

Manual básico de exploración psicopatológica

Consulte nuestra página web: **www.sintesis.com**
En ella encontrará el catálogo completo y comentado



Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con autorización de los titulares de la propiedad intelectual. La infracción de los

derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y sigs. Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos (www.cedro.org) vela por el respeto de los citados derechos.

Manual básico de exploración psicopatológica

Conxa Perpiñá Tordera

Rosa M.^a Baños Rivera



EDITORIAL
SÍNTESIS

Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente, por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o por cualquier otro, sin la autorización previa por escrito de Editorial Síntesis, S. A.

© Conxa Perpiñá Tordera
Rosa M.^a Baños Rivera

© EDITORIAL SÍNTESIS, S. A.
Vallehermoso, 34. 28015 Madrid
Teléfono: 91 593 20 98
www.sintesis.com

ISBN: 978-84-9171-260-2
Depósito Legal: M. 2.678-2019

Impreso en España - Printed in Spain

Índice

Introducción	11
---------------------------	----

PARTE I

EVALUACIÓN Y DOCUMENTACIÓN

1. Evaluación y diagnóstico en psicología clínica	17
1.1. Resumen	20
1.2. Preguntas de autoevaluación	21
2. Documentación del proceso de exploración	23
2.1. La historia clínica	24
2.1.1. Datos de identificación del paciente, 25. 2.1.2. Datos del referente y motivo de referencia, 25. 2.1.3. Queja (motivo de consulta), 25. 2.1.4. Descripción del problema actual, 26. 2.1.5. Interferencias del problema en la vida de la persona, 26. 2.1.6. Historia y evolución del problema actual, 26. 2.1.7. Problemas mentales anteriores, 26. 2.1.8. Historial médico, 27. 2.1.9. Historia personal, 27. 2.1.10. Antecedentes familiares, 27. 2.1.11. Personalidad, 27	
2.2. El psicopatograma o examen del estado mental	27
2.3. El informe psicológico	29
2.4. La presentación y formulación clínica del caso	30
2.5. Resumen	32
2.6. Caso práctico: ejemplo de informe clínico	34
2.7. Preguntas de autoevaluación	36

3. Organización del examen del estado mental y la exploración psicopatológica	37
3.1. Qué tipo de problemas requieren de una exploración exhaustiva	38
3.2. El contexto cultural	41
3.3. Informes escritos del resultado de la exploración	43
3.4. Resumen	43
3.5. Ejemplo de informe escrito de un examen del estado mental	45
3.6. Preguntas de autoevaluación	45

PARTE II

EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA: FUNCIONES Y PROCESOS QUE EXPLORAR

4. La exploración psicopatológica I: las funciones cognitivas	49
4.1. Exploración de la apariencia, comportamiento durante la entrevista y conciencia de enfermedad	50
4.2. Exploración de la conciencia, alerta, atención y orientación	51
4.2.1. Alteraciones de la conciencia, 52. 4.2.2. Alteraciones de la orientación, 56. 4.3.3. Alteraciones de la atención, 57	
4.3. Exploración de la memoria	60
4.3.1. Alteraciones cuantitativas, 62. 4.3.2. Alteraciones cualitativas. Paramnesias, 63	
4.4. Exploración de la percepción e imágenes mentales	66
4.4.1. Distorsiones perceptivas, 67. 4.4.2. Engaños perceptivos, 68	
4.5. Exploración de la forma del pensamiento, el lenguaje y el habla .	73
4.5.1. Alteraciones del lenguaje, 74. 4.5.2. Alteraciones de la forma del pensamiento, 75	
4.6. Exploración del contenido del pensamiento: las creencias anómalas	78
4.6.1. Delirios, 80. 4.6.2. Ideas sobrevaloradas, 84. 4.6.3. Obsesiones, 84. 4.6.4. Fobias, 85. 4.6.5. Preocupaciones, 85. 4.6.6. Pensamientos automáticos negativos, 86. 4.6.7. Ideación violenta, 88	
4.7. Exploración de la conciencia del <i>sí mismo</i>	88
4.7.1. La conciencia de la actividad del <i>sí mismo</i> y de la realidad del <i>sí mismo</i> y del entorno, 89. 4.7.2. La conciencia de unidad del <i>sí mismo</i> , 90. 4.7.3. La conciencia de identidad del <i>sí mismo</i> , 91. 4.7.4. La conciencia de los límites del <i>sí mismo</i> , 91. 4.7.5. Otros aspectos que explorar, 91	

Índice

4.8. Exploración de la inteligencia	92
4.9. Resumen	93
4.10. Caso clínico: ejemplo de una exploración psicopatológica (parte I)	97
4.11. Preguntas de autoevaluación	98
5. La exploración psicopatológica II: las funciones afectivas y conativas	101
5.1. Exploración de los afectos y emociones	101
5.1.1. <i>Ansiedad</i> , 105. 5.1.2. <i>Depresión</i> , 106. 5.1.3. <i>Alegría patológica, euforia</i> , 106. 5.1.4. <i>Hostilidad, ira, irritabilidad</i> , 107	
5.2. Exploración de la actividad motora y la conducta intencional	107
5.2.1. <i>Aspectos cuantitativos</i> , 108. 5.2.2. <i>Aspectos cualitativos</i> , 110. 5.2.3. <i>Alteraciones de los movimientos expresivos o de la mímica</i> , 118	
5.3. Exploración de las funciones fisiológicas: sueño, apetito e ingesta, sexo, dolor y estado general	118
5.3.1. <i>Alteraciones del sueño</i> , 119. 5.3.2. <i>Alteraciones en el apetito y la ingesta</i> , 120. 5.3.3. <i>Apetito sexual</i> , 120. 5.3.4. <i>Dolor y estado general</i> , 121	
5.4. Exploración del área social y relaciones interpersonales	121
5.5. Reacción del examinador	123
5.6. Resumen	123
5.7. Caso clínico: ejemplo de una exploración psicopatológica (parte II)	125
5.8. Preguntas de autoevaluación	126

PARTE III

ASPECTOS PRÁCTICOS

6. Cómo llevar a cabo la exploración. La entrevista diagnóstica	129
6.1. Imprescindibles de la entrevista	130
6.1.1. <i>Aspectos relacionales</i> , 130. 6.1.2. <i>Aspectos comunicati- vos</i> , 132	
6.2. Recabar la información para el examen del estado mental	133
6.3. Valoración de las respuestas	136

6.4. Las anotaciones. Cómo tomar nota y qué hacer con ellas	138
6.5. Resumen	141
6.6. Preguntas de autoevaluación	144
7. Tomar decisiones clínicas	145
7.1. El proceso diagnóstico	145
7.2. Guías para estructurar la información y generar hipótesis diagnósticas	149
7.3. Claves específicas para trastornos concretos	151
7.3.1. <i>Trastornos psicóticos</i> , 151. 7.3.2. <i>Trastornos relacionados con sustancias</i> , 153. 7.3.3. <i>Depresión</i> , 155. 7.3.4. <i>Trastornos alimentarios</i> , 157. 7.3.5. <i>Trastornos de personalidad</i> , 159	
7.4. Resumen	162
7.5. Caso clínico. Ejemplo de diagnóstico según DSM-5	164
7.6. Preguntas de autoevaluación	166
8. Cosas que podrían salir mal. Cómo solucionarlas	167
8.1. Desafíos en la exploración: resistencias, defensas o barreras	167
8.2. Maneras de decir (dificultades en dar información)	169
8.2.1. <i>Poca precisión y vaguedad en las respuestas</i> , 169. 8.2.2. <i>Mutismo. Silencios</i> , 170. 8.2.3. <i>Confusión y psicosis</i> , 170. 8.2.4. <i>Cuando la información no se ajusta a la a los datos, a la verdad o los pacientes mienten</i> , 171	
8.3. Maneras de sentir (cuando las emociones dificultan la información)	172
8.3.1. <i>Dificultades en la expresión emocional</i> , 172. 8.3.2. <i>Excesivo dramatismo en la expresión emocional</i> , 173. 8.3.3. <i>Expresión de hostilidad o desafío al entrevistador</i> , 174. 8.3.4. <i>Expresiones de seducción</i> , 175	
8.4. Maneras de vivir. Temas sensibles	175
8.4.1. <i>Vida sexual</i> , 176. 8.4.2. <i>Abuso de drogas</i> , 176. 8.4.3. <i>Conducta suicida y violenta</i> , 177	
8.5. Situaciones complicadas. Urgencias y catástrofes	178
8.5.1. <i>Exploración en sala de urgencias</i> , 178. 8.5.1. <i>Exploración en situaciones de catástrofes</i> , 178	
8.6. Resumen	179

Índice

8.7. Caso clínico. Asistencia en el servicio de urgencias	181
8.8. Preguntas de autoevaluación	182
<i>Solucionario preguntas autoevaluación</i>	185
<i>Bibliografía</i>	187
<i>Anexos web (disponibles en www.sintesis.com)</i>	
Anexo 1. Cuadro resumen de los principales documentos clínicos	
Anexo 2. La entrevista diagnóstica	
Anexo 3. Cuadro resumen de los procesos que explorar	
Anexo 4. Presentación de un caso	
Anexo 5. Resultados de la exploración psicopatológica de F. T.	

2

Documentación del proceso de exploración

En el presente capítulo se presentan los principales documentos derivados de la evaluación que se realiza al paciente. Los objetivos de este capítulo son:

- Conocer los aspectos fundamentales y los apartados que se suelen incluir en una historia clínica.
- Describir los apartados más importantes del psicopatograma o exploración psicopatológica.
- Resumir los puntos del informe psicológico.
- Describir los pasos para la realización de la presentación y formulación del caso.

La información que se recaba de un paciente durante el proceso de diagnóstico y evaluación puede ser bastante cuantiosa, tanto por lo que se refiere a la información que se recoge en el momento en el que se inicia dicho proceso como en la evolución que pueden seguir sus problemas, alteraciones o enfermedad. Todo ello puede dar lugar a un volumen de datos que hay que organizar, lo que genera una serie de documentos clínicos imprescindibles para el estudio y análisis de lo que acontece a la persona, y que incluso pueden llegar a tener valor administrativo o legal en determinadas circunstancias, y que en cualquier caso hay que preservar y custodiar. Un esquema resumido de los principales documentos clínicos que se pueden producir en torno a un paciente se ilustra en el cuadro 2.1.

Cuadro 2.1. *Esquema de documentación clínica en torno a un caso*

<i>Historia clínica</i>	<ul style="list-style-type: none">– Datos de identificación del paciente.– Datos del referente y motivo de referencia.– Queja (motivo de consulta).– Descripción del problema actual.– Consecuencias del problema actual.– Historia y evolución del problema actual.– Problemas mentales anteriores.
-------------------------	--

[.../...]

Cuadro 2.1. (continuación)

<i>Historia clínica</i>	<ul style="list-style-type: none">– Historial médico.– Historia personal (anamnesis).– Antecedentes familiares.– Personalidad.
-------------------------	---

<i>Examen del estado mental o psicopatograma (exploración psicopatológica)</i>	
--	--

<i>Otros estudios adicionales. Pruebas psicológicas y médicas</i>	
---	--

<i>Otros documentos</i>	<ul style="list-style-type: none">– Presentación y formulación del caso.– Datos de identificación e información del referente.– Conducta durante la entrevista.– Descripción de los problemas. Curso y evolución.– Historia personal (datos relevantes).– Resultados del examen del estado mental (hallazgos sobresalientes por normalidad o anormalidad).– Resultados de otras exploraciones adicionales: médicas; psicológicas, etc.– Diagnóstico y diagnóstico diferencial.– Formulación del caso: hipótesis etiológicas.– Estrategias terapéuticas propuestas.– Pronóstico.
-------------------------	---

	<ul style="list-style-type: none">– Informes (en cualquier momento del proceso).– Resumen y recomendaciones.– Motivo de referencia.– Queja o motivo de consulta y descripción del problema actual.– Otros problemas mentales previos.– Historia personal.– Resultados del examen del estado mental.– Resultado de otras pruebas adicionales.– Diagnóstico según un sistema de clasificación (incluyendo diagnóstico diferencial).– Pronóstico.
--	---

<i>Tratamiento</i>	
--------------------	--

<i>Notas de progreso (firmadas y fechadas)</i>	
--	--

2.1. 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 la historia propiamente dicha (con todos los epígrafes que se desarrollan

24

en este apartado), los resultados obtenidos en el examen del estado mental, y el físico si es pertinente, los resultados obtenidos en las pruebas adicionales realizadas, la formulación del caso (de este apartado se deriva la presentación y formulación del caso), el diagnóstico categorial, según los sistemas de clasificación oficiales y el diagnóstico diferencial, el tratamiento propuesto, el pronóstico, el resumen y las recomendaciones (de este apartado se puede derivar el informe), junto con 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 diacrónica de la persona y su problemática.

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. Existen diversos protocolos para recoger toda esta información que constituye la “historia clínica” de la persona, pero en todos ellos se suele incluir la misma información, que es la que a continuación se detalla, y que está basada, con modificaciones, en el manual de Kaplan y Sadock (Sadock, Sadock, y Ruiz, 2015).

2.1.1. Datos de identificación del paciente

Además del nombre de la persona, se debe incluir la información sociodemográfica relevante como, sexo, edad, estado civil, personas con quien convive, profesión y situación laboral, religión y otras circunstancias sociales de su vida. A veces se incluye en este apartado el lugar en el que se desarrolla la entrevista.

2.1.2. Datos del referente y motivo de referencia

A veces, la persona es remitida por otro profesional o por otra institución (judicial, sanitaria, administrativa, etc.) 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.

2.1.3. 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, que ha de ser definido por el profesional, especialmente en aquellos casos en los que no existe conciencia de enfermedad.

2.1.4. 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.

2.1.5. Interferencias del problema en la vida de la persona

Es fundamental determinar el grado de funcionamiento de la persona y 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.).

2.1.6. 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.

2.1.7. Problemas mentales anteriores

Hay que recoger información sobre otros episodios de problemas mentales previos, su cronología, su sintomatología y diagnóstico, el grado de incapacitación 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 autolesivos o intentos de suicidio.

2.1.8. 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.

2.1.9. Historia personal

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, educativa, laboral, social, sexual y tiempo libre. También se ha de recoger información sobre las condiciones de vida actuales: con quién vive, red social, etc.

2.1.10. Antecedentes familiares

Se ha de recoger información sobre los antecedentes familiares de trastornos mentales, hospitalizaciones, tratamientos recibidos y el resultado obtenido.

2.1.11. 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 misma tiene la persona, sus actitudes morales y valores y cómo reacciona ante situaciones estresantes. También hay que valorar si existe discrepancia entre la visión que el paciente da de sí mismo y la que dan los demás de él.

2.2. El psicopatograma o examen del estado mental

Mientras que la visión diacrónica y longitudinal se va compilando en la historia, la evaluación del momento actual, sincrónica y transversal se produce en la exploración del

estado mental. La exploración ha de basarse en el registro de los hallazgos actuales y no debe estar contaminada con los datos de la historia. De hecho, mientras que los datos de la historia clínica permanecen estables, el estado mental del paciente, dependiendo de la psicopatología, puede cambiar de un momento a otro. De este modo, la 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 estado mental del paciente reflejarán el cambio en su situación y, por tanto, en la evolución de su diagnóstico o tratamiento. Sin embargo, aunque es importante hacer esta diferenciación de lo histórico frente al estado mental actual del paciente, la distinción en la que se han basado algunos autores entre la información *subjetiva* que proporciona el paciente –más propia de la historia– de la *objetiva* obtenida directamente por el evaluador durante la exploración es un poco simplista, porque en el examen del estado mental se han de explorar experiencias que son intrínsecamente subjetivas y que puede que no estén ocurriendo en el aquí y ahora de la entrevista de exploración (Poolee y Higgs, 2006). El examen del estado mental solo concierne a los comportamientos, experiencias y emociones actuales, pero a menudo es conveniente cubrir los datos históricos relacionados al mismo tiempo. Esta es la razón por la que muchas de las preguntas de cribado comienzan con “alguna vez le ha ocurrido que...” (Morrison, 2014)

El objetivo de la exploración psicopatológica, por tanto, es realizar un análisis del estado mental actual de la persona. Para ello, el clínico ha de rastrear todos los procesos psicológicos y actividades mentales e identificar el déficit o la alteración que se presenta en cada área evaluada, pero sin perder de vista la articulación global de la psicopatología del paciente. En este sentido, Trzepacz y Baker (1993) llegan a manifestar que el examen del estado mental es similar a la habilidad que tiene el experto en música para poder reconocer y analizar el sonido de cada instrumento particular en una sinfonía, sin perder de vista a la orquesta en general. Precisamente por eso es tan importante que se requiera para realizar una buena exploración de un conocimiento de la psicopatología descriptiva. Es esto mismo lo que expresa Kurt Schneider en su obra *Psicopatología clínica* en el año 1946.

Es cierto que hemos fraccionado en cierta medida la unidad psíquica de las funciones, pero lo hemos hecho únicamente porque, si uno quiere en general tener experiencia de algo, ha de ir mirando de una función a otra... Tampoco el botánico que va describiendo la forma, el color, la hechura superficial, etc. de una hoja, piensa que ésta se componga de la suma de estos elementos. Pero si quiere dar una descripción tendrá también que realizar un análisis, pues no le es posible decir todo de una sola vez. Exactamente así, y solo así, entendemos nosotros nuestro análisis. De ello resulta que a veces se difuminarán y entrecruzarán necesariamente los límites de las diversas secciones (...) Es decir, es posible considerar aisladamente una única manifestación, incluso será menester hacerlo, pero ella misma no es algo aislada.

El examen del estado mental es observación, es exploración, pero como documento es, también, una manera de organizar y presentar dicha información. Dado que el objetivo de este manual es la enseñanza de un completo examen del estado mental, el desarrollo de este apartado se hará en profundidad en el capítulo 3.

Si la historia se va cumplimentando a través de lo que los pacientes (o los informantes) dicen de sus síntomas y de su vida, la exploración incluye la observación que el profesional hace del paciente que tiene frente a sí junto con las preguntas oportunas que nos permitan determinar cómo funcionan determinados procesos mentales en ese momento. El análisis ha de basarse en las respuestas que da el paciente en la exploración y en las observaciones que realiza el examinador durante la entrevista (o, en su caso, durante el ingreso). El resultado final será, por tanto, la descripción del conjunto de todas esas observaciones sin que estén contaminadas con los datos históricos.

2.3. El informe psicológico

Una vez que se ha completado el proceso de evaluación (incluyendo la exploración, junto con las pruebas que el clínico determine que son necesarias), se ha de organizar la información obtenida con el fin de llegar a algunas conclusiones que contesten a la pregunta inicial de la evaluación 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 la persona evaluada y el de quien 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 utilizadas, y si se han aplicado instrumentos estandarizados de evaluación, se tiene que indicar el tipo de material empleado 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 este tiene derecho a conocer su contenido.

Existen muchos modelos de informe, pero en todos ellos se suelen incluir los puntos señalados en el cuadro 2.2.

Cuadro 2.2. *Información que incluir en el informe*

-
- Datos de identificación
 - Motivo de referencia y objetivos del informe
 - Observaciones generales: datos biográficos relevantes, información de trasfondo, etc.
 - Procedimientos de evaluación (con indicación de todas las pruebas realizadas)
 - Conductas y observación de examen
 - Resultados
 - Integración de los resultados y recomendaciones
 - Resumen
-

2.4. 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 momento 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 (por ejemplo, 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 (véase el anexo web 4). El propósito es que cualquier colega pueda tener la información suficiente para conocer al paciente y su problemática, aunque nunca haya tenido contacto con él o con ella. Se ha de incluir una serie de datos resumidos que figuran en el cuadro 2.3.

Cuadro 2.3. *Información que incluir en la presentación del caso*

-
- Motivo de referencia
 - Queja o motivo de consulta
 - Comportamiento durante la entrevista
 - Descripción del problema actual, curso y evolución
 - Otros problemas mentales previos
 - Historia médica y personal
 - Resultados del examen del estado mental o psicopatograma
 - Resultados del examen físico
 - Resultados de cualquier otra prueba adicional realizada
-

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 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,

intentando explicar por qué se han desarrollado las dificultades o problemas que presenta el paciente y proporcionar predicciones basadas en esa información.

Hay que tener en cuenta que la formulación no solo 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 haber evaluado y valorado las áreas problemáticas clave, junto con aquellos factores del desarrollo que sean relevantes y las circunstancias sociales de la persona. Se ha de incluir cuáles son 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 debería 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, forzándose a identificar solo la información que es de importancia para el tratamiento. Además, como ha de ir revisándose 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 subrayar que no es algo que solo se concibe o 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, así como 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 enumerar 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. Seguidamente, 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 (por ejemplo, CIE o DSM). Luego, se per-

fila 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.

2.5. Resumen

En este capítulo se han presentado los principales documentos derivados de la evaluación que se realiza al paciente: la historia clínica, el psicopatograma (o examen del estado mental), el informe psicológico, la presentación y formulación clínica del caso (véase el anexo web 1)

La *historia clínica* es un documento que compila toda la información de un paciente y es el contexto necesario en el que se ha de realizar el diagnóstico y la formulación de un plan terapéutico específico. En ella se suele incluir la historia propiamente dicha, los resultados obtenidos en el examen del estado mental y el físico (si es pertinente), los resultados obtenidos en las pruebas adicionales realizadas, la formulación del caso, el diagnóstico categorial y el diagnóstico diferencial (según los sistemas de clasificación oficiales), el tratamiento propuesto, el pronóstico, el resumen y las recomendaciones, así como las notas de progreso y seguimientos. Por lo que se refiere al primer punto de la historia (la historia propiamente dicha), aunque existen diversos protocolos, en todos ellos se suele incluir la misma información:

1. *Datos de identificación del paciente.* Incluye la información sociodemográfica relevante.
2. *Datos del referente y motivo de referencia.*
3. *Queja (motivo de consulta).* Las quejas hay que recogerlas con las palabras del paciente. A veces, la queja del paciente no coincide con el problema principal, especialmente en aquellos casos en los que no existe conciencia de enfermedad.
4. *Descripción del problema actual.* Consiste en el relato de los signos y síntomas que está experimentando el paciente y de su secuencia.
5. *Interferencias del problema en la vida de la persona.*

6. *Historia y evolución del problema actual.* Se trata del cuadro cronológico y comprensivo del problema del paciente.
7. *Problemas mentales anteriores.* Además, se debe determinar si el episodio actual tiene semejanzas con episodios anteriores.
8. *Historial médico.* La extensión variará en función de la edad del paciente
9. *Historia personal.* Comprensión biográfica y su relación con el problema actual, destacando acontecimientos vitales importantes.
10. *Antecedentes familiares (de trastornos mentales).*
11. *Personalidad.* Hay que recoger información sobre la personalidad previa al inicio del problema y evaluar si ha habido un cambio drástico.

Por lo que se refiere al *psicopatograma* o *examen del estado mental*, este recoge información sobre el momento actual del estado mental del paciente, a diferencia de la historia clínica, que incluye la visión diacrónica y longitudinal. De hecho, la exploración no debe estar contaminada con los datos de la historia. Para realizar la exploración, el clínico ha de rastrear todos los procesos psicológicos y actividades mentales e identificar el déficit o la alteración que se presenta en cada área evaluada, pero sin perder de vista la articulación global de la psicopatología del paciente.

En cuanto al *informe psicológico*, este se realiza una vez se ha completado el proceso de evaluación (incluyendo la exploración y aquellas pruebas que el clínico determine). Aunque se trata de un paso más del proceso evaluador, en la práctica cotidiana se suele realizar cuando es solicitado (por la persona evaluada, por otro profesional o por alguna institución). En él deben aparecer los datos de filiación del profesional que lo realiza, el nombre la persona evaluada y el de quien lo solicita. Si la evaluación hubiera sido requerida con un fin concreto, se deben especificar los objetivos. Se han de indicar los instrumentos y técnicas utilizadas, los resultados obtenidos y las conclusiones y recomendaciones oportunas.

Por último, la *presentación y formulación clínica del caso* es un resumen clínico de los hallazgos obtenidos una vez que se ha recogido toda la información pertinente. Específicamente, en la presentación se recopila y organiza la información relevante para presentarla, por ejemplo, a otros colegas en sesiones clínicas. Debe incluir una descripción precisa y objetiva, sin incluir inferencias o posibles explicaciones. El objetivo es que otro profesional pueda tener la información suficiente para conocer al paciente y su problemática. Una vez presentado el caso, se procede a su formulación, y aquí ya se pasa de la descripción a la interpretación, planteando inferencias y formulando sus hipótesis. El objetivo es intentar comprender a la persona y sus problemas, haciendo una conceptualización de qué es lo que le ocurre al individuo, relacionando todos los datos, intentando explicar por qué se han desarrollado las dificultades o problemas y proporcionando predicciones basadas en esa información. El propósito de la formulación es clarificar la presentación del caso y dirigir el tratamiento a las áreas clínicamente relevantes. En la formulación ha 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