

BIBLIOGRAFÍA

- Cochran, W. G., y Cox, G. M.: *Experimental designs*. Wiley, Nueva York, 1957. (Traducción castellana: *Diseños experimentales*. Limusa, México, 1965.)
- Cochran, W. G.: *Sampling techniques*, 3.ª ed. *Translations*, Nueva York, 1977. (Traducción castellana: *Técnicas de muestreo*. Editorial Continental, México, 1980.)
- Cuadras, C. M.: *Métodos de análisis multivariante*. Editorial Universitaria de Barcelona, Barcelona, 1981.
- Dixon, W. J.: *BMDP Statistical Software*. University of California Press, Berkeley, 1983.
- Doménech, J. M.: *Métodos estadísticos para la investigación en ciencias humanas*, 4.ª ed. Herder, Barcelona, 1982.
- Eaton, W. W., y Kessler, L.: *Epidemiologic field methods in psychiatry*. The NIMH Epidemiologic Catchment Area Program. Academic Press, Londres, 1985.
- Feinstein, A. R.: *Clinical epidemiology*. The architecture of clinical research. W. B. Saunders, Filadelfia, 1985.
- Howell, D. C.: *Statistical methods for psychology*. Duxbury Press, Boston, 1982.
- Kirk, R. E.: *Experimental design: procedures for the behavioral sciences*, 2.ª ed. Brooks/Cole, Monterey, 1982.
- Kline, P.: *A handbook of test construction*. Introduction to psychometric design. Methuen, Londres, 1986.
- Lilienfeld, A. M., y Lilienfeld, D. E.: *Foundations of epidemiology*, 2.ª ed. Oxford University Press, Nueva York, 1980. (Traducción castellana: *Fundamentos de epidemiología*. Fondo Educativo Interamericano, México, 1983.)
- Lord, F. M., y Novick, M. R.: *Statistical theories of mental test scores*. Addison-Wesley, Nueva York, 1968.
- Mitchell, J.: *Measurement scales and statistics: A clash of paradigms*. *Psychol. Bull.*, 100, 398-407, 1986.
- Norusis, M. J.: *SPSS/PC+ for the IBM PC/XT/AT*. SPSS inc. Chicago, 1983.
- Nunnally, J. C.: *Psychometric theory*. McGraw-Hill, Nueva York, 1978. (Traducción castellana: *Teoría psicométrica*. Trillas, México, 1987.)
- Sanchez, J. J.: *Introducción a las técnicas de análisis multivariante aplicadas a las ciencias sociales*. Centro de Investigaciones Sociológicas, Madrid, 1984.
- Sanchez, J. J.: *Introducción al análisis de datos con SPSS/PC+*. Alanza, Madrid, 1988.
- Siegel, S.: *Non parametric statistics for the behavioral sciences*. McGraw-Hill, Nueva York, 1956. (Traducción castellana: *Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta*. Trillas, México, 1970.)
- Sivastava, M. S., y Carter, E. M.: *An introduction to applied multivariate statistics*. North-Holland, Nueva York, 1983.
- Sevens, S. S.: *On the theory of scales of measurement*. *Science*, 103, 677-680, 1946.
- Tabachnick, B. G., y Fidell, L. S.: *Using multivariate statistics*. Harper and Row, Cambridge, 1983.
- Woodson, R. F., y Kleinman, J. C.: *Perspectives on statistical significance testing*. *Annu. Rev. Public Health*, 10, 423-440, 1989.

Entrevista e historia clínica

J. POCH

INTRODUCCIÓN

La entrevista médica y la historia clínica son dos instrumentos de valor excepcional en la exploración del paciente; el profesional debe dominarlos como la semiología misma. Por ello se les dedica un capítulo aparte de otros medios de exploración que siempre deben estar guiados por dichos instrumentos.

En este capítulo abordaremos en primer lugar la *entrevista clínica psiquiátrica*, intentando mostrar las particularidades técnicas que la convierten en un recurso diagnóstico de excepción. Todo profesional de la salud debe saber manejarla con pericia, pues es el instrumento que mayor rendimiento puede dar con un consumo escaso de recursos y de tiempo. Estudiaremos brevemente los matices especiales que los diferentes modelos teóricos en psiquiatría le confieren.

La *historia clínica*, que ocupará las siguientes páginas, es un documento fundamental que da fe de la asistencia que ha recibido el paciente en nuestra institución o gabinete. Es un verdadero archivo histórico de entrevistas, anamnesis, diagnósticos, tratamientos, exploraciones complementarias y reflexiones pronósticas y evaluativas.

ENTREVISTA CLÍNICA

La entrevista clínica es sencillamente una relación interpersonal de carácter profesional que se establece en el momento del encuentro del psiquiatra con su cliente, y cuya finalidad es poder orientar el diagnóstico y el tratamiento del paciente. Este recurso diagnóstico, y a menudo terapéutico en sí mismo,

emerge de la clínica médica y ha sido perfilado en el campo de la psiquiatría con el transcurrir de los años. Otros especialistas, como asistentes sociales, enfermeras, pedagogos, etc., la usan en su práctica profesional. Es indudable que disciplinas como el psicoanálisis, la Gestalt, las teorías de la comunicación, etc., han ayudado a perfilarla y desarrollar sus aspectos técnicos. Una evaluación empírica de sus rendimientos se encuentra en el trabajo de Borrell (1989) y sus rendimientos clínicos son valorados en el de Poch, Jarne y cols. (1992).

Las obras dedicadas a la técnica de la entrevista son múltiples y algunas de ellas son ya clásicas, como la de Sullivan (1954) o la de Kinonn y Mitchels (1971), todos ellos de la psiquiatría estadounidense. En nuestro medio destacan el trabajo de Coderch (1987) y el de Mitjavila (1994) por su análisis de la demanda.

Clinica de la entrevista

Prolegómenos

Toda entrevista va precedida de diferentes eventos antes de tener lugar. Las circunstancias que concurren con la primera entrevista son numerosísimas, de tal manera que no se dan dos consultas iguales por más que intentemos regularizarlas a través de protocolos que después citaremos. El paciente, o quien solicite la entrevista, se habrá asesorado de una u otra forma para acudir a un profesional en concreto, todo ello prefigura una imagen y unas expectativas en torno al psiquiatra. Atender la solicitud personalmente no suele ser lo común, ni a veces posible en los siste-

mas sanitarios al uso; sin embargo, los datos que se captan del paciente en ese momento no son desdénables. La solicitud, atendida por una secretaria, por un bedel, por un familiar o por el propio profesional, estimula que el paciente se haga una composición de lugar del psiquiatra que le va a atender. También el lugar donde se le atiende tendrá relevancia y dará más o menos información sobre su identidad y características profesionales. La esperanza desde que se hizo la demanda hasta ser atendido puede ser indicativa de su ocupación y disponibilidad. Todos estos aspectos pueden favorecer o entorpecer la relación de confianza y colaboración que se pone en marcha con las primeras entrevistas. Es muy aconsejable mantener una cierta neutralidad en todas ellas.

Apertura de la entrevista

El primer encuentro nos revela muchos más detalles y nos permite conocer algo mejor a la persona. ¿Viene acompañada?, ¿viene toda la familia, incluido el perro?, ¿cómo va vestida?, ¿cuál es su apariencia: cuidada, descuidada?, su rostro ¿qué nos dice?, ¿cómo nos alarga la mano y nos la estrecha?, ¿es decidida, tímida, arrogante?, etc. La cantidad de detalles que podremos captar si somos observadores es impresionante. En términos comunes, todo este conjunto de detalles lo llamamos «primera impresión»; se dice que la «primera impresión» es la que vale, tiene que ver con lo que cada uno de nosotros emitimos más o menos involuntariamente y se expresa a través de la gestualidad, el lenguaje no verbal y postural, etc.

El entrevistado puede presentarse acompañado por alguien, que a menudo le sirve para disminuir su angustia, pero a veces puede acudir todo el grupo familiar, incluso algún vecino. Se evidencia así la falta de independencia de nuestro paciente y que es objeto de una gran sobreprotección. Contrariamente podemos encontrarlo ante un cliente profundamente trastornado que acude solo, suele carecer de familia, amigos o vecinos, o si tienen familia, ésta suele estar muy escindida con escasa comunicación y con importantes déficit afectivos.

Cuando el paciente se presenta acompañado, se puede crear una situación no siempre fácil de manejar. Por lo general, si manifiesta dudas de cómo entrar en la consulta, aconsejamos dejar que ellos mismos decidan; en el

transcurso de la entrevista, según se desarrolle, pediremos a los familiares o acompañantes que nos dejen solos y pospondremos para el final la decisión de tener un encuentro con los acompañantes sin la presencia del paciente, situación que intentamos rehuir siempre, puesto que se fomenta excesivamente el secretismo y, por tanto, la desconfianza; es cierto que a veces no queda otro remedio.

Por nuestra parte, es importante, una vez acomodado el paciente, hacerle saber muy sintéticamente aquello que sabemos de él, ya sea por la historia clínica del centro o por lo que un colega o familiar nos haya explicado al enviarnoslo. Técnicamente a esto le llamamos «limpieza de campo». De hecho, la entrevista libre debe ser como un campo donde el paciente se exprese con entera libertad.

Transcurso de la entrevista

Colocados ya en la consulta, donde transcurrirá la entrevista, y resueltas todas las vicisitudes que la apertura de la entrevista comporta, estableceremos el campo de la entrevista. A menudo comparamos la entrevista con una hoja en blanco que el paciente debe dibujar. Puede hacer cualquier cosa: llenarla de garabatos, esmerarse en dibujar alguna escena con o sin personajes, dejarla en blanco o incluso rasgarla. Cualquiera de estas actividades hablará bastante elocuentemente de la persona que tenemos que atender. El paciente configura la entrevista de acuerdo con su estructura de personalidad; por ello, la entrevista debe considerarse un campo abierto que el paciente ordena según sus peculiares formas de vivir y relacionarse. Como profesionales deberemos saber conducir la entrevista libre con pocas preguntas, que estarán al servicio de desencallarla y favorecer que el paciente siga explicando sus dificultades y su biografía. Cuidaremos los límites temporales de la entrevista; no es prudente excederse de una hora u hora y media, pero tampoco es suficiente una entrevista de menos de media hora o tres cuartos de hora. Si es demasiado corta, el paciente puede no haber superado aún la angustia del inicio y no habernos contado cosas fundamentales de sí mismo, trascendentes para que podamos comprenderle. Si la entrevista es demasiado larga, podemos provocar una excesiva deposición de ansiedad, que luego dificulta el reencuentro con el psiquiatra. Al inicio de la entrevista, nuestra misión es hacerle saber al paciente que lo que

esperamos de él es que nos cuente sus cosas; podemos decirle sencillamente un cordial: «Bien, qué le trae por aquí». Habrá pacientes que con sólo esta indicación nos contarán todo lo que queremos saber y más; otros se mostrarán tan inhibidos que apenas balbucearán unas palabras. Nuestra misión es transmitirles que disponemos de tiempo suficiente y que su manera de colaborar es darnos datos sobre sí mismos para que podamos conocerles. Todo ello se puede indicar con sencillez; si vemos que el paciente se interrumpe, podemos decirle: «Mire Sr. o Sra. X, se trata que yo le pueda conocer, saber qué le ocurre y así poderle hacer cargo de su problema y tratar de ayudarle; tenemos tiempo suficiente; por tanto, no se preocupe y cuéntenme todo lo que Ud. crea que nos pueda ayudar».

¿El paciente se responsabiliza o no de su enfermedad?, cuestión importante que hay que resolver durante esta fase de la entrevista. Una respuesta rápida a ella y bastante fiable se encuentra en plantearse los interrogantes que siguen (Bleger, 1971): ¿el paciente viene por sí solo?, ¿lo traen?, ¿viene porque lo remiten? Los pacientes que acuden por sí mismos suelen padecer un malestar egodistónico, algo que les preocupa y que sienten como propio y reconocen enfermo; estamos ante los pacientes con más conciencia de su enfermedad y de su posible responsabilidad respecto a ella. Las cosas cambian mucho en el segundo supuesto; los pacientes que nos son traídos a la consulta, o son niños o no suelen tener demasiada conciencia de su enfermedad ni se responsabilizan de ella; a veces la negación de su patología resulta casi insultante; estamos frente a pacientes con características psicóticas o muy graves. Por último, los pacientes que nos dicen, más o menos soterradamente, que vienen a la consulta porque les remiten el médico de cabecera, la esposa, las compañías de seguros (por cobro de seguros) o la seguridad social (por cuestiones de pensiones o prestaciones), etc. suelen presentar trastornos del carácter o rasgos psicopáticos, es decir, pertenecen al amplio grupo de los trastornos de la personalidad, y su consulta obedece al manejo y control de situaciones de las que esperan obtener algún beneficio; aunque pueden aparentar tener conciencia de enfermedad, en estos casos es manipulada de forma engañosa.

Durante la entrevista no debemos restar importancia a los problemas que nos explica el paciente, trataremos de comprenderlos y em-

patizar con la manera en que el paciente los vive, y no daremos interpretaciones demasiado confusas, académicas, técnicas o psicoanalíticas, pues todo ello complicaría todavía más los asuntos del paciente. Siempre trataremos de esperar al final de la entrevista para realizar nuestras intervenciones. Durante la entrevista procuraremos intervenir sólo para desencallarla, si fuera el caso, o para solicitar aclaraciones o ampliar determinados tipos de información que creamos relevantes.

Cierre de la entrevista

La entrevista debe llegar a su fin, una vez conseguidos los objetivos de evaluar al paciente y realizar un diagnóstico tentativo. Puede concluir con la realización de una breve anamnesis, que puede ser completada en posteriores entrevistas. Cuando el entrevistador empieza a realizar preguntas, suele comprenderse que el tiempo de entrevista libre ha terminado y se intuye que el final está próximo. Una pregunta, como ¿le parece que ha olvidado algo importante para contarme?, es una forma de indicar la terminación y a la vez completar la exploración. Ante pacientes muy necesitados de contacto o con características mantacas, a veces no queda otro remedio que anunciar el final de la entrevista con un cordial aviso: «Nos quedan unos pocos minutos para acabar por hoy, seguiremos el día próximo».

El momento de finalizar es importante porque la ansiedad se intensifica ante la despedida; el entrevistador no debe perder la oportunidad de observar de qué manera la maneja el paciente y cómo la encara. Antes de finalizar la entrevista es importante comentar con el paciente algunos de los aspectos surgidos en ella, sobre todo si ésta fuera la única que hubiera que realizar, porque proporciona al paciente alguna perspectiva nueva sobre su problemática y cierra la entrevista. Si hemos de vernos en posteriores ocasiones, podemos dejar esta tarea para otras entrevistas.

Cuestiones técnicas que ha de tener en cuenta el entrevistador

El entrevistador debe controlar el campo de la entrevista en todo momento cuidando sus límites espacio-temporales y los que se derivan de una relación estrictamente profesional. Es cierto que en la entrevista ofrecemos un campo abierto al paciente para que se ex-

prese, pero ello no significa que no haya unos límites. No excederse en el *horario*, ni por defecto ni por exceso, es una cuestión importante, como ya hemos subrayado antes. Un tiempo excesivamente limitado no da oportunidad a que el paciente se explore y adquiera una cierta confianza que le permita hablarlos de aspectos de su patobiografía relevantes y que quizá no volverán a aparecer en las subsecuentes entrevistas. Un tiempo excesivo provoca tensión y temores de excesiva confianza y recelos en posteriores contactos; además, nuestra atención empezará a flaquear, ya que su ejercicio continuado cansa.

El *espacio geográfico*, es decir, la consulta, debe contar con unas características profesionales inconfundibles que lo identifiquen. No aconsejaremos comedores, salidas de estar ni menos la habitación personal. Sabemos que puede parecer una perogrullada lo que decimos, pero en nuestros años de docencia entre estudiantes de psicología sabemos que se han realizado entrevistas en bares, dormitorios particulares, cocinas, etc. No es de extrañar que en alguna ocasión entrevistador y cliente acabaran en una discoteca. Un espacio con cierta neutralidad en su decoración, con libros de la profesión, mesa de despacho, sillas o sillones, luces adecuadas, etc., es lo que se espera de un profesional capacitado. Cierta comodidad, el máximo de intimidad (sin posibilidades de ser oído, ni de oír a los del despacho contiguo), cierto silencio, recogimiento y las mínimas interferencias crearan el ambiente oportuno para una exploración tan delicada como la psiquiátrica.

Otro de los límites más importantes es comprender que la *relación* que se establece es *estrictamente profesional*, con lo que la amistad, el flirteo, la seducción, etc. deben ser relegados a otros ámbitos más adecuados. Que nuestro cliente pueda solicitar una forma especial de trato diferente a la profesional es un derecho propio de él que nos da información de su confusión, de sus necesidades y de las dificultades en explorar sus dificultades a un nivel profesional: que nosotros cedamos a esa demanda es harina de otro costal y señala nuestra incapacidad para actuar como profesionales en el campo de la salud mental.

El encuentro con alguien desconocido desvela ansiedad en el paciente, pero también en el entrevistador. Esta ansiedad debería ayudar a la investigación del paciente, pero no siempre es así. La *inexperiencia* provoca ansiedades que pueden interferir en la labor. El

terapeuta puede sentirse muy exigido internamente por el hecho de tener que explicar lo ocurrido luego al inmediato superior, al supervisor o al maestro. La ansiedad también puede ser promovida por el temor a que el paciente se perezque de la propia ineptencia. La competencia con otros compañeros puede desvelar ansiedad, al igual que la rivalidad con el propio maestro o superior. La sospecha que otro lo hiciera mejor puede ser muy angustiante para el psiquiatra novel, etc.

Si estas ansiedades son excesivas, posiblemente no dejarán percibir las del paciente y sus fluctuaciones. El entrevistador puede organizar diferentes maniobras para tranquilizar: usar fórmulas de relación reiterativas y repetitivas, no escuchar al paciente, recaer siempre en los mismos diagnósticos de forma repetida y prescribir medicación de forma indiscriminada, atribuyéndole y esperando de ella soluciones mágicas. Confundirse con el paciente llegándose a negar la enfermedad, o explorar áreas de la personalidad de los pacientes es en ellas que el terapeuta tiene sus propios problemas, pueden ser otras tantas formas de manejar la ansiedad del entrevistador; todas dan al traste con la finalidad diagnóstica de las entrevistas clínicas. La urgencia diagnóstica, la incapacidad para aceptar las limitaciones, la expectativa de curaciones espectaculares y la escasa capacidad para soportar los fracasos o los éxitos muy limitados acaban de completar el panorama que dificulta la actividad profesional en las entrevistas clínicas.

Los silencios suelen ser una situación difícil para el principiante. Se debe intentar saber el tipo de silencio de que se trata: ¿está el paciente meditando, elaborando algún pensamiento o resistiéndose?, ¿está confundido, ha contactado con alguna cuestión difícil y prefiere no comunicarla? Si no se sabe qué ocurre, después de unos pocos minutos de silencio, podemos preguntar: ¿en qué piensa Ud.? El silencio al inicio de la entrevista suele ser una invitación a que el entrevistador pregunte, a menudo porque el paciente desconoce esta situación y está acostumbrado a que los médicos pregunten; si éste fuera el caso, no forzaríamos el silencio, sino que explicáramos al paciente amablemente: «Disponemos de tiempo y nos gustaría que nos hablara de sus asuntos, de la manera y orden en que Ud. prefiere, a fin que nos podamos hacer cargo de ellos y buscar la mejor forma de ayudarle».

Lo que aparece tras un silencio acostumbrado señalarnos el tipo de ansiedades movilizadas y la respuesta que les da el paciente.

Las *descargas emocionales* deben tolerarse, pero no estimularse ni consolarse de otro modo que no sea ofreciendo al cliente un papel de papel si es que fuera realmente necesario. Una actitud de silencio respetuoso ante el dolor será suficiente y no ayudará a dramatizar más la situación.

Las *preguntas* durante la entrevista deben estar al servicio de una investigación meditada y no ser torrutillas ni fruto de las circunspectas intenciones o las que responden a una curiosidad desmesurada por parte del entrevistador. Los interrogatorios exhaustivos y sistemáticos suelen impedir que separemos a ciencia cierta qué tipo de persona hemos entrevistado.

Las entrevistas de grupo, pareja, familia y niños constituyen variantes especiales de la entrevista individual y de adultos a la que nos estamos refiriendo. Muchos de los principios expuestos hasta aquí son normas generales transportables a las situaciones específicas citadas.

La *pareja*, otra de las posibilidades de entrevista, suele crear una situación característica, en donde cada uno de sus miembros reclama la atención del entrevistador para que les dé la razón a uno u otro. Aunque es fácil tomar partido por uno de los componentes de la pareja, el entrevistador no debe renunciar a su papel de observador y debe seguir estudiando el tipo de relación y de comunicación que mantienen los componentes de la pareja.

En la entrevista de *familias* es importante observar cuál es el enfermo que la familia designa como tal. El entrevistador deberá observar la dinámica familiar y si es toda la familia la que está enferma y expresa su trastorno a través del paciente designado, que suele asumir este rol por alguna razón.

MODELOS DE ENTREVISTA

Los diferentes modelos de afrontar la enfermedad mental, abordados en otro capítulo, han proporcionado diferentes técnicas de la entrevista. Creemos que el clínico experimentado suele conducir entrevistas donde los modelos quedan integrados. Vamos a tratar de esquematizar las principales aportaciones de tales modelos.

Entrevista desde el modelo médico

Es el modelo más antiguo y, por tanto, con mayor raigambre dentro de la psiquiatría y entre los profesionales de la salud mental. Se trata de un modo de hacer avalado por la experiencia y el tiempo, y que ha sufrido el impacto de las diferentes modas e influencias: desde las tendencias humanístico-románticas de la psiquiatría alemana de principios de siglo pasado hasta el del kraepelinismo, y desde la profundidad y barroquismo de las influencias fenomenológicas de Jaspers y de la escuela francesa hasta la taxonomía cerrada de los manuales de clasificación tipo DSM-IV. Es el modelo clínico por excelencia. Las entrevistas suelen ser semidirigidas y el entrevistador trata de explorar haciendo que la narración del paciente se vea encajada, pero no construida. La preocupación se centra en una búsqueda más o menos sistemática de signos y síntomas que configuren un cuadro clínico completo susceptible de ser diagnosticado. El historial psicopatológico o parabiografía es otro de los objetivos a conseguir a través de la entrevista. Todo ello ha de permitir un diagnóstico y un tratamiento, por lo general biológico, aunque no se descartan los tratamientos alternativos y/o concomitantes, por la palabra o por sistemas conductuales más o menos sofisticados.

Entrevista desde el modelo psicoanalítico

El psicoanálisis, disciplina que ya cumple su centenario, ha proporcionado a la psiquiatría sus hipótesis y su metodología de investigación. La entrevista libre, donde el paciente es invitado a asociar libremente sin las directrices del terapeuta, es el instrumento básico del psicoanálisis. La investigación sobre este instrumento no ha cesado y por tanto, los conocimientos desarrollados son sólidos y bastante bien fundamentados.

Durante la entrevista se actualizan en el paciente sentimientos y actitudes inconscientes, que corresponden a patas de conducta establecidas en el curso del desarrollo psíquico, especialmente con la familia. Estas patas inconscientes son las que intenta observar el psicoanalista. En definitiva se observa un tipo de relación establece con nosotros: de competencia, de protección, de colaboración, erotizada, etc. Durante una entrevista siempre se moviliza un cierto grado de ansiedad.

que generalmente no es poca, dados la novedad y desconocimiento de la situación. Para neutralizarla se recurre a diferentes mecanismos, evidentemente aquellos que el paciente usa más comúnmente. Todo ello nos proporciona una excelente oportunidad para estudiar la manera en que el paciente está estructurado defensivamente.

El entrevistador sufre el impacto de las comunicaciones del paciente, produciéndole una serie de reacciones. Algunas de ellas podrán atribuirse a la particular personalidad del terapeuta, pero el resto, que suelen ser la mayoría en las condiciones habituales, son características del paciente y podemos decir que corresponden a la estructura de la personalidad del entrevistado. Estas impresiones son un elemento a tener en cuenta en el momento de elaborar el diagnóstico y la indicación de tratamiento. Por tanto, en la entrevista psicoanalítica a la observación se suma la autoobservación. El entrevistador analítico debe actuar algo desdoblado, de modo que una parte de sí mismo ha de identificarse con el paciente y sentir como si estuviese en su lugar. Por otro lado, debe ser observador de lo que sucede, además debe controlar y evitar que la ansiedad provocada por el encuentro desorganice la investigación.

El beneficio que el entrevistador saca de la entrevista debe ser claro: los honorarios profesionales que de ella percibe y la satisfacción profesional y científica. Las reacciones contra transferenciales, es decir, el resto de fenómenos que el terapeuta registre (simpatía, antipatía, repugnancia, admiración, compasión, indiferencia, dificultad para recordar lo que se nos ha contado, etc.) deben ser tomados como datos de la entrevista.

Entrevista desde el modelo conductual*

Surgido de la psicología, se trata del modelo más reciente y gestado a menudo a cierta distancia de los ámbitos clínicos. Mientras que la entrevista psicodinámica intenta recoger y comprender los aspectos inconscientes del sujeto entrevistado, la conductual no pretende otra cosa que recoger información sobre las conductas del sujeto a nivel consciente. Ambas técnicas son diametralmente opuestas. La entrevista conductual es consi-

* Este apartado ha sido elaborado con la colaboración de A. Iñárriz Ciparrós, doctor en psicología.

Tabla 6-1. Modelo de entrevista conductual

Definición de la conducta problema	Determinantes de la conducta problema
1. Naturaleza del problema, tal como lo define el cliente (razones del contacto, ejemplo concreto, etc.)	1. Condiciones que la intensifican
2. Gravedad del problema (frecuencia e intensidad percibida)	2. Condiciones que la alivian
3. Generalidad del problema (duración y alcance en diferentes situaciones)	3. Hipótesis personal sobre el origen del problema
	4. Antecedentes específicos (a nivel social, personal, cognitivo y de conducta)
	5. Consecuentes específicos (a nivel social, personal, cognitivo y de conducta)
	6. Cambios sugeridos (cuál es el objetivo del cambio que el sujeto normalmente se propone o desea)
	7. Indicaciones para una exploración posterior (ampliación de la información que se considere relevante para la conducta problema)

De Peterson, 1968.

los ámbitos de investigación que suelen estar alejados de los clínicos.

El análisis de la conducta se seguirá de la selección de conductas a modificar y se diseñará un plan terapéutico. Cada actuación terapéutica concreta validará su resultado, de esta suerte se intenta llevar a cabo una experiencia controlada.

HISTORIA CLÍNICA Y ANAMNESIS

La historia clínica es un registro de los datos derivados de las diversas exploraciones efectuadas al paciente. Contiene desde la anamnesis, es decir, el interrogatorio sistemático efectuado al paciente desde que se inició su asistencia, hasta los informes de las exploraciones complementarias realizadas por el psicólogo o por los servicios más sofisticados del hospital.

A menudo se confunden los términos de historia clínica y anamnesis, y se les conside-

ra sinónimos. Esto no es así, ya que la historia clínica incluye la anamnesis y ésta a su vez engloba diversos apartados. En la tabla 6-2 se presenta un esquema de los componentes de ambas.

Haremos una descripción de cada uno de estos apartados con el convencimiento de dejar en el tintero muchos datos que pueden ser explorados; no es la pretensión de este capítulo ser exhaustivo. Para solucionar estas omisiones se han confeccionado historias clínicas patrón, que intentan ser una guía para que los datos se recojan de una forma uniforme y estructurada; con ello se pretende facilitar las tareas diagnósticas y de investigación. En nuestro medio cabe destacar la «Historia Psiquiátrica Automatizable Barcelona» (Tizón, 1980). Este tipo de instrumentos suelen tener un uso limitado y restringido a determinadas instituciones, ya que cada una de ellas suele tener su propio modelo. Ciertamente esta situación dificulta la investigación. En Estados Unidos a través de la NIMH-DIS —entrevista

Tabla 6-2. Apartados que componen la historia clínica y la anamnesis

Anamnesis	Historia clínica
1. Datos de filiación	1. Anamnesis
2. Motivo de consulta	2. Exploración: <ul style="list-style-type: none"> a) Física b) Psicopatológica c) Complementaria
3. Historia de la enfermedad actual	3. Orientación diagnóstica
4. Antecedentes personales (desde el nacimiento a la actualidad)	4. Orientación pronóstica
5. Antecedentes familiares	5. Tratamiento
	6. Evolución y comentarios
	7. Epícrisis

diagnóstica estructurada del Instituto Nacional de Salud Mental, diseñada para poder realizar diagnósticos con los criterios del sistema DSM-III, los RDC (Research Diagnostic Criteria) y los del grupo de investigación de Saint Louis, se intentó paliar la situación (Spitzer y Endicott, 1975). Nuevas dificultades aparecen con estos sistemas de anamnesis altamente estructuradas: la especificidad para la investigación o propósito para que han sido creadas o su extensión. Por estas razones se crean instrumentos específicos para situaciones de investigación muy concretas, con lo que se multiplican los sistemas de recogida de datos, lo cual dificulta la replicabilidad de las investigaciones. Otro escollo destacable es que, una vez creado el instrumento, su aplicación necesita un entrenamiento más o menos dilatado, aparte el tiempo que comporta su aplicación. La solución más expeditiva en los medios clínicos, donde la presión asistencial suele ser abrumadora, consiste en confeccionarse su propio modelo de acuerdo con las necesidades y exigencias de la institución concreta.

Anamnesis

Anamnesis significa interrogatorio. Después de la entrevista clínica, el médico debe recoger de forma sistemática los datos que le permitan elaborar una patografía de su paciente. La anamnesis, parte de la historia clínica, recoge datos como son: la filiación, el motivo de consulta, los antecedentes familiares y personales, etc. De algunos ya tendremos extensa noticia a través de la entrevista realizada previamente. El interrogatorio sistemático nos debe permitir conocer los síntomas más relevantes y su devenir en la biografía del paciente. Se trata de realizar una hipótesis diagnóstica que nos permita recoger los datos para confirmarla o no, y que en caso afirmativo nos conduzca al consiguiente tratamiento y a la elaboración de un pronóstico. En los medios médicos se dice que un 90% de diagnósticos se realizan a través de la anamnesis y si no es así, difícilmente se realizan con las exploraciones complementarias; en consecuencia, la habilidad para llevar adelante este tipo de interrogatorio es algo a desarrollar por el psiquiatra o profesional concurrido en estas tareas.

Los esquemas para realizar anamnesis varían de una institución a otra, incluso según el modelo teórico al que esté adscrito el profesio-

nal o según el tipo de afección ante el que nos encontremos; a medida que nos acerquemos más a los trastornos orgánicos, menos nos importarán los antecedentes biográficos. Poco importa si un paciente confuso por una intoxicación medicamentosa presentó algún problema emocional recientemente o en su infancia, aunque conocer estos datos nos puede revelar que estamos ante una persona con gran tendencia a sufrir accidentes peligrosos a lo largo de su vida.

El interrogatorio debe ser practicado con calma y con tiempo; se debe dejar hablar al paciente, sin obligarle a seguir nuestro esquema, que puede ser rellenado ordenadamente a partir de lo que el paciente narra a su manera y con su orden; la información así obtenida suele ser más rica y contextualizada en los significados del paciente, y ello hace que cobre mucho más sentido.

Datos de filiación

Es el apartado de la anamnesis que recoge los datos de identidad del paciente: *nombre, edad, lugar de nacimiento, domicilio, estado civil, profesión, situación laboral*, etc. Comúnmente se recoge por la administración del hospital o por la secretaria del profesional, pero es importante que el psiquiatra los tenga en cuenta porque sitúan a la persona atendida fácil y rápidamente.

Motivo de consulta

En este apartado se describe de forma simple y breve el motivo por el que el paciente ha acudido a nosotros, por ejemplo, «cefaleas desde hace un año y medio sin que se haya podido encontrar lesión orgánica alguna».

En este apartado podemos reseñar las *fuertes de información*, es decir, si los datos los suministra el propio paciente o algún familiar, vecino, etc.

Antecedentes familiares

Por norma general se suele usar un diagrama en donde quedan reflejados los datos de parentesco de los difrentes familiares (Fig. 6-1). Con el diagrama obtenemos una visión rápida y sintética de la composición de la familia del paciente y de sus diferentes relaciones de parentesco. El diagrama es ampliable a los abuelos y bisabuelos, sobre todo en los casos de enfermedades hereditarias con finas de es-

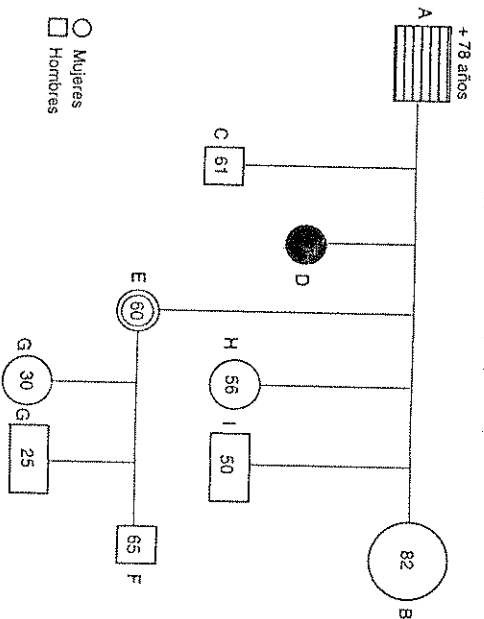


Fig. 6-1. Esquema de árbol familiar. Representaremos a las personas por recuadros y una línea indica el tipo de vinculación. En cada recuadro apuntamos la edad y, si ya falleció, las causas del óbito: A) padre fallecido a los 78 años; B) madre viva de 82 años; C) hermana mayor de 61 años; D) abortó; E) paciente que consulta de 60 años; F) esposo de 65 años; G) hijos de 30 y 25 años; H) hermano de 56 años, e) hermano de 50 años.

tudio genético. Los aspectos emocionales de las relaciones enriquecen este apartado y nos aportan datos de interés psicopatológico muy apreciables.

Antecedentes personales

Este será el lugar adecuado para registrar la patobiografía del paciente tanto en los aspectos patológicos como en los normales. Consideraremos los datos que el paciente conozca sobre su *primera infancia*: parto, lactancia, control de esfínteres, deambulación, locución, enfermedades, etc. Evaluaremos las *relaciones emocionales* de estas primeras épocas entre la madre, el padre y el bebé, y también con los hermanos. Exploraremos los signos de *psicopatología infantil*: aislamiento, enuresis, terrores nocturnos, timidez, sadismo, hiperactividad, fobias, mentiras, robos, trastornos conductuales, conducta alimentaria, etc.

La *segunda infancia* suele ser mejor conocida por el paciente y no se suele necesitar tanto el concurso de los familiares; en ella estudiaremos la vida escolar, el rendimiento, las relaciones con los compañeros y los maestros, las actividades sexuales precoces, etc.

La *pubertad* y la *adolescencia* constituyen el siguiente motivo de interés para el profesional; se explorará la socialización y el grado de

adaptación al medio social y cambios corporales: menarquia, poluciones, actividades sexuales, estudios superiores, inicio de las actividades laborales, etc.

Seguiremos con la *madurez* del sujeto explorando: los estudios, la actividad laboral, las relaciones sentimentales, el matrimonio, los hijos, el tipo de relaciones sociales, los antecedentes somáticos, las enfermedades físicas relevantes, los trastornos psíquicos, las enfermedades mentales, el abuso de drogas, los síntomas premórbidos, los trastornos caracteriales, etc.

Enfermedad actual

Prestaremos atención al momento de aparición de los primeros síntomas y a su evolución, a las exacerbaciones o remisiones si las hubo, y las circunstancias que las rodearon. También registraremos los tratamientos recibidos y cuáles fueron los más eficaces. Siendo el apartado de la anamnesis más rico, es el menos sistematizable por cuanto las vivencias del sujeto ocupan y unen los síntomas, configurándoles un carácter absolutamente personal.

En pacientes graves suele ser necesario el concurso de la familia para la recolección y elaboración de todo este tipo de material.

La historia clínica, además de la anamnesis, incluye otros apartados.

Exploraciones

La historia clínica debe seguirse de una exploración psicopatológica completa, que re-

quiere un conocimiento en profundidad de la fenomenología clásica estudiada ampliamente en los capítulos siguientes. La resumiremos de manera orientativa en la tabla 6-3.

El apartado debe contener una *exploración física general* y otra más específica de tipo neurológico, encaminadas a descartar lesión.

Tabla 6-3. Resumen de la historia clínica

Estado de la conciencia	Memoria
Hipervigilancia	Amnesias (tipos)
Lucidez	Paramnesias
Obnubilación	Hipermemoria
Confusión	Fabulaciones
Onirismo	<i>Dejá vu, jamais vu</i>
Estupor	Pensamiento (curso)
Sopor	Incoherencia
Coma	Fuga de ideas
	Perseveración
Atención	Disgregación
Hiperprosexia (gran atención)	Bloqueos
Hipoprosexia (falta de atención)	Pensamiento (contenido)
Disprosexia (distraibilidad)	Ideas obsesivas, fóbicas, sobrevaloradas, de grandeza, de suicidio, de culpabilidad, de muerte, de inferioridad, hipocondríacas, de pérdida de control, etc.
Conducta motora	Ideas delirantes: de persecución, depresivas, maníacas, religioso-místicas, de influencia, oclotípicas, hipocondríacas, de culpa, de ruina, de desesperación, etc.
Entrecimiento psicomotor	
Inquietud psicomotriz	Lenguaje
Excitación psicomotriz	Mutismo
Catatonia	Mutación
Alteraciones de la marcha	Estereotipias
Tics	Ludismo verbal
Temblores	Neologismos
Sueño	Verbigeración
Hipersomnia	Ecolalia
Insomnio (tipos)	Atasia (tipos)
Sonambulismo	Disartria
	Conducta sexual
Afectividad	Trastornos funcionales
Ansiedad	Parafilias
Angustia	Trastornos de la identidad sexual
Euforia	Conductas alimentarias
Anhedonia	Anorexia y bulimia
Depresión (tipos)	Conductas agresivas
Indiferencia afectiva	Hetero y autagresivas (tipos)
Labilidad emocional	Juicio
Desesperación	Conciencia de enfermedad
	Percepción
	Ilusiones
	Alucinosis
	Alucinaciones
	Seudoalucinaciones: visuales, acústicas, cenestésicas, táctiles, etc.
	Falsos reconocimientos
	Orientación en el tiempo y el espacio
	Desorientación (tipos)

desde su inicio, pasando por el curso y evolución, hasta el momento del alta, ello lo denominamos *epicrisis*. Durante su confección se pueden revisar los errores diagnósticos si los hubo, la confirmación o no del pronóstico, lo acertado de determinadas medicaciones frente a otras, etc. Es un momento de profundo aprendizaje para el clínico. A menudo las instituciones sanitarias celebran una sesión semanal, quincenal o mensual dedicada al cierre de las historias clínicas, que suscita provechosos debates.

BIBLIOGRAFÍA

- Bleger, J.: Temas de psicología: entrevista y grupos. Nueva Visión, Buenos Aires, 1971.
- Borrell, F.: Manual de entrevista clínica. Doyma, Barcelona, 1989.
- Coderc, J.: Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica. Herder, Barcelona, 1987.
- Haynes, S. N.: Principles of behavioral assessment. Gardner Press, Nueva York, 1973.
- Hersen, M., y Turner, S. M.: Diagnostic interviewing. Plenum Press, Nueva York, 1985.
- McKinnon, R. A., y Michels, R.: The psychiatric interview in clinical practice. W. B. Saunders, Filadelfia, 1971.
- Mitjavila, M.: La iniciación del tratamiento. En Avila, A., y Poch, J. (dirs.): Manual de técnicas de Psicoterapia. Un enfoque psicoanalítico. Siglo XXI, Madrid, 1994.
- Peterson, D. R.: The clinical study of social behavior. Appelton-Century-Crofts, Nueva York, 1968.
- Poch, J., Jarne, A., y cols.: La consulta en psicología clínica. Paidós, Barcelona, 1992.
- Spitzer, R. L., y Endicott, J.: Assessment of outcome by independent clinical evaluators. En Waskow, J. E., y Parkoff, M. B. (dirs.): Psychotherapy change measur. NIMH, Rockville, 1975.
- Sullivan, H. S.: The psychiatric interview. Norton, Nueva York, 1954.
- Walsh, W. B.: Validity of self-report. J. Counsel. Psychol., 14, 18-23, 1968.

Orientación diagnóstica y pronóstica

Con la información recabada nos es posible configurar un cuadro clínico susceptible de un determinado diagnóstico. El clínico deberá razonar los argumentos que le conducen a tal diagnóstico apoyándose en los datos que aparecen en el historial clínico de su paciente. Pueden concurrir uno o varios diagnósticos, que deben ser registrados, a ser posible, con su equivalente en las clasificaciones psiquiátricas más al uso DSM-IV y IDC-10.

Establecido el diagnóstico, se realizará un pronóstico, teniendo en cuenta las posibilidades terapéuticas; esto se conoce como *orientación pronóstica*.

Tratamiento, evolución y epicrisis

Se anotará el *tratamiento* administrado al paciente, así como las razones en las que se sostiene tal indicación, lo cual es la consecuencia lógica del razonamiento hecho en el anterior apartado. Se registrará la *evolución* durante las sucesivas entrevistas, así como los cambios de medicación, de diagnóstico y de pronóstico si los hubiere.

Por último, cuando se dé el alta médica y consideremos el caso solucionado, aunque pudiera ser sólo por un período de tiempo, realizaremos una valoración general del caso