

Semiología

Entrevista

Dinámica

La dinámica tiene que ser flexible, adaptada al paciente. En general es útil hacer ciclos alternantes de preguntas cerradas y preguntas abiertas. Luego de una tanda de preguntas abiertas se formulan preguntas más cerradas para concretar datos y así sucesivamente.

Es importante realizar una escucha activa, mirar / observar al paciente, dejar hablar, abstenerse de interrumpir si no es por un motivo concreto. Hay que estar atentos a aquellos aspectos de la entrevista en los que es importante detenerse y profundizar.

Como es habitual en medicina, se comienza por una ficha patronímica (FP).

Se continúa con el motivo de consulta (MC) que es el hilo conductor de la entrevista. Al finalizar la entrevista tenemos que poder responder sobre el mismo.

Luego de explorar la enfermedad actual (EA) es útil explorar otros grupos sintomáticos de forma sistemática para no dejar afuera aspectos que el paciente puede no considerar relevante, pero que para nosotros puede serlo.

Tip

es útil en la entrevista hacerse un esquema con los grupos de la CIE-10, para recordar preguntarlos (F00 hasta F90).

Recordar siempre preguntar conductas basales (CB: sueño y alimentación), conductas complejas (CC: hetero y autoagresividad, crisis clásticas, IAEs) y pragmatismos (PRG: sexual, familiar, laboral, académico, social).

Es fundamental explorar los antecedentes de la enfermedad actual (AEA) así como otros antecedentes personales psiquiátricos (APP), antecedentes personales médicos (APM) y antecedentes familiares psiquiátricos (AFP).

Finalmente hacemos una exploración de la biografía (BIO). Esta debe contemplar: composición del núcleo familiar, embarazo y parto, hitos del desarrollo, sintomatología de la infancia (parasomnias, onicofagia, trastornos de conducta, enuresis, encopresis), pubertad, escolaridad, logros, hábitos, intereses.

Examen Psiquiátrico

Es producto de la observación durante la entrevista. Es útil hacer un esquema para ir anotando los ítems mientras suceden ya que a veces pueden olvidarse a la hora de exponer.

Tiene un componente de observación de paciente (examen del estado mental) y también de observación de nuestras reacciones al mismo.

Tiene múltiples formatos y diferentes formas de ordenarlo, pero siempre contempla más o menos los mismos ítems.

- Presentación:
 - Ingreso a la entrevista
 - Aspecto general, biotipo
 - Arreglo personal: autocuidado, concordancia con contexto sociocultural, ornamentación (en vestimenta y en el cuerpo), tipo de vestimenta.
- Actitud: colaboración activa/pasiva, negativismo.

- Fascies, mímica y gestualidad
- Rapport
- Conciencia
- Pensamiento
- Humor y afectividad
- Psicomotricidad
- Estado cognitivo

Lenguaje

Mutismo

Definición: inhibición de la capacidad de participación por medio de la palabra con conservación de capacidad física de hablar (no mudo, no afásico, sin lesiones del aparato fonador: laringe, núcleos motores del bulbo) y la capacidad intelectual de hablar (no es un retardo mental que no adquirió el lenguaje). Puede ser una forma de reticencia.

Semiológicamente: examinar el rostro:

- Mutismo con fisonomía alegre, rusueña, burlona o pueril, ceñuda (niño enojado) -> mutismo lúdico. Dura poco, Con comunicación gestual conservada, es episódica. Se ve en episodios maniacos, retardo mental, esquizofrenia.
- Mutismo por intimidación emocional: mutismo con fisonomía aturdida, cabeza baja, desconfianza o a punto de llorar. Habla cuando encuentra clima de confianza.
- Mutismo alucinatorio / delirante: paciente que no se interesa por la conversación y parece ocupado en otra cosa, paciente alucinado acaparado por percepciones patológicas: delirantes crónicos, paranoicos, oníricos. Generalmente dan alguna respuesta (ante reiteración de preguntas para fijar la atención). Mutismos por delirios de influencia (alucinación imperativa que le impide responder).
- Mutismo negativista: paciente impasible, expresión hermética, dientes apretados. Esquizofrenia, estados catatónicos. También como reacción de oposición en el retardo mental y trastornos de la personalidad.
- Mutismo hostil: delirios persecutorios.
- Mutismo de estupor confusional: paciente lejano, distraído, mímica ausente, con máscara de estupor.
- Mutismo melancólico: expresión cristalizada de desesperación.
- Mutismo en paciente añoso: melancolía, reacción catatrófica, síndrome de “deslizamiento” (intención enmascarada de provocarse la muerte por medio de métodos no violentos, muerte pasiva). Con mal estado general y riesgo vital.
- Semimutismo en hipocondríacos o fóbicos: respuestas monosilábicas por disminución voluntaria del discurso (para no fatigarse o como “cura de silencio”).
- Mutismo como reacción catastrófica ante evento vital o choque emocional
- Mutismo histérico a veces “en frío” (sin motivo aparente). El paciente hace gestos de que no puede continuar hablando. Afonía histérica de Charcot.
- Mutismo opositor: en población carcelaria, retardo mental, trastorno de la personalidad. Ante contrariedad o circunstancia difícil. Puede tener cierto grado de utilitarismo.
- Mutismo en la simulación.

Trastornos de la expresión verbal

Trastornos cualitativos del discurso

Disartria

- Sistematizada: recae siempre sobre los mismos fonemas. Origen periférico (bulbo, protuberancia) por afección neurológica
- Irregular: más o menos generalizada e independiente de los fonemas. Lesión cerebral que afecta funciones superiores de regulación de los movimientos de articulación del lenguaje.
- Otros:
 - Palilalia en parkinsonismo
 - Disartrias por patología degenerativa cortical
 - Disartria escandida: síndromes cerebelosos, estriados, Huntington, Creutzfeldt-Jakob

Disprosodia Alteraciones en la pronunciación