

EL EXAMEN MENTAL*

TÉCNICA DEL EXAMEN MENTAL

La técnica del examen mental carece de los procedimientos estereotipados del examen físico. Importa más la habilidad del examinador para adaptarse al paciente y a la situación creada por la sintomatología o enfermedad de éste. Existen, sin embargo, algunos principios de orientación de índole muy general:

a. **La entrevista debe ser privada.** La presencia de otras personas (miembros de la familia, amigos u otros pacientes) la hace insatisfactoria.

b. **El acercamiento al paciente debe ser amigable**, pero con naturalidad. Preferible es comenzar por las molestias principales de la enfermedad actual, tanto si consulta a iniciativa propia o cuando es enviado por un colega o es la familia quien lo solicita. En todos los casos el entrevistador hará constar su interés de ayudarlo a resolver sus molestias o a evaluar su situación emocional (nerviosa) sin ideas preconcebidas. Se sirve mejor a los intereses del paciente con la franqueza. Bajo ninguna circunstancia debe engañársele.

En la entrevista se observa su comportamiento a medida que manifiesta sus molestias y discute la historia de la enfermedad o problema actual. Casi siempre dará cuenta espontáneamente de algunos de sus síntomas o maneras en que ha sido perturbado. Debe animársele a elaborar la descripción de lo sucedido y de cómo lo ha afectado. Entonces son necesarias ciertas preguntas directas formuladas sobre otras preocupaciones (funciones psicológicas parciales) que pudieran haberle perturbado. Finalmente, algunas preguntas adicionales respecto de la memoria y funciones intelectuales completan el examen mental. Recuérdese que el mismo paciente es un informador de su propia historia personal y familiar.

c. **Son esenciales tacto y gentileza.** Las preguntas sobre la molestia principal o sobre las preocupaciones del paciente deben ser formuladas con cautela y en un lenguaje que éste sea capaz de entender de tal manera que no le perturbe. La aparición de angustia y hostilidad durante el examen podría estar, muchas veces, confirmando una mala técnica. Si por algún motivo el paciente se altera debe cambiarse el tema de la conversación previa reaseguración. Nunca debe concluirse la entrevista dejando perturbado al examinado.

La gentileza es esencial; las dificultades emocionales de los pacientes son de fácil acceso una vez que éste tiene confianza en el examinador y se da cuenta de su interés y respeto genuinos.

Deben aceptarse sin crítica o sorpresa las declaraciones del paciente. Síntomas con respecto a los cuales el sujeto puede estar a la defensiva, pueden aflorar si la técnica del examen se basa en el respeto. Como regla general debe evitarse las interpretaciones y usarlas sólo cuando sea estrictamente necesario, por ejemplo, cuando la angustia es intensa, y para los fines de una debida reaseguración.

d. Dentro de un tiempo prudencial el examen mental debe desarrollarse abarcando todos los aspectos particulares enfatizando algunos de ellos en relación al trastorno fundamental. El examen mental no difiere para un paciente psicótico o neurótico. Los diferentes tipos de trastorno no cambian el objetivo del examen ya que siempre hay que determinar la naturaleza de las respuestas psicológicas y psicopatológicas más o menos individualizadas de la persona. Ningún paciente debe ser examinado de modo irrespetuoso. Ni el severamente enfermo ni aquel con una enfermedad menor es traumatizado por un examen adecuado y hábilmente conducido. Cuando un paciente se halla agudamente perturbado, estuporoso o por alguna razón no colaborador, el examen inicial debe ser pospuesto, pero es importante obtener un registro preciso del comportamiento y de las declaraciones del paciente durante tal período, aunque ciertos aspectos manifiestos o nítidos pueden estar ausentes o ser inaccesibles. Un nuevo examen detallado debe ser hecho luego si ocurre cambio significativo en el comportamiento.

e. El relato escrito final debe ser, en lo posible, tan conciso cuanto completo. Es esencial mencionar las preguntas importantes efectuadas y registrar literalmente las contestaciones más significativas del paciente. Las conclusiones deben apoyarse, cuando sea posible, mediante citas de las declaraciones formuladas del paciente que las sustenten, de tal modo que el lector pueda comprobar, sin dificultad, las bases de la formulación, simples, descriptivas, no ambiguas, evitándose las expresiones técnicas, así como aquellas que manifiesten juicios morales. Se anotarán tanto los hallazgos positivos cuanto los negativos.

ESQUEMA DEL EXAMEN MENTAL

1. Porte, comportamiento y actitud

Se describirá la edad que aparente el paciente en contraste con la declarada; el orden, desorden o excentricidad en el vestir. En caso de la mujer, los arreglos o cosméticos que utiliza. Anotar si hay evidencia de que el sujeto está perturbado o enfermo somáticamente: palidez, cianosis, disnea, enflaquecimiento. Asimismo, describir la expresión facial: alerta, móvil, preocupada, de dolor, inexpresiva, triste, sombría, tensa, irritable, colérica, de temor, despreciativa, alegre, afectada, de ensimismamiento, vacía.

Valorar el habla: tono moderado de voz con enunciación clara y acento ordinario o indebidamente fuerte o débil, apagada, cuchicheante, disártrica, ronca, tartamudeante, monótona o flexible. Otro tanto se hará con la postura y la marcha: erguida, encorvada, oscilante, tiesa o torpe. Asimismo, se anotará si se presentan gestos desusados, tics, temblores, tendencia a pellizcarse, frotarse o coger su ropa. No dejar pasar una cojera, una rigidez muscular, una resistencia tipo rueda dentada o la flexibilidad cérea. Por último, describir la actividad general durante el examen, anotando si ésta está dentro de los límites normales o si el paciente se encuentra agitado, inquieto, hipoactivo, retardado, inmóvil o se mueve espontáneamente o sólo como respuesta a estímulos externos. En general, precisar si la actividad es organizada y con objetivos, o desorganizada, impulsiva o estereotipada. Asimismo, si los movimientos son graciosos o torpes y si hay tendencia a mantener actitudes motoras o a repetir los movimientos, actitudes o palabras del examinador, por ejemplo.

2. Actitud hacia el médico y hacia el examen

No debe preguntársele directamente al sujeto pero se registrará cualquier comentario a ese respecto. Anotar, entonces, la forma en que saluda y cómo relata su malestar: de manera impersonal o como si fuera un negocio, amigable, desconfiado o respetuoso, turbado, miedoso, no sólo al hablar de sus síntomas sino al hablar en general con el entrevistador; es decir, si se muestra indiferente ante éste o lo ignora o trata de suplantarle o se comporta tímida, afectada o juguetonamente.

3. Temas principales. Molestias y manera de manifestarlas

La molestia es lo que el paciente comunica acerca de sus malestares, preocupaciones y trastornos principales que más lo perturban, aun cuando no sea lo que más amenaza su salud. Las explicaciones que el paciente proporciona al respecto de ella pueden ser correctas, pero pueden ser totalmente erradas como ocurre con los hipocondríacos o los psicóticos. La molestia debe anotarse tan literalmente como se pueda, pero que sea compatible con una razonable brevedad. El registro debe indicar si el paciente tiene una o varias molestias y ha de indicar el orden de importancia o énfasis que les otorga. Es, asimismo, muy importante anotar la expresión emocional que acompaña al relato ya que muchas veces las emociones expresadas en esas circunstancias son más reveladoras que el contenido de las palabras. Respuestas del tipo de resentimiento, angustia, culpa y cólera son sugestivas de problemas significativos.

En algunos casos el paciente puede negar la existencia de cualquier malestar o dificultad personal o francamente puede manifestar o dar a entender que la culpa es de alguna otra persona. La descripción de la calidad de la molestia debe ponerse en evidencia dentro de lo posible, con citas textuales expresadas por el paciente. Los temas principales de la molestia y de las preocupaciones pueden, generalmente, ser puestos de manifiesto haciendo preguntas similares a las siguientes: ¿Por qué ha venido acá? ¿Está Ud. enfermo? ¿En dificultades de alguna manera? ¿Cómo se ha manifestado su enfermedad, su nerviosidad o su dificultad? ¿De qué se ha quejado o qué molestias ha tenido? Si el paciente manifiesta que no tenía deseos de consultar al médico o que ha sido traído, sin quererlo él, para un examen, hay que elaborar otro tipo de preguntas que pueden ser como las siguientes: ¿Por qué lo trajeron aquí sus parientes o amigos? ¿Pensaron que Ud. estaba enfermo o nervioso? ¿Por qué pensaron eso?

Es mejor que el paciente describa la enfermedad a su manera, con la menor interrupción posible. Puede hacerse preguntas apropiadas para destacar con mayor claridad los asuntos importantes. Para tal efecto, el examinador selecciona las preguntas adecuadas guiándose por el sentido de lo obtenido en las declaraciones espontáneas del paciente, de su comportamiento, de los aspectos formales del lenguaje y de su estado afectivo. Estas preguntas pueden tener las siguientes características: ¿Tiene el paciente alguna molestia o trastorno físico? ¿Preocupaciones especiales? ¿Situaciones especiales que lo han perturbado? (situación general en el hogar, en el trabajo, en la escuela; muertes recientes, fracasos, desengaños, dificultades económicas, enfermedades; pequeñas dificultades y mortificaciones, pero constantes).

En caso de que el paciente no colabore y por lo tanto el contenido no sea fácilmente accesible porque no desea el examen, la exploración ni el tratamiento, o por ser suspicaz, desconfiado o antagonista a tales procedimientos, es necesario emplear preguntas directas: ¿Nos han dicho que Ud. ha estado enfermo? (o nervioso, preocupado o actuando de manera no acostumbrada) ¿Es eso así? Queremos ayudarlo

y escuchar su punto de vista del asunto. ¿Le ha ocurrido a Ud. últimamente algo extraño? ¿Tiene Ud. motivos para quejarse de algo o de alguien? ¿Han sido todos correctos con Ud? ¿Qué piensan los demás de su estado? Si existe resistencia, debe emplearse mucho tacto, antes de ejercer presiones, y proceder a una averiguación indirecta y no interrogativa: "deduzco o me parece, que algo le ha sucedido, que algo ha ocurrido; me agradecería que me contara lo sucedido para formarme una mejor idea, para aclarar cualquier malentendido".

4. Revisión de las funciones parciales

4.1 Atención. Apenas iniciada la observación directa se precisará la atención que el sujeto presta a los procedimientos del examen o durante la entrevista. Ante todo se anotará la orientación o dirección dominante y de qué manera se mantiene despierta. Si es necesario aplicar pruebas simples como la sustracción seriada, no sólo anotar las respuestas logradas sino el monto del esfuerzo al responder, el grado de fatigabilidad y la presencia de distraibilidad como un factor de interferencia.

4.2 Estado de la conciencia. Las condiciones en que está disminuida o alterada la conciencia se describen como estrechamiento, entorpecimiento y anublamiento y sus variedades (Ver Capítulo 5). Tener en cuenta, sin embargo, que las alteraciones de la conciencia se presentan o exacerbaban en la noche muy frecuentemente y su carácter es fluctuante. Asimismo, no sólo compromete la orientación, la atención, la memoria o la actividad perceptiva con una interpretación errónea de la realidad sino que produce una perturbación global del comportamiento.

4.3 Orientación. Es necesario estudiarla en cada una de sus esferas: tiempo, lugar, con respecto a las otras personas y consigo mismo. En muchos, especialmente en la práctica de consultorio, tratándose de pacientes venidos voluntariamente, es aconsejable el empleo de preguntas formales concernientes a la orientación y, en ningún caso, debe prejuizarse que existe una orientación correcta.

4.4 Lenguaje. Tener en cuenta que la comunicación entre el paciente y el entrevistador se realiza no solamente a través del lenguaje oral, sino, también, del mímico e, inclusive, del escrito. Hay que estar atento a reparar en la velocidad de la emisión del discurso y sus fluctuaciones en relación a los estados o cambios de ánimo en el sentido de su aceleración o retardo, a la tonalidad aguda o grave, a la intensidad exagerada o disminuida, a la productividad aumentada o restringida, a la fluidez o a las detenciones, al orden o desorden de las asociaciones, a las repeticiones innecesarias y a la comprensibilidad o no del discurso. Otro tanto hay que anotar a la mímica; si está exagerada, disminuida o ausente y si concuerda con las palabras o el estado de ánimo dominante. De otro lado, generalmente, hay concordancia entre el lenguaje oral y el escrito.

4.5 Afectividad. La evaluación del estado emocional debe tomar en cuenta criterios objetivos y subjetivos, anotándose las emociones y estados de ánimo dominantes. Han de distinguirse las reacciones emocionales que son respuestas a una situación significativa de los estados de ánimo de naturaleza endógena y las actitudes emocionales que orientan la conducta dando significación a las situaciones, pudiendo referirse a otras personas, a la propia persona y, en general, a todo tipo de situación.

Se considera, objetivamente, la expresión facial, el comportamiento general, la postura, la marcha, los gestos. Debe prestarse atención a la ocurrencia de lágrimas,

sonrojos, sudor, dilatación pupilar, taquicardia, temblores, respiración irregular, tensión muscular, aumento de presión arterial, modificaciones somáticas presentes en estados de tensión, angustia, miedo y depresión. Es importante, para la conveniente identificación, el aspecto subjetivo, es decir, la descripción que hace el paciente de su propio estado afectivo, sea espontáneamente o como respuesta a nuestras indagaciones. De otra parte, es indispensable anotar los cambios o modificaciones que se producen a propósito de tal o cual declaración. Signo de haberse tocado o aproximado a un asunto importante es la aparición de una emoción intensa, y una manera de acercarse a su mejor comprensión es ayudar a conocer las situaciones que la provocan. Tan importante como lo mencionado es el estudio de cómo se las controla o suprime y de qué manera el estado afectivo modifica o compromete el funcionamiento psicobiológico; por ejemplo, precisa saber qué ha condicionado ese estado emocional, por qué responde así, tan intensamente, qué es lo que siente y manifiesta y qué es lo que hace en ese sentido.

En cuanto a los estados de ánimo, hágase similares observaciones, tomándose nota de cualquier tendencia a la periodicidad y a la alternancia con otros estados de ánimo, su presentación accesual o ictal y su vinculación a otros fenómenos (crisis convulsivas, por ejemplo) en general; buscar qué conexiones se dan con alguna conducta irracional o peligrosa (ideas de suicidio) tendencia agresiva, pródiga, promiscua u otras. Prestar atención a la concordancia o discordancia entre lo que dice el paciente y su expresión emocional. Puede ocurrir que la expresión de los pensamientos no se acompañe de las emociones o expresiones emocionales correspondientes; así, hable de asuntos serios sonriendo o viceversa. Otras variables importantes son: la facilidad y la variabilidad. Puede ocurrir que asuntos chistosos susciten torrentes de risa o que pensamientos apenas tristes provoquen llanto intenso y prolongado; en estos casos, con causa insuficiente, ¿reconoce el paciente lo excesivo e incontrolable de su respuesta?

4.6 Experiencias pseudoperceptivas. Pueden ocurrir en todas las esferas sensoriales, pero las más frecuentes son las pseudopercepciones auditivas y visuales; luego, las referidas al propio cuerpo, las táctiles y las olfatorias. Precisarlas a través de la actitud alucinatoria correspondiente, cuando exista, y anotar si se acompaña de lucidez de conciencia o no, cuál es el contenido y las circunstancias en que aparecen y desaparecen. Asimismo, en qué forma influyen en el comportamiento y en el estado afectivo. Otro tanto respecto a la explicación del fenómeno y la conciencia de anormalidad o no.

4.7 Necesidades. Considerar:

. **4.7.1. Sueño:** la averiguación requiere precisar su duración, profundidad y continuidad. Asimismo, la satisfacción del haber dormido. Si el paciente se queja de insomnio, ahondar sobre su significado en el sentido de la dificultad para conciliar el sueño, si es fraccionado o si existe despertar temprano. Luego conviene un estudio de los aspectos formales de los ensueños y de las actitudes que el paciente tenga hacia ellos. Hay algunos que les otorgan gran valor de realidad y pueden obrar en consecuencia.

. **4.7.2. Hambre:** no sólo catalogarlo sobre su aumento o disminución, sino por la satisfacción o no que produce el comer, la facilidad de saciarse o no, el rechazo a determinados alimentos o la apetencia de sólo algunos. Otro tanto puede hacerse para la sed.

. **4.7.3. Sexo:** tener mucho tacto en el interrogatorio a este respecto. Aprovechar la mejor oportunidad para realizarlo, pero nunca dejar de hacerlo. Precisar las primeras experiencias, las fantasías, los periodos de abstinencia, la satisfacción lograda y las preferencias.

4.8 Acción. Al tratar acerca del "porte, comportamiento y actitud" (2.1) se precisan en la descripción de la actividad general los aspectos más saltantes de esta función. Es indispensable, además, anotar, entre otros, la facilidad para la iniciativa motora en el sentido de la ausencia, la mengua o el aumento.

4.9 Memoria y funciones intelectuales. Es bueno iniciar la exploración preguntando cómo se sirve de la memoria o si se ha vuelto olvidadizo. Si se presenta un defecto de memoria hay que determinar si el trastorno es difuso, más o menos variable o circunscrito, anotándose si compromete la memoria para el pasado reciente o para el pasado remoto. Asimismo, determinar si hay evidencia de otros compromisos en el funcionamiento intelectual, especialmente dificultad en la comprensión de la situación global inmediata y dificultades en el cálculo. Si el efecto es circunscrito, anotar si envuelve algún período específico de tiempo o dificultad en recordar experiencias asociadas a una situación personal determinada. En cualquier tipo de defecto de memoria se debe anotar si el paciente tiende a soslayar la dificultad recurriendo a la evasión, a generalidades o llenando los vacíos con material fabricado.

Las funciones intelectuales que se han manifestado durante la entrevista a través del diálogo con el examinador, seguramente, han sido calificadas de una manera cualitativa por el tipo de respuestas a las diversas preguntas que se le han formulado o por el discurso espontáneo que ha expresado. Pero siempre es necesario precisar el comportamiento cuantitativo de estas funciones intelectuales y para ello se requiere de pruebas simples que cuantifiquen la capacidad de cálculo, información general o las funciones intelectuales superiores como la comprensión, razonamiento, juicio y formación de conceptos. Todo ello puede dar una estimación muy cercana del nivel de inteligencia.

4.10 Comprensión de la enfermedad y grado de incapacidad. Comprensión es la capacidad del paciente de penetrar y entender la naturaleza general, causas y consecuencias de su enfermedad o problema. En un sentido más amplio incluye el concepto que tiene de su enfermedad y de las circunstancias por las que atraviesa. La forma más elevada de comprensión contempla la penetración y entendimiento de los efectos de las propias actitudes sobre los demás y, asimismo, una utilización constructiva de las propias potencialidades.

Cuando se discuta las opiniones del paciente acerca de su enfermedad o dificultad deben evitarse, en esta fase diagnóstica, contradecirlo o cuestionar sus argumentos. Al mismo tiempo, usando preguntas con tacto se han de determinar las razones que apoyan su opinión y así evaluar mejor el grado de calidad de su comprensión.

Si se observa discrepancia entre la comprensión manifiesta, teniendo en cuenta su grado de inteligencia, educación y condición social, y la esperada, es importante determinar la razón subyacente. Entre los factores que interfieren comúnmente el entendimiento de los trastornos psiquiátricos, mencionamos los siguientes: simple falta de conocimiento de los hechos de la situación, falta de experiencia previa con situaciones similares; una tendencia aprendida a interpretar síntomas somáticos en términos de enfermedad física y los síntomas y trastornos de comportamiento en

términos morales de folclore y de la superstición. Otras veces, la discrepancia se explica por miedo a conocer los hechos, basado en supuestas o reales implicaciones personales o familiares del problema o de la enfermedad, una necesidad de evitarse turbación o angustia, de guardar las apariencias. Estas discrepancias pueden ser consideradas como una "falta de conciencia de enfermedad mental" en los casos de una personalidad rígida con incapacidad para cambiar fácilmente una opinión, una actitud de suspicacia, de odio o cólera, un estado dominante de tristeza o euforia, un alejamiento psicótico de la realidad, una aversión hacia el médico, una inteligencia defectuosa, un enturbamiento de la conciencia y deterioro intelectual.

Una manera de cuantificarla es tomando en cuenta cómo el trastorno ha interferido en el trabajo o estudios o con las actividades sociales del paciente. La incapacidad puede graduarse como ausente (0), leve (1) moderada (2) y severa (3). Puede ocurrir: 1º Que no haya podido trabajar, estudiar o realizar las tareas domésticas por estar en cama, sentado o dando vueltas, por ejemplo, por más de dos semanas. 2º Las mismas manifestaciones por menos de dos semanas. 3º Que el trabajo, el estudio o las labores domésticas sean interferidas por los síntomas, pero sin encontrarse el paciente incapacitado totalmente; por ejemplo, llega tarde al trabajo, lo realiza mal, evita salir de compras, entre otros. 4º Las relaciones interpersonales pueden haberse alterado severamente (pleitos, tensiones familiares, irritabilidad) durante el último mes.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. GINSBERG, G.I., "Psychiatric History and Mental Status Examination" Capítulo 12.2. En: Kaplan, H., y Sadock, B.J., Comprehensive Textbook of Psychiatry-IV. Cuarta Edición, Baltimore Williams & Wilkins, 1985.
2. ROTONDO, H., Métodos de Exploración y Diagnóstico Psiquiátrico. Lima, Mimeo.- Dpto. Psiquiatría U.N.M.S.M., 1973.