguridad consecuente, buscar nuevos horizontes para la ciencia al servicio del hombre.

REFERENCIAS

1. KANFER & SASLOW. Behavioral Analysis.: *An alternative to diagnostic Classification.* Arch. Gen. Psychiat. 12, :529-558, 1968.
2. CODDINGTON.: *Psychiatrists reliability in judging Ego Function.* Arch. Gen. Psychiat. 16, :48-55, 1967.
3. ABRAMS.: *The new Eclecticism.* Arch. Gen. Psychiat. 20, :514-523, 1969.
4. SPITZER & COHEN.: *Common errors in quantitative Psychiatric research.* Int. J. Psychiat. 6/2, :109-118, 1968.
5. KALLMAN.: *Genetic theory of Schizophrenia.* Amer. J. Psychiat. 103, :309-322, 1946.
6. OFFORD & APONTE y COLS.: *Presenting symptomatology of adopted children.* Arch. Gen. Psychiat. 20, :110-116, 1969.
7. WHITEHORN.: *Guide to interviewing and clinical personality study.* Arch. Neurol & Psychiat. 52/3, :197-216, 1944.
8. WODY.: *Toward a rationale for psychobehavioral therapy.* Arch. Gen. Psychiat. 19, :197-204, 1968.
9. CUEVAS F. (Ed.): *Manual de Técnica Médica Propedéutica.* 1951, México, D. F.
10. MASSERMAN.: *En Short-term Psychotherapy.* Wolberg, Grune & Stratton Ed., 1965, pp. 36.
11. MAYER-GROSS, ROTH, SLATER.: *Psiquiatría Clínica* (trad.). Paidós Ed. 1958 (Argentina), pp. 65-85.
12. BIRCH.: *Alteraciones en la organización intersensorial en niños esquizofrénicos.* Conferencia sustentada en el Hospital Juan N. Navarro. Feb. 1969, México, D. F.
13. TOWBIN.: *Mental retardation due to germinal matrix infarction.* Science 164, :156-161, Apr. 1969.
14. TOWBIN.: *Cerebral hypoxia in fetus and newborn.* Arch. Neurol. 20, :35-43, 1969.
15. WOLBERG.: *Short-term Psychotherapy.* Grune and Stratton ed., 1955, pp. 127-200.
16. RITVO & COLS.: *Early Infantile Autism. Frequency of repetitive behaviour.* Arch. Gen. Psychiat. 19, :341-347, 1968.
17. LEVY, W. H.: *The communication of affect in psychotherapy.* Arch. Gen. Psychiat. 16, :102-106, 1967.
18. NOYES & KOLB.: *Psiquiatría Clínica Moderna.* Prensa Médica Mexicana ed. (Trad) 1966, pp: 134-170.
19. EKMAN & COLS.: *Pan-cultural emenents in facial displays of emotion.* Science 164.: 86-88, Apr. 1969.
20. APPLETON.: *Concentration.* Arch Gen. Psychiat. 16, :373-381, 1967.
21. PIAGET.: *Psicología de la Inteligencia.* Ed. Psique (trad), Argentina, 1966., pp.: 21.
22. HERTZIG & BIRCH.: *Neurological Organization in psychiatrically disturbed adolescents.* Arch. Gen. Psychiat. 19:528-537, 1968.
23. GOLDSTEIN.: *Electro-cerebral activity in schizophrenics.* *Electroencephalograph.* Clin. Neurophysiol. 19, :350-361, 1965.
24. BIRCH.: *Brain Damage in children.* The Williams & Wilkins Ed, 1964, pp.:46-59.
25. HARGREAVES.: *Systematic Nursing Observation of Psychopat'ology.* Arch. Gen. Psychiat., 18, :518-531, 1968.
26. A. P. A.: *Diagnostic and Statistical Manual* (impresión anual disponible bajo petición; resumen en Freedman & Kaplan. Comprehensive Textbook of Psychiatry, The Williams and Wilkins ed., 1967, Baltimore, pags: 586-589.