

EXPERIENCIA CON UN MODELO SEMI-ESTRUCTURADO DE EVALUACION PSIQUIATRICA

IGNACIO LOPEZ MERINO*, JORGE CASTRO MORALES**, JUAN E. MEZZICH***,
CECILIA SOGI****, KENNY TEJADA***** y DANTE WARTHON*****

KEY WORDS: *Initial Evaluation Form — Semi-structured interview — Clinical record.*

PALABRA CLAVE: *Formato de Evaluación Inicial — Entrevista semiestructurada — Historia clínica.*

Luego de una introducción explicatoria acerca de la naturaleza y los fundamentos del Formato de Evaluación Inicial (FEI), se procede a evaluar la aplicación del mismo en el primer bienio asistencial del INSM (1982-1984). De las variables estudiadas se desprende que el FEI es un instrumento útil y práctico para la descripción de la psicopatología y para la nosografía psiquiátrica y que la sección estructurada es un apoyo objetivo de importancia para complementar la parte narrativa. El tiempo promedio para el llenado del FEI es algo más de una hora (77.1 minutos), y los profesionales encuestados opinan mayoritariamente que la organización y claridad del instrumento son altas.

Experience with a semi-structured form for psychiatric evaluation

After a preliminary explanation regarding the nature and basis of the Initial Evaluation Form (IEF), an evaluation is done of its applicability during the first two years of clinical work in the National Institute of Mental Health in Lima (1982-1984). The study indicates that the IEF is a useful and practical instrument for the description of psychopathology and psychiatric nosography. Besides, the structured section is a very important and objective aid which serves as a complement to the narrative section. The average time for filling the information (clinical and epidemiological) is somewhat over an hour (77.1 minutes). Most of the surveyed physicians think that the organization and clarity of the IEF are high.

* Jefe del Departamento de Adultos y Geriátrica del INSM. Departamento de Psiquiatría de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

** Director Administrativo y Jefe del Dpto. de Niños y Adolescentes del INSM. Dptos. de Psiquiatría de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y de la U.P.C.H.

*** Western Psychiatric Institute and Clinic, University of Pittsburgh.

**** Dpto. de Investigación del INSM. Dpto. de Psiquiatría de la U.P.C.H.

***** Jefe del Dpto. de Epidemiología y Programación del INSM.

***** Jefe del Servicio de Emergencia del INSM. Dpto. de Psiquiatría de la U.P.C.H.

INTRODUCCION

El presente artículo contiene, en primer lugar, la descripción de un tipo de entrevista diagnóstica: procedimiento semiestructurado para la obtención de la información básica, con el correspondiente formato. En segundo lugar, se presentan los resultados de la investigación sobre la aplicabilidad del procedimiento mencionado en el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" (INSM).

En una revisión sobre modelos de entrevista clínica, Richardson, Dohrenwed y Klein (1965) concluyen que éstos pueden clasificarse inicialmente en dos tipos:

1) *Estandarizado*: orientado a la búsqueda de la misma información para todos los casos, lo cual requiere la especificación de cada ítem a indagar, e implica la obtención sistemática (y/o cuantificada) de los datos.

2) *No estandarizado*: se utiliza típicamente en la exploración y el desarrollo de conceptos y en la descripción detallada del fenómeno. Puede ser, a su vez: a) programado, que se caracteriza por la especificación del orden y fraseo de las preguntas; b) no programado, en donde hay la flexibilidad necesaria para determinar el orden y formular el fraseo de las preguntas de acuerdo a cada caso en particular.

La introducción de una mayor estructura en la entrevista clínica diagnóstica no es sólo un requerimiento metodológico con fines de investigación. Wing (6), en relación al Present

State Examination (PSE), dice: "... Nuestra meta primaria es la contribución al afinamiento de los instrumentos requeridos por el médico para permitir una ayuda más útil a los pacientes (porque) ...si el médico no puede llegar a un diagnóstico, restringe su competencia". El mismo autor hace énfasis en la importancia de la relación médico-paciente para la obtención de datos confiables y para el inicio del tratamiento. El objetivo del PSE es servir al clínico en la descripción precisa, clara y confiable del fenómeno; no intenta ser un sustituto de las decisiones.

La entrevista clínica semi-estructurada y su formato (FEI) constituyen un procedimiento estandarizado no programado, que contempla la consideración de una caracterización fenomenológica de las experiencias subjetivas individuales. Algunos autores (3) afirman que esta aproximación debería ser la base para el diagnóstico, el pronóstico, el tratamiento, la evaluación de la respuesta al tratamiento y los resultados. Asimismo, "...la ventaja de la información narrativa es que, en primer lugar, pueden utilizarse las facultades críticas para valorar las evidencias, comparando una afirmación con otra; sin ella (la información narrativa) se tiene sólo datos cuantitativos y se acepta un juicio de autoridad sin elementos comparativos. Además, el lenguaje es más rico y flexible que en cualquier sistema de calificación, y hay la posibilidad de innovación, descubriendo nuevos conceptos sobre psicopatología o nuevos sistemas diagnósticos" (1).

La parte estructurada del FEI se

basa en la necesidad de explorar sistemáticamente síntomas de información clave para el diagnóstico. Existen, por ejemplo, estudios en los que se demuestra que un examen del estado mental definido operacionalmente es más eficiente que el registro puramente descriptivo en la evaluación total del paciente (5). Otros señalan que los formatos estructurados son útiles en la investigación de síntomas, pero que la conducta observada puede registrarse más confiablemente en el curso de la hospitalización de los pacientes y con múltiples fuentes de información (2). En cuanto a lo último, el FEI indica la utilización de todas las fuentes de información disponibles.

Los autores del FEI (4) señalan que es factible el uso del instrumento en un ambiente clínico regular para la evaluación de pacientes nuevos. Los datos basales permiten las disposiciones a tomarse en cada caso.

Desde el inicio de sus labores asistenciales, los médicos del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" han utilizado el FEI, versión modificada del modelo desarrollado en Pittsburgh en 1980. Este documento fue traducido y adaptado a nuestra realidad por un grupo de profesionales (I.L.M. y K.T., entre los autores del presente trabajo), en la fase previa al funcionamiento del Instituto.

El FEI fue originalmente desarrollado en 1980 por un grupo del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Pittsburgh, Pennsylvania (Mezzich, Down, Rich, Costello y Himmelhoch, 1981) Su preparación incluyó a un buen número de clínicos

para el diseño, el uso de la sección narrativa complementada con la estructurada, la utilización de un formato de diagnóstico multiaxial basado en DSM-III, el estudio piloto en mil pacientes, y pruebas de confiabilidad y computarización. El principal objetivo de la elaboración fue proporcionar un instrumento de utilidad en la asistencia, la educación, la investigación y la administración psiquiátricas.

El modelo original desarrollado en Pittsburgh en 1980 consta de las siguientes secciones, en orden secuencial:

- 1) Sección Demográfica
- 2) Sección Financiera
- 3) Sección Clínica
 - 3.1) Motivo de la evaluación (incluye la queja principal)
 - 3.2) Historia de la enfermedad presente (descriptiva)
 - 3.3) Historia de otros trastornos psiquiátricos
 - 3.4) Señaladores de la historia psiquiátrica (sección estructurada)
 - 3.5) Examen del estado mental (sección normativa y estructurada)
 - 3.6) Historia familiar (descriptiva y estructurada)
 - 3.7) Historia personal y social (descriptiva y estructurada)
 - 3.8) Historia médica (descriptiva)
 - 3.9) Revisión de sistemas físicos (descriptiva)
 - 3.10) Examen físico (descriptiva y estructurada)
 - 3.11) Sumario narrativo

- 3.12) Listado de problemas y recomendaciones
- 3.13) Plan para los familiares
- 3.14) Sumario diagnóstico (basado en DSM - III) (estructurado)
- j 3.15) Disposiciones clínicas y legales.

En base a este formato, nosotros hicimos modificaciones tanto en la secuencia de las secciones cuanto en la organización de ciertos items, tratando de simplificar el original y adaptarlo a nuestro medio. El documento resultante se presenta en el Apéndice.

MATERIAL Y METODOS

Casística

Todos los 3518 pacientes adultos, 1820 mayores de 18 años y 1698 menores de 18 años atendidos en el INSM desde el inicio de su funcionamiento, el 1º de Julio de 1982, hasta setiembre de 1984, fueron considerados como población de casos. La muestra obtenida para este estudio estuvo constituida por 100 casos, tanto de Consulta Externa como de Hospitalización: 60 adultos y 40 menores de edad. Estos números reflejan la distribución etaria de la población total vista en el período arriba mencionado.

Instrumentos

Se utilizaron escalas para la medición de los aspectos consignados abajo, y un formato para la encuesta a los profesionales médicos del INSM (Jefes de Servicio, Asistentes y Residentes) que utilizaron el FEI.

Procedimiento

El muestreo fue hecho al azar entre las historias clínicas de adultos y menores, en series de 20, cuyo número final es 1 (1, 21, 41, 61 y así sucesivamente).

Se incidió en los siguientes aspectos:

Calidad descriptiva. Este fue el criterio más subjetivo para la evaluación, y estuvo basado en el juicio de dos de los autores (I.L.M. y J.C.M.), ambos Jefes de Departamento (de Adultos y Geriatria y de Niños y Adolescentes, respectivamente). La calidad descriptiva se refiere a la parte narrativa del formato en cuanto a la cantidad y calidad de información clínica (directa o indirecta), y la calificación se dividió en a) alta; b) media, y c) baja.

Cantidad de información suficiente para el diagnóstico principal. Las respuestas posibles fueron: a) sí, y b) no. La calificación fue afirmativa cuando el FEI permitió la aplicación de los criterios del Manual de Diagnóstico y Estadística de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana en su tercera versión (DSM-III), para arribar al diagnóstico principal, incluidos aquéllos adicionales tales como: (300.90) Trastorno mental inespecífico (no psicótico); (V71.09) No Diagnóstico en el eje 1; (799.90) Diagnóstico diferido en el eje 1. Debe notarse que hay ocasiones en las que es imposible llegar a tipificar una entidad clínica en una o dos entrevistas. Tal tipificación podría requerir de un período de observación de duración variable. El propósito de este aspecto del estudio fue evaluar la ca-

CUADRO N° 1

FORMATO PARA LA ENCUESTA A PROFESIONALES QUE HAN UTILIZADO EL FEI

	C A L I D A D			
	Ninguna	Mínima	Media	Alta
Organización del FEI				
Claridad del FEI				
Factibilidad de su uso				
Utilidad en la descripción del paciente y su manejo ulterior.				

Tiempo promedio para completar el FEI minutos (incluye entrevista y llenado del formato)

Comentarios sobre el FEI:.....

pacidad del FEI para facilitar la obtención de información diagnóstica.

Grado de completamiento. Esta variable puede depender de otros factores aparte de la calidad del documento. Sin embargo, creemos que es una manera indirecta de averiguar la naturaleza práctica del formato, pues de verificarse un alto porcentaje de historias incompletas habría que cuestionar su funcionalidad. El grado de completamiento se estableció de la siguiente manera: a) 1 : 0% — 25%; b) 2 : 25% — 50%; c) 3 : 50% — 75%; d) 4 : 75% — 100%.

Correspondencia entre la parte narrativa y la estructurada. Las respuestas posibles fueron: a) Sí, y b) no. Una respuesta negativa en este ítem indicaría una disociación entre componentes claves y complementarios del formato. (Como se verá en los Resultados y el Comentario, aquí pue-

de ocurrir, como de hecho ocurrió, un artefacto que dificulte la evaluación, pues si el grado de completamiento es bajo por no haberse llenado justamente la parte estructurada, entonces al marcar *No* en el presente ítem podría sugerirse que no hay correspondencia cualitativa, cuando en realidad no hay elementos de comparación).

Encuesta a los médicos

Finalmente, se hizo una encuesta entre los médicos que utilizaron el FEI, cuyo formato aparece en el Cuadro N° 1

RESULTADOS

La revisión de las 60 historias clínicas de Adultos y Geriátría produjo los siguientes resultados:

Calidad descriptiva

Alta	:	35 (58.3%)
Media	:	22 (36.6%)
Baja	:	3 (5. %)

Información suficiente para el diagnóstico principal.

Sí	:	57 (95%)
No	:	3 (5%)

Grado de completamiento

1 (0 — 25%)	:	3 (5%)
2 (25 — 50%)	:	4 (6.6%)
3 (50 — 75%)	:	18 (30%)
4 (75 — 100%)	:	35 (58.3%)

Correspondencia entre partes narrativa y estructurada

Sí	:	47 (78.3%)
No	:	13 (21.6%)

La revisión de las historias clínicas del Departamento de Niños y Adolescentes arrojó los siguientes resultados:

Calidad descriptiva

Alta	:	14 (35%)
Media	:	23 (57%)
Baja	:	3 (7.5%)

Información suficiente para el diagnóstico principal

Sí	:	37 (92.5%)
No	:	3 (7.5%)

Grado de completamiento

1 (0 — 25%)	:	0 (0%)
2 (25 — 50%)	:	4 (10%)
3 (50 — 75%)	:	22 (55%)
4 (75 — 100%)	:	14 (35%)

Correspondencia entre parte narrativa y estructurada

Sí	:	39 (97.5%)
No	:	1 (2.5%)

En lo referente a la encuesta a los médicos del INSM que utilizaron el FEI se obtuvieron las siguientes respuestas (Número de médicos encuestados: 14 = 100%).

Organización del FEI

Ninguna	:	0 (0%)
Mínima	:	0 (0%)
Media	:	3 (21.4%)
Alta	:	11 (78.5%)

Claridad del FEI

Ninguna	:	0 (0%)
Mínima	:	0 (0%)
Media	:	4 (28.5%)
Alta	:	10 (71.4%)

Factibilidad de su uso

Ninguna	:	0 (0%)
Mínima	:	0 (0%)
Media	:	6 (42.8%)
Alta	:	8 (57.1%)

Utilidad en la descripción del paciente y su manejo ulterior.

Ninguna	:	0 (0%)
Mínima	:	1 (7.1%)
Media	:	7 (50%)
Alta	:	6 (42.8%)

Los médicos encuestados respondieron de la siguiente manera en cuanto al tiempo promedio para completar el FEI:

30 minutos	(1)
50 minutos	(1)
60 minutos	(3)
70 minutos	(1)
80 minutos	(1)
90 minutos	(5)
100 minutos	(1)
120 minutos	(1)

Total: 1080 minutos 14 médicos

Lo cual arroja un promedio de 77.14 minutos para el llenado del formato según lo indicado por estos profesionales.

Los médicos comentaron acerca del FEI de la siguiente manera:

Comentarios favorables

— “Facilita el estudio y la investigación”.

— “Da estructura a la historia clínica psiquiátrica que de por sí difiere del formato convencional médico”.

— “Incluye los ejes del DSM-III, lo cual es un avance marcado en la nosología psiquiátrica”.

— “Norma la entrevista”.

Comentarios desfavorables

— “Si se tuviera menor carga asistencial, este formato sería utilizado a plenitud”.

— “La hoja del examen mental para niños es pobre desde el punto de vista descriptivo”.

— “Impreciso el dato correspondiente a la fecha de inicio del episodio actual, así como la del primer episodio de la enfermedad actual”.

— “Empobrece la recopilación del frescor y la riqueza clínica en aras de la sistematización”.

— “Su llenado obliga a prestar más atención al instrumento que a la persona”.

— “No es operativo en Consulta Externa”.

— “Puede olvidarse la psicopatología individual de tanto depender de lo estructurado”.

— “Toma mucho tiempo su llenado a cabalidad”.

— “Hay aspectos de la historia personal demasiado encasillados y

otros como la realización del Servicio Militar que no se ajustan a nuestra realidad”.

— “En el caso de los niños, el examen mental es inadecuado; se necesita mucha más descripción. Lo mismo en lo que se refiere a la historia familiar en los niños, que es información extensa y valiosa”.

Sugerencias Concretas

— “Debería haber una escala de 0 a 5 para determinar la intensidad de cada síntoma y un espacio adicional para evolucionarlo periódicamente”.

— “Debería haber más espacio para anotar los antecedentes personales patológicos y familiares”.

— “La utilización del FEI debe estar incluida dentro del programa docente a nivel de Segunda Especialización”

— “Factibilidad de incorporar profesionales no médicos en el proceso de evaluación inicial del paciente”.

— “Debe complementarse con instrumentos que amplíen el perfil psicopatológico del paciente portador de determinado trastorno”.

— “Hay items en el examen mental que podrían ampliarse y/o modificarse, tales como los fenómenos de percepción (alucinaciones)”.

— “La sección de antecedentes patológicos convendría ubicarla antes del estado mental”.

COMENTARIO

Al comparar la evaluación del Departamento de Adultos y Geriatría con la del Departamento de Niños y Adolescentes, notamos que el prime-

ro produjo un porcentaje más alto de calidad descriptiva (58.3%) que el segundo (35%). Debe repetirse que este criterio es probablemente el más subjetivo en cuanto a la calificación.

En lo que se refiere a la suficiencia de la información registrada para llegar al diagnóstico principal, vemos que los dos Departamentos coinciden en gran medida: 95% (Adultos) y 92.5% (Niños). Esto sugiere que, independientemente de otras variables, es posible contar con los elementos necesarios para arribar a un diagnóstico en la inmensa mayoría de los casos. En este sentido, la parte estructurada es evidentemente de gran utilidad puesto que a veces a pesar de una calidad descriptiva media o baja en la narrativa, el señalamiento de síntomas y signos con una simple aspa aproxima al diagnóstico.

El grado de completamiento difiere en ambos Departamentos de la siguiente manera. En Adultos, la mayoría de las historias revisadas (58.3%) fueron completadas entre el 75 y 100% de los ítems, mientras que en Niños la mayoría de las historias (55%) fueron completadas entre el 50 y 75%. Esto sugiere que la información requerida por el FEI, si bien útil en su mayoría, es en algunos casos difícil de obtener en la totalidad de los ítems. En todo caso, en ambos Departamentos, la gran mayoría de historias excedieron el 50% en cuanto a grado de completamiento: 88.3% (Adultos) y 90% (Niños). En este sentido hubo una casi exacta coincidencia en ambos Departamentos.

La correspondencia entre las partes narrativa y estructurada fue calificada positivamente en la gran ma-

yoría de casos, aunque en mayor grado en Niños (97.5%) que en Adultos (78.3%). Esto es de suma importancia, pues de no haber concordancia entre ambas secciones se cuestionaría la validez del instrumento en términos generales. Hay que aclarar, sin embargo, que la evaluación hecha en Adultos por uno de nosotros (I.L.M.) incluyó totalmente en ese 21.6% de no correspondencia entre las partes narrativa y estructurada a aquellas historias incompletas que carecían precisamente, del llenado de la sección estructurada (todas las 13 historias). Por lo tanto, este dato no significa que haya habido discordancia entre ambas partes, sino que no se pudo comparar por falta de completamiento.

Revisando retrospectivamente el diseño metodológico, en vista de estos resultados confundidores, advertimos que debió haberse previsto la posibilidad de no completamiento de la parte estructurada (una tipificación cualitativa del ítem Grado de completamiento), para no alterar la calificación del ítem siguiente (en el diseño no se previó la posible relación de ambos ítems).

Los 14 médicos encuestados coinciden mayoritariamente en que la organización y la claridad del FEI son altas (78.5% y 71.4%). En cuanto a la factibilidad de su uso, es menor el porcentaje de médicos que la consideran alta: 57.1%. Para 6 profesionales (42.8%) la factibilidad de uso es media. Esto va en relación con algunos de los comentarios expresados en las encuestas y listados en Resultados.

La pesquisa sobre la utilidad del

FEI en la descripción del paciente y su manejo ulterior, evidencia una crítica todavía mayor: la mitad de los médicos (50%) opina que es media; el 42.8%, que es alta; y para un profesional (7.1%), la utilidad es mínima. Este es el mismo colega que hace los comentarios más drásticos sobre la parte estructurada: "el llenado (del formato) obliga a prestar más atención al instrumento que a la persona", y (el FEI) "empobrece la recopilación del frescor y la riqueza clínica en aras de la sistematización".

En cuanto al tiempo necesario para la entrevista clínica y el completamiento del FEI, sólo un médico opinó que todo puede realizarse en 30 mi-

nutos y también un solo colega pensó que son necesarios 120 minutos. La mayoría de los médicos (57.1%) consideraron que son necesarios entre 60 y 90 minutos para el llenado, con un tiempo promedio de algo más de una hora (77.1 minutos).

En términos generales podemos concluir que la primera versión del Formato de Evaluación Inicial modificado es útil para estandarizar y sistematizar la evaluación clínica psiquiátrica y la información resultante y que las observaciones en lo referente a su fondo y forma permitirán perfeccionar el instrumento en sucesivas versiones.

REFERENCIAS

1. BROCKINGTON, I.F.; MELTZER, H. Y. (1982): "Documenting an episode of psychiatric illness: Need for multiple information sources, multiple raters and narrative". *Schizophrenia Bulletin* 8: 485-492.
2. CARPENTER, W.T.; SACKS, M.H.; STRAUSS, J.S.; BARTKO, J.J.; RAYNER, J. (1976): "Evaluating signs and symptoms: Comparison of structured interview and clinical approaches". *Brit. J. Psychiat* 128: 397-405.
3. CARPENTER, W.T.; STRAUSS J.S.; BARTKO, J.J. (1981): "Beyond diagnosis: The phenomenology of schizophrenia", *Am. J. Psychiatry* 138: 948-953.
4. MEZZICH, J.E., SLAYTON, R.I.; DOW, J.T.; COSTELLO, A.J.; HIMMELHOCH, J.M. (1983) (Western Psychiatric Institute and Clinic, University of Pittsburgh, School of Medicine): Paper prepared for the Symposium on New Developments in Systematic Clinical Evaluation, 136th Annual Meeting of the American Psychiatric Association, New York.
5. MEZZICH, J.E.; DOW, J.T.; RICH, C.L.; COSTELLO, A.J.; HIMMELHOCH, J.M. (1981): "Developing an efficient clinical information system for a comprehensive psychiatric institute: II Initial evaluation form". *Behavior Research Methods & Instrumentation* 13: 464-478.
6. WEITZEL, W.D.; MORGAN, D.W.; GUYDEN, T.E.; ROBINSON, J.A. (1973): "Toward a more efficient mental status examination". *Arch Gen Psychiatry* 28: 215-218.
7. WING, J.K.; COOPER, J.E.; SARTORIUS, N. (1974): *The Measurement and Clasification of Psychiatric Symptoms*. Cambridge University Press, London.
8. WING, J.K. (1983): "Use and misuse of the PSE", *Brit. J. Psychiatry* 143: 111-117.

Dirección Postal:
I. López Merino
Av. Arequipa 2450, Oficina 509
Lince
Lima

A P E N D I C E

MINISTERIO DE SALUD

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL

"HONORIO DELGADO - HIDEYO NOGUCHI"

DATOS GENERALES DE IDENTIFICACION

Llene los Espacios y Marque con un Aspa los Recuadros Correspondientes.—

Fecha de evaluación: _____ / _____ / _____ Lugar de evaluación:
 (FEVAL) DIA MES AÑO (LUEVAL)

Nombre del paciente: _____

(NOMPAC) APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE(S)
 Domicilio: _____

(DOMPAC) DEPARTAMENTO PROVINCIA DISTRITO
 (DIRPAC) _____

URBANIZACION (SECTOR) CALLE (MANZANA) N° (LOTE) INTERIOR N°
 TELEFONO: _____

(TELPAC)

Fecha de nacimiento : _____ / _____ / _____ Edad: _____ Sexo : 1 Femenino

(NACPAC) DIA MES AÑO (EDAPAC) (SEXPAC) 2 Masculino

Lugar de nacimiento : _____

(LUPAC) DEPARTAMENTO PROVINCIA DISTRITO

Caracteres raciales

predominantes : 1 Blanco 2 Indígena 3 Negro(RAZPAC) 4 Asiático 5 Mestizo 0 OtroEstado civil: 1 Soltero 2 Separado 3 Divorciado(ESTPAC) 4 Viudo 5 Casado 6 Conviviente7 Divorciado 8 Viudo vuelto 9 Ignorado

vuelto a casar a casar

Idioma : 1 Castellano 2 Quechua 3 Aymara 0 Otro

(ILPAC)

Religión: 1 Católica 2 Ninguna 3 Ignorada 0 Otra

(REL PAC)

Educación: 1 Primaria 2 Secundaria 3 Técnica(EDUPAC) 4 Superior 5 Ninguna 6 IgnoradoTipo de ocupación: 1 Profesional 2 Ejecutivo 3 Empleado(OCUPAC) 4 Técnico 5 Obrero 6 Campesino7 Estudiante 8 Ama de casa 9 Ninguna 0 Otra _____

Ocupación: _____

Vive con : 1 Cónyuge 2 Padres 3 Hijos(VIVPAC) 4 Padres susti- 5 Otros pa- 6 Solotutos rientes 0 OtroJefe de familia : 1 Sí 2 No Ocupación del jefe de familia: _____

(JEFPAC)

- Mejor
 Estacionario
 Peor
- d) Episodios de la enfermedad actual:
- continuo o episodio único
 claramente delimitados
 sin delimitación precisa
2. Fecha aproximada de inicio del episodio anterior:
3. Fecha de la anterior hospitalización psiquiátrica:
- / /

 D M A
4. Número de Meses de hospitalización psiquiátrica durante el último año: Nunca
5. Tratamientos durante los últimos 3 meses:
- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Ninguno | <input type="radio"/> Antipsicóticos |
| <input type="radio"/> Psicoterapia individual | <input type="radio"/> Antidepresivos |
| <input type="radio"/> Psicoterapia grupal | <input type="radio"/> Ansiolíticos |
| <input type="radio"/> Terapia Familiar | <input type="radio"/> Litio |
| | <input type="radio"/> Anticonvulsivante |
| | <input type="radio"/> Electroplexia |
| | <input type="radio"/> Otro |

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 9. Abuso de alcohol | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Uso de hipnóticos o ansiolíticos | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Uso de estimulantes, narcóticos, alucinógenos, marihuana | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Conducta violenta | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Impulsividad | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Otra conducta antisocial (robo, estafa, irresponsabilidad, engaños). | 1 | 2 | 3 | 4 |

A. Ausente

B. Presente en el pasado, no ahora

C. Presente ahora

D. Desconocido

HISTORIA FAMILIAR (Desórdenes psiquiátricos y no psiquiátricos, pasados y presentes, en la familia. Incluir los tratamientos recibidos).

	no	si	inde- termi- nado
1. Desórdenes psiquiátricos en la familia	1	2	3
2. Tratamiento psiquiátrico recibido	1	2	3
3. Desórdenes médicos no-psiquiátricos en la familia	1	2	3
4. Tratamiento médico no psiquiátrico recibido	1	2	3

HISTORIA PERSONAL Y SOCIAL (Historia del desarrollo, de la vida educacional, marital, sexual, militar, ocupacional y legal y sistemas actuales de apoyo social).

	no	si	inde- termi- nado
1. Problemas perinatales	1	2	3
2. Retardos del desarrollo	1	2	3

3.	Serios problemas familiares mientras crecía	1	2	3
4.	Dificultades escolares	1	2	3
5.	Dificultades durante la vida militar	1	2	3
6.	Períodos prolongados de desempleo, pobre rendimiento laboral	1	2	3
7.	Historia de discordia marital o divorcio	1	2	3
8.	Problemas de identificación sexual	1	2	3
9.	Arrestos, problemas con la Ley	1	2	3
10.	Aislamiento social en la actualidad	1	2	3

EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

Marcar: ausente (A), presente (P) o indeterminado (I), y subrayar lo específico en el párrafo explicatorio. Detallar la naturaleza del hallazgo en el espacio de la izquierda.

I. ASPECTO GENERAL Y CONDUCTA

	A	P	I
1) Hipoactividad (retardo motor, astenia, estupor)	1	2	3
2) Hiperactividad (inquietud, agitación)	1	2	3
3) Retraimiento social (falta de interacción espontánea, aislamiento)	1	2	3
4) Negligencia Personal (descuido en el vestir y la limpieza)	1	2	3
5) Conducta Excéntrica (apariencia, manerismos y conducta idiosincráticos)	1	2	3

II. PATRON DE LENGUAJE Y PENSAMIENTO

6) Lenguaje y Pensamientos Lentos (laconismo, mutismo)	1	2	3
7) Presión del Habla y Fuga de Ideas (verborrea, cambios súbitos de tópico basados en asociaciones de palabras)	1	2	3
8) Pensamiento Desorganizado (asociaciones deshilvanadas, pensamiento tangencial, circunstancialidad, bloqueo, estereotipias, neologismos)	1	2	3

III. AFECTIVIDAD

9) Ansiedad Generalizada (tensión motora, hiperactividad autonómica, expectación aprensiva y vigilante)	1	2	3
10) Ataques de Pánico (períodos definidos y delimitados de terror)	1	2	3

11) Ansiedad Situacional o Fobias (miedo persistente e irracional de un objeto o situación)	1	2	3
12) Depresión (tristeza, llanto, abatimiento)	1	2	3
13) Pobre Autoestima (sentimientos de insuficiencia personal)	1	2	3
14) Labilidad Emocional (cambios de ánimo repetidos y rápidos)	1	2	3
15) Animo Exaltado (euforia, exultancia)	1	2	3
16) Afecto Inapropiado o Embotado (inapropiado en el contexto del discurso, apático)	1	2	3
17) Hostilidad (beligerancia, falta de cooperación voluntaria)	1	2	3
18) Síntomas Disociativos (fuga, amnesia psicógena, personalidad múltiple)	1	2	3
19) Síntomas Conversivos (parálisis, anestias, convulsiones, otras deficiencias sensoriales y funcionales, dolor psicógeno)	1	2	3

IV. CONTENIDO DEL PENSAMIENTO Y PERCEPCION

20) Susplicacia	1	2	3
21) Preocupación Somática (hipocondriasis)	1	2	3
22) Indicadores de Suicidio (deseos de muerte, ideas o intentos de suicidio)	1	2	3
23) Indicadores de Homicidio (ideación o conducta homicida)	1	2	3
24) Obsesiones con / sin Compulsiones (pensamientos repetitivos e involuntarios con/sin acciones consecuentes)	1	2	3
25) Despersonalización (experiencia del yo o del ambiente como irreales)	1	2	3
26) Síntomas Schneiderianos (voces que discuten o comentan las acciones propias o que expresan pensamientos en voz alta; pasividad somática; pensamiento sustraído, insertado o difundido; sentimientos, impulsos o actos determinados por fuente externa; percepción delusional primaria)	1	2	3
27) Otras Alucinaciones Auditivas	1	2	3
28) Alucinaciones Visuales	1	2	3
29) Ilusiones o Alucinaciones (olfatorias, gustativas, táctiles, cenestésicas)	1	2	3
30) Delusiones de Referencia, Persecución, Celos o Grandiosidad	1	2	3
31) Delusiones o Alucinaciones Depresivas (contenido ofensivo o auto-eliminatorio)	1	2	3
32) Otras Delusiones	1	2	3

V. SENSORIO, ORIENTACION Y FUNCIONES COGNITIVAS

33) Deterioro del Sensorio y la Orientación (confusión, perplejidad; tiempo, lugar, persona)	1	2	3
--	---	---	---

34) Deterioro Intelectual (deficiencia de la memoria anterógrada/retrógrada, del cálculo, de la información, del juicio, de la abstracción)	1	2	3
35) Deficiencia del Desarrollo Intelectual (retardo mental)	1	2	3
36) Pobre Concentración (inatención, distraimiento)	1	2	3
37) Carencia de Conciencia de Enfermedad (acerca de la presencia y naturaleza del trastorno psíquico)	1	2	3

VI. ACTITUD DEL PACIENTE DURANTE LA ENTREVISTA
(subrayar uno o más)

- | | |
|----------------|----------------|
| a) amistosa | g) hostil |
| b) seductora | h) negativista |
| c) histriónica | i) pasiva |
| d) indiferente | j) presuntuosa |
| e) desconfiada | k) perpleja |
| f) temerosa | l) inapropiada |

EXAMEN FISICO

HISTORIA MEDICA (Enfermedades no-psiquiátricas importantes, quejas somáticas y heridas, hospitalizaciones, operaciones, historia obstétrica y ginecológica, tratamientos médicos actuales, hipersensibilidad a drogas y alergias).

	<i>no</i>	<i>si</i>	<i>inde- termi- nado</i>
1. Historia positiva de problemas médicos no psiquiátricos importantes	1	2	3
2. Síntomas físicos positivos importante	1	2	3

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO

- | | |
|--|--------|
| 1. Clasificación Internacional de las Enfermedades (ICD-9) | Código |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| 2. Clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-III) | Código |

Eje I. Síndrome clínico psiquiátrico

_____	_____
_____	_____

Eje II. Desórdenes de la personalidad y específicos del desarrollo

_____	_____
_____	_____

Eje III. Desórdenes físicos actuales

_____	_____
_____	_____

Eje IV. Tensiones psicosociales (severidad global)

inespec.	ninguna	mínima	ligera	moderada	severa	extrema	catastrófica
0	1	2	3	4	5	6	7

Eje V. Nivel más alto de funcionamiento adaptativo el año pasado

inespec.	superior	muy bueno	bueno	regular	pobre	muy pobre	deterioro masivo
0	1	2	3	4	5	6	7