Autores:

Autores: Johanna Vanessa Suárez Salazar
Obra: Fundamentos de psicopatología
Unidad: Introducción a la psiquiatría
Páginas: 102 - 114
DOI del capítulo: https://doi.org/10.66646/educa-plus/10oct2609/07

Referencia APA 7

Suárez Salazar, J. V. (2026). Historia clínica psiquiátrica. En P. Jiménez Prado & M. I. Arévalo Vázquez (Eds.), Fundamentos de psicopatología (pp. 102 - 114). EDUCA-PLUS Editorial Académica. https://doi.org/10.66646/educa-plus/10oct2609/07



HISTORIA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA

La historia clínica es un documento médico legal que se compone de información recopilada de las entrevistas con el paciente y/o sus familiares y es la base para poder llegar a un diagnóstico y tratamiento adecuado. Es necesario un conocimiento profundo de semiología, nosología y taxonomía para escribir este documento, así como una comprensión razonable de los factores biológicos, psicológicos y sociales que contribuyen a la psicopatología. El objetivo de este capítulo es proporcionar a los lectores, médicos psiquiatras y no psiquiatras, un modelo estructurado de historia clínica psiquiátrica que permita comprender mejor la vivencia del individuo que busca atención en salud mental (Hernández Ribas et al., 2003).

Para que la entrevista se lleve a cabo de forma apropiada, se debe entablar una alianza terapéutica con el paciente. Por esto se recomienda como acto introductorio presentarse, utilizar un lenguaje adaptado al contexto sociocultural del paciente, describir en qué consiste la realización de la historia clínica y el tiempo aproximado de duración de la entrevista, asegurar la confidencialidad de la información que se recibirá y los motivos por los cuales se puede romper la misma, así como se debe procurar que el ambiente sea privado y esté libre de ruidos o interrupciones (Sadock et al., 2015).

Cada uno de los profesionales en salud mental adoptará un estilo de entrevista propio que se irá puliendo de acuerdo con la experiencia. En la literatura, se describe que un modelo de entrevista mixta entre libre y estructurada, con preguntas abiertas y cerradas, puede llegar a ser el ideal, con el fin de lograr obtener la información que el médico desea (Vallejo Ruiloba, 2015).

La duración de una historia clínica es variable, se puede realizar en una o más sesiones y depende del área en la que se lleve a cabo, ya que se priorizarán ciertos apartados o se omitirán otros en una primera intervención si el paciente se encuentra en una unidad de urgencias de psiquiatría, a diferencia de una entrevista a nivel ambulatorio en consulta externa o en el área de hospitalización psiquiátrica. El tiempo también será adaptado a las características particulares del paciente, ya que habrá quienes son demandantes o tienen rasgos de personalidad con tendencia a la inestabilidad, histrionismo, evitación o agresividad, en cuyo caso en una primera cita se deberán valorar los síntomas prioritarios de atención (Hernández Ribas et al., 2003; Sadock et al., 2015).

7.1. Marco legal de la historia clínica en el Ecuador

El Reglamento para el manejo de información confidencial en el Sistema Nacional de Salud, en el capítulo 9, describe que la historia clínica es un documento confidencial y obligatorio de carácter técnico y legal, compuesto por un conjunto de formularios básicos y de especialidad. El personal de la salud utiliza la historia clínica para registrar en forma sistemática los datos obtenidos

de las atenciones, diagnóstico, tratamiento, evolución y resultados de salud y enfermedad durante todo el ciclo vital del/la usuario/a (Ministerio de Salud Pública, 2014).

Asimismo, el art. 7 de la Ley Orgánica de Salud señala que toda persona tiene derecho a contar con una "historia clínica única redactada en términos precisos, comprensibles y completos, así como la confidencialidad respecto de la información en ella contenida…", mientras que el art. 4 de la Ley de Derechos y Amparo al Paciente, expresa que "todo paciente tiene derecho a que la consulta, examen, diagnóstico, discusión, tratamiento y cualquier tipo de información relacionada con el procedimiento médico a aplicársele, tenga el carácter de confidencial". Y el art. 6 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Registro de Datos Públicos declara confidenciales los datos de carácter personal, como la ideología, afiliación política o sindical, etnia, estado de salud…y los demás atinentes a la intimidad personal (…). El acceso a estos datos solo será posible con autorización expresa del titular de la información, por mandato de la ley o por orden judicial (Carrera-Pérez & Montoya-Chacón, 2021).

7.2. Apartados de la historia clínica psiquiátrica

7.2.1. Datos de filiación

Toda historia clínica inicia con la obtención de los datos que nos permitan conocer un contexto general del paciente, para lo cual se deberá indagar sobre:

- Edad
- Fecha de nacimiento
- Estado civil
- Género
- Religión
- Lugar de nacimiento
- Lugar de residencia
- Escolaridad
- Ocupación
- Fuente de ingresos económicos
- Datos de contacto del paciente y un familiar/conocido en caso de emergencia
- Registro de la fuente de información y fiabilidad de esta

Si bien estos datos pueden ser obtenidos incluso por personal administrativo, en el campo de la salud mental se sugiere que estos datos sean recabados por el propio profesional de salud, ya que esto permitirá ir afianzando la relación médico-paciente y así lograr una adecuada participación del paciente (Vallejo Ruiloba, 2015; Sadock et al., 2015).

Un aspecto para tomar en cuenta en cuanto a la fuente y fiabilidad de la información es que ciertos trastornos psiquiátricos requerirán obligatoriamente obtener información colateral de los familiares o allegados del paciente, para corroborar o contrastar la información dada por el enfermo. Los pacientes con patologías mentales graves como la esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno delirante, depresión grave, demencias, trastornos de personalidad, entre otros, pueden no tener una adecuada conciencia de los síntomas de la enfermedad y minimizarlos o negarlos. Debemos sospechar de esto en quienes eviten proporcionar información completa, quienes tengan una actitud suspicaz, de oposición o un afecto incongruente en la entrevista. Se debe además registrar el nombre de la persona que proporciona la información colateral y la fiabilidad de los datos proporcionados (Vallejo Ruiloba, 2015).

7.3. Motivo de consulta

En este apartado se recomienda describir textualmente cuál es la razón por la que el paciente busca atención en salud mental, y describir si acude voluntariamente o por presión de sus familiares/allegados o indicación de otro médico (Vallejo Ruiloba, 2015).

Se recomienda registrar también el motivo de consulta por el que el familiar busca atención psiquiátrica para el paciente, esto predominantemente en el caso de aquellos pacientes que no tienen conciencia de su enfermedad.

Finalmente, la descripción de las expectativas de la atención psiquiátrica del paciente y de su familia es de utilidad para comprender lo que desean obtener de la consulta médica (Sadock et al., 2015).

7.4. Enfermedad actual

La presentación de los síntomas se debe registrar de forma cronológica en este apartado. Es beneficioso indagar no solo el inicio de los síntomas, sino también su evolución hasta el momento en que se realiza la evaluación y documentar con precisión cualquier evento desencadenante de la enfermedad actual, como estresores vitales, consumo de sustancias, abandono o irregularidad en el tratamiento psiquiátrico o psicológico, entre otros (Sadock et al., 2015).

Lo que se registre en este apartado deberá ser descrito de la manera más precisa y detallada, ya que será de utilidad para realizar una agrupación sindrómica con el fin de determinar si cumple criterios diagnósticos de algún trastorno mental y definir con esto el tratamiento posterior (Vallejo Ruiloba, 2015).

En opinión de algunos autores, la regla más importante del interrogatorio consiste en permitir que el paciente hable más que el propio médico, con el fin de poder observar la fenomenología de cada uno de los síntomas que se describan y a la vez adentrarnos en el examen mental del paciente. Las preguntas básicas que deben quedar respondidas en la anamnesis de la enfermedad actual son: qué (síntomas), cuánto (gravedad), cuánto tiempo y factores asociados (Sadock et al., 2015).

Con el objetivo de realizar una revisión psiquiátrica global, se recomienda verificar que se hayan explorado síntomas relacionados a las siguientes cuatro categorías: estado de ánimo (depresión, manía, irritabilidad), ansiedad (ansiedad generalizada, pánico, obsesiones/compulsiones, estrés postraumático, ansiedad social, fobias), psicosis (alucinaciones, delirios, conducta desorganizada) u otros (déficit de atención, cómo se lleva la conducta alimentaria) (Sadock et al., 2015).

7.4.1. Historia biopsicosocial

La historia psicobiográfica del paciente nos permitirá tener un conocimiento más amplio de las diferentes etapas de vida de quien solicita la consulta médica, y siempre deberá ser contrastada con los familiares o conocidos. Se recomienda obtener información siguiendo la siguiente secuencia:

Tabla 5.
Historia biopsicosocial

Etapa de vida	¿Qué interrogar?
Embarazo y parto	• Embarazo deseado o no • Complicaciones obstétricas durante el embarazo o parto • Duración del embarazo, tipo de parto y peso al nacer • Enfermedades neonatales
Desarrollo psicomotor	• Retraso de crecimiento o psicomotor • Enfermedades que hayan incidido en el desarrollo • Exposición a violencia en la infancia temprana
Infancia	• Adaptación escolar • Rendimiento académico • Problemas del comportamiento • Relaciones afectivas con sus pares, maestros y familiares • Enfermedades graves • Exposición a violencia • Traumas craneoencefálicos
Adolescencia	• Rendimiento académico • Problemas del comportamiento • Relaciones afectivas con sus pares, maestros y familiares • Enfermedades graves • Exposición a violencia • Adaptación a cambios sexuales físicos esperados • Relaciones con el sexo opuesto, dudas sobre identidad sexual, actividad sexual • Consumo de sustancias

Adultez	• Nivel de escolaridad (carrera deseada, rendimiento académico) • Actividades laborales (cambios de empleo, despidos) • Relaciones de pareja significativas (estabilidad, promiscuidad, rupturas, violencia) • Relación familiar (con hijos, pareja, padres) • Redes de apoyo (familiar, social, comunitaria) • Fuente de ingresos económicos • Duelos normales y patológicos • Enfermedades y hospitalizaciones que repercutan en la funcionalidad y ánimo • Actividad física y recreativa • Lugar de domicilio (propio, arrendado, prestado, con familiares, solo)
Vejez	• Jubilación • Duelos normales y patológicos • Fuente de ingresos económicos • Enfermedades y hospitalizaciones que repercutan en la funcionalidad y ánimo • Actividad física y recreativa • Lugar de domicilio (propio, arrendado, prestado, con familiares, solo) • Relación familiar (con hijos, pareja)

Fuente: Elaboración propia, basada en Vallejo Ruiloba, 2015.

7.4.2. Antecedentes de salud mental

Este apartado incluye información muy valiosa, donde se deben consignar los siguientes aspectos:

- Síntomas afectivos o conductuales que han ocurrido a lo largo de la vida con o sin diagnóstico (frecuencia de recurrencia de los síntomas, periodos asintomáticos, grado de disfunción)
- Antecedentes de atención psiquiátrica o psicológica (tiempo de duración, diagnósticos dados, tratamientos indicados, en el caso de psicoterapia modalidad de esta y respuesta)

- Conciliación de psicofármacos (dosis máxima, tiempo de uso, efectos adversos, temporalidad, respuesta al tratamiento)
- Hospitalizaciones psiquiátricas (tiempo de duración, diagnóstico, tratamiento recibido incluyendo terapia electroconvulsiva)
- Historial de conductas autolesivas, gestos o intentos suicidas
- Antecedentes de violencia de cualquier tipo a lo largo de la vida
- Duelos experimentados tanto patológicos como resueltos (Vallejo Ruiloba, 2015)

7.4.3. Consumo de sustancias

Se debe interrogar sobre el consumo actual o pasado de cada una de las sustancias, describiendo los siguientes aspectos:

- Edad de inicio de consumo
- Periodo de edad de la etapa de máximo consumo
- Patrón de consumo
- Máximo periodo de abstinencia
- Presencia de síntomas psicóticos, afectivos o conductuales asociados al consumo actual o pasado
- Requerimiento de atención médica de urgencia debido a intoxicación
- Situaciones de riesgo asociadas al consumo (conductas sexuales de riesgo, riñas callejeras, entre otras).
- Patrón de consumo en el último año
- Apetencia al consumo
- Ingresos en centros de rehabilitación
- Asistencia de grupos comunitarios de autoayuda para abandonar el consumo

En este punto nos interesa conocer la mayor cantidad de detalle en cuanto al consumo de cada sustancia, para definir si se ha tratado de un consumo con patrón de abuso o dependencia (American Psychiatric Association, 2013), y en el interrogatorio se deben incluir sustancias como el café, analgésicos (opioides), hipnóticos o sedantes, así como conductas adictivas como el juego patológico, uso de internet o videojuegos (Sadock et al., 2015).

7.4.4. Personalidad premórbida

La personalidad corresponde al patrón de emociones, cognición y comportamiento que hacen único a cada individuo, determina su manera de actuar con el entorno y se constituye a partir de los dieciocho años, manteniendo una cierta estabilidad a lo largo de la vida (American Psychiatric

Association, 2013).

Es recomendable solicitar que el paciente describa sus principales rasgos de carácter y temperamento. Se sugiere entonces registrarlo todo textualmente y también describir lo que el familiar o acompañante refiera de la personalidad del paciente. Si bien se recomienda una descripción libre, nos podemos apoyar en el Modelo de los Cinco Grandes para darle una mayor estructura al relato del paciente. Este modelo consta de cinco dimensiones o factores de personalidad, para los cuales se utiliza el acrónimo OCEAN (por sus siglas en inglés) y se describen en la tabla 2 (Angelini, 2023):

Tabla 6.
Modelo de los cinco grandes

-	Rasgos de personalidad	+
Escasa flexibilidad a la experiencia	**O**penness (apertura a la experiencia)	Apertura a la experiencia
Desorganización Impulsividad	**C**onscientiousness (responsabilidad)	Responsabilidad
Introversión	**E**xtrovertion (extroversión)	Extroversión
Poca amabilidad Pragmática	**A**greeableness (afabilidad/ amabilidad)	Amabilidad Empatía
Neuroticismo	**N**euroticism (neuroticismo)	Estabilidad emocional

Fuente: Elaboración propia, basada en Angelini, 2023

Además, podemos utilizar los patrones que el DSM-5 propone para cada uno de los trastornos de personalidad como guía (Tabla 3). Pero debemos también recordar que, para llegar a un diagnóstico definitivo de un trastorno de la personalidad, se requerirá una evaluación de los patrones de funcionamiento del individuo a largo plazo y a través de diversas situaciones, siempre haciendo distinciones entre las reacciones adaptativas a situaciones estresantes y una alteración transitoria del estado mental. Por lo tanto, en una primera sesión se podrán identificar tan solo ciertos rasgos de la personalidad (American Psychiatric Association, 2013).

Tabla 7.
Agrupación de trastornos de la personalidad según el DSM-5

Trastornos del Grupo A	Trastorno de la personalidad paranoide Trastorno de la personalidad esquizoide Trastorno de la personalidad esquizotípica
Trastornos del Grupo B	Trastorno de la personalidad antisocial Trastorno de la personalidad límite Trastorno de la personalidad histriónica Trastorno de la personalidad narcisista

Trastornos del Grupo C	Trastorno de la personalidad evasiva Trastorno de la personalidad dependiente Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva

Fuente: Elaboración propia, basada en American Psychiatric Association, 2013

Un trastorno de personalidad se diferencia de los rasgos caracterológicos normales de un individuo cuando algunos de estos rasgos producen disfunción en actividades diarias o relaciones interpersonales y/o malestar clínico en el paciente. Además de los criterios clínicos, existen múltiples clinimetrías, tanto breves como extensas, que pueden apoyar el diagnóstico definitivo (American Psychiatric Association, 2013).

Este apartado es de particular ayuda para el clínico, ya que ayuda a entender las estrategias de afrontamiento del paciente ante situaciones estresantes, y para determinar cuando existe un cambio en el comportamiento fuera de su patrón habitual que pudiera condicionar un trastorno psiquiátrico (Vallejo Ruiloba, 2015).

7.4.5. Antecedentes médicos

Se debe indagar sobre todo lo concerniente al historial médico a lo largo de la vida del paciente:

- Enfermedades agudas y crónicas
- Hospitalizaciones previas
- Procedimientos quirúrgicos
- Fracturas
- Alergias medicamentosas y ambientales
- Caídas (de particular importancia en las personas mayores)
- Déficits sensoriales, especificar si están corregidos o no (de particular importancia en las personas mayores)
- Antecedente de trauma craneoencefálico en algún momento de la vida, con o sin pérdida del estado de alerta (si hubo datos de focalidad neurológica y atención médica)
- Antecedentes de crisis convulsivas

Hay que destacar que cuando se exploran las enfermedades del paciente, se debe realizar una adecuada conciliación de fármacos, ya que, en ciertos grupos poblacionales, como en los adultos mayores, hay que considerar las interacciones farmacológicas, así como la polifarmacia (American Geriatrics Society Beers Criteria. Update Expert Panel, 2023).

En el caso de los pacientes que cursan con alteración del estado mental, este apartado deberá ser cuidadosamente corroborado por los familiares/cuidadores de estos (Vallejo Ruiloba, 2015).

7.4.6. Antecedentes familiares

Se deben incluir los antecedentes heredofamiliares, tanto psiquiátricos como de otras condiciones médicas, y/o la exposición a consumo de sustancias de algún miembro de la familia. Cabe resaltar que el interrogatorio debe enfocarse en todos los familiares de primer grado de consanguinidad, así como se debe conocer si los padecimientos psiquiátricos iniciaron de manera temprana o tardía en la vida de los familiares afectados. En algunos casos, se puede realizar un árbol genealógico para una mejor comprensión de los antecedentes heredofamiliares de riesgo (Sadock et al., 2015).

En este apartado cobra relevancia el interrogar no solamente acerca de los diagnósticos definitivos, ya que aún en la actualidad en nuestro país el acceso a la atención en salud mental sigue siendo bajo, tanto por falta de profesionales como por estigma en la misma población. En este contexto, se sugiere interrogar sobre la presencia de síntomas psicóticos aislados, conducta suicida, discapacidad intelectual, consumo problemático de alguna sustancia, alteraciones en el comportamiento o fallas cognitivas, entre otros y de ser posible es útil conocer sobre los fármacos a los que tuvieron respuesta o no los pacientes, ya que esta información puede influir en la decisión del tratamiento farmacológico (Vallejo Ruiloba, 2015).

7.4.7. Revisión de aparatos y sistemas

Es sustancial realizar propositivamente una revisión de los aparatos y sistemas corporales, con el fin de identificar algún síntoma de importancia que el paciente pudiera haber omitido en el apartado de enfermedad actual, lo cual además nos puede ser de utilidad para descartar otras causas que pudieran desencadenar los síntomas psiquiátricos que describe el paciente. Se registrarán solo los datos positivos de este interrogatorio. En la siguiente tabla se describen los sistemas y aparatos que deben explorarse:

Tabla 8.
Revisión de aparatos y sistemas

Aparatos y sistemas	Preguntas directas
Sistema cardiovascular	Dolor torácico, palpitaciones, edema, cianosis.
Aparato respiratorio	Disnea, cianosis, expectoración, tos, ronquido, infecciones respiratorias.
Aparato digestivo	Náusea, vómito, diarrea, estreñimiento, dolor abdominal, reflujo gastroesofágico.
Sistema endocrino	Intolerancia al calor o frío, exoftalmos, galactorrea, hirsutismo, cambios en el peso corporal, mixedema.
Aparato génito-urinario	Molestias urinarias, molestias en ciclo menstrual, menarquia, menopausia, fecha de ultima menstruación, gestas, abortos, uso de anticonceptivos.
Sistema nervioso	Cefalea, parestesias, vértigo, marcha, temblor, calambres, disminución de la fuerza muscular.
Aparato musculoesquelético	Dolores ósteo-articulares, deformidades.
Piel	Cambios de coloración, prurito, erupciones
Termorregulación	Fiebre, sudoración, escalofríos, sequedad de mucosas.

Fuente: Elaboración propia basada en Cabrera Aguilar et al., 2011.

7.4.8. Exploración psicopatológica o examen mental

El examen mental es uno de los pilares de la historia clínica psiquiátrica que requiere amplios conocimientos de semiología para poder realizarla, se describirán a continuación de manera muy breve los aspectos para evaluar, ya que los siguientes capítulos del libro se describirán en detalle.

La evaluación del estado mental se realizará a la par que inicia la entrevista, e incluso desde que el paciente llega al consultorio y se encuentra en la sala de espera.

Se sugiere realizar una descripción estructurada y sistematizada, para que cualquier lector de la historia clínica pueda tener una idea de lo que está ocurriendo con el paciente. Para esto, se sugiere evaluar los siguientes aspectos (Sucari-Callohuanca & Llanqui-Llanque, 2019):

- Aspecto general: habitus exterior, actitud durante la entrevista
- Conducta: conación, cooperación, expresión facial y psicomotricidad
- Afectividad: estado de ánimo y estado afectivo, variabilidad y congruencia entre ánimo y afecto
- Lenguaje: comunicación, lectura, escritura, velocidad, tono, volumen y cantidad del habla, contenido del lenguaje
- Sensopercepción: alucinaciones visuales, auditivas, olfativas, gustativas o táctiles, pseudoalucinaciones, ilusiones, despersonalización, desrealización
- Pensamiento: velocidad (aumentada o disminuida), curso (lineal, circunstancial, tangencial) y contenido del pensamiento (delirios, ideas sobrevaloradas, distorsiones cognitivas, confabulaciones, ideación suicida, obsesiones, fobias, entre otras)
- Sensorio: nivel de vigilia, fluctuaciones del estado mental, orientación alopsíquica y autopsíquica
- Cognición: atención, concentración, memoria, abstracción, cálculo, juicio, nominación, comprensión
- Hábitos fisiológicos: sueño, apetito, sed, conducta sexual, peso
- Conciencia de la enfermedad o introspección

Este apartado debe complementarse con escalas de evaluación psiquiátrica o clinimetrías. Estos instrumentos nos permitirán sentar un punto de objetividad para el examen mental y determinar el estado basal del paciente para mediciones longitudinales. Hay muchas escalas disponibles, pero se recomienda al menos una prueba de cribado cognitivo, una prueba específica para medir y evaluar la intensidad de los síntomas principales que el paciente refiera y una prueba de evaluación de funcionalidad (Sadock et al., 2015).

7.4.9. Exploración física

El examen físico en la historia clínica psiquiátrica nos ayudará a reconocer condiciones

médicas que pudieran estar descompensadas y que requieran atención urgente por algún otro especialista, completando con esto la evaluación que se requiere para poder integrar un diagnóstico psiquiátrico (Sadock et al., 2015).

Sin embargo, antes de realizar la exploración física debemos garantizar nuestra seguridad y la del paciente, por lo que en el caso de pacientes con agitación psicomotriz y riesgo de agresividad auto o heterodirigida, se deberá diferir la entrevista y se derivará inmediatamente al área de urgencias psiquiátricas, para continuarla en un segundo momento cuando sea posible abordar al paciente sin riesgo.

En un paciente menor de edad que realiza la exploración física, se deberá contar con la presencia de un familiar del paciente y/o personal de enfermería (Vallejo Ruiloba, 2015).

Se sugiere seguir un orden específico para no olvidar algún área en la examinación, y podría ser de acuerdo con lo siguiente (Vallejo Ruiloba, 2015):

- Signos vitales en reposo
- Cabeza (importante buscar signos de trauma cráneo encefálico)
- Ojos (pupilas y su reactividad a la luz, músculos extraoculares y elevadores de los párpados)
- Oídos, nariz y cavidad oral (buscar focos infecciosos parameníngeos, prótesis odontológicas o de otros cuerpos extraños, secreciones e higiene)
- Cuello (palpación de glándula tiroides o adenopatías)
- Tórax (cicatrices, dificultad respiratoria)
- Abdomen (cicatrices, masas, dolor)
- Sistema genitourinario (explorarlo solo si es estrictamente necesario, y en presencia obligatoria de personal de enfermería y algún familiar)
- Extremidades (funcionalidad, heridas, higiene, deformidades, amputaciones, atrofias)
- Piel (heridas, parasitosis, úlceras de presión, alergias)
- Sistema nervioso central (es co n el que más detalle debemos tener, ya que la mayoría de los diagnósticos diferenciales deben hacerse con alteraciones a este nivel). Se recomienda seguir este orden para la examinación neurológica breve:
- Estado mental
- Marcha
- Fuerza y sensibilidad (déficits focales)
- Pares craneales
- Tono
- Signos meníngeos

- Reflejos
- Cerebelo

En este apartado también se deberán registrar todos los estudios previos de laboratorio, gabinete e imagen con los que cuente el paciente, lo cual es útil para establecer diagnósticos diferenciales y llegar a la conclusión diagnóstica.

Los exámenes que se recomienda tener en todo paciente con patología mental son los siguientes: biometría hemática, glucemia, creatinina, electrolitos, TSH, T4 libre, prolactina sérica, perfil de función hepática, perfil de función renal, albúmina y proteínas totales en suero, niveles de vitamina B12, ácido fólico, vitamina D, así como se debe tener un electrocardiograma basal debido a que múltiples psicofármacos pueden producir efectos adversos a nivel cardiológico. Dependiendo de cada caso y sospecha clínica, se valorará la necesidad de un estudio de imagen cerebral o estudios de laboratorio complementarios como VIH, VDRL, hepatitis B en el caso de pacientes con conductas sexuales de riesgo, o prueba de embarazo en mujeres con vida sexual activa, previo al inicio de un tratamiento farmacológico (Salmerón Castro, 2005).

7.4.10. Diagnóstico

Realizar un diagnóstico de un trastorno psiquiátrico requiere de amplio conocimiento y haber descartado otras causas médicas. En la actualidad, los criterios diagnósticos tanto del Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales en su versión 5 revisada (DSM-5 TR), y la Clasificación Internacional de Enfermedades en su versión 11, nos permiten lograr diagnósticos estandarizados, sin embargo, el juicio del clínico será el que siempre predomine en este punto de la historia clínica (Sadock et al., 2015).

Se ampliará este apartado más adelante, pero es importante mencionar que es recomendable realizar un diagnóstico multidimensional que nos permita ofrecer un plan de tratamiento integral. En este contexto, se deberá incluir en el diagnóstico, además del trastorno psiquiátrico, los rasgos de personalidad, la funcionalidad del individuo y los estresores psicosociales a los que está o ha estado expuesto a lo largo de la vida (Vallejo Ruiloba, 2015).

7.4.11. Plan de tratamiento

Para conocer todas las intervenciones que pueden ser utilizadas en el paciente, es necesario recopilar y analizar adecuadamente los datos de la historia clínica, ya que el plan de tratamiento que diseñemos deberá estar centrado en las necesidades del paciente y en común acuerdo con él y sus familiares o cuidadores de ser el caso.

En este apartado final de la historia clínica psiquiátrica se deberán registrar detalladamente tanto las indicaciones farmacológicas como las no farmacológicas, ya que ambas estrategias son parte del tratamiento integral de un paciente con trastorno mental. Numerosos estudios han demostrado que el uso de intervenciones multimodales tiene una mayor efectividad que el tratamiento único con psicofármacos (Wijnen et al., 2023).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Geriatrics Society Beers Criteria Update Expert Panel. (2023). American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, *71*(7), 2052–2081. https://doi.org/10.1111/jgs.18372

American Psychiatric Association. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5*.

Angelini, G. (2023). Big five model personality traits and job burnout: a systematic literature review. *BMC Psychology*, *11*(1). https://doi.org/10.1186/s40359-023-01056-y

Cabrera Aguilar, F. J., Pinilla Llorete, B., Gómez Antuñes, M., & Muiño Miguez, A. (2011). *La Historia Clínica*.

Carrera-Pérez, G. E., & Montoya-Chacón, S. P. (2021). La historia clínica y la responsabilidad civil en el Ecuador. *Revista Interdisciplinaria de Humanidades, Educación, Ciencia y Tecnología*, *7*(3), 394–423. https://doi.org/10.35381/cm.v7i3.587

Hernández Ribas, R., Crespo Blanco, J. M., & Menchón Magriñá, J. M. (2003). Historia clínica en psiquiatría. Semiología psiquiátrica. *Medicine*, *8*(104), 5595–5601. https://doi.org/10.1016/s0304-5412(03)71034-8

Ministerio de Salud Pública. (2014). Reglamento para el manejo de información confidencial en el Sistema Nacional de Salud. *Registro Oficial*, *5932*, 1–9. www.salud.gob.ec

Sadock, B., Sadock, V., & Ruiz, P. (2015). *Synopsis of Psychiatry* (11th editi).

Salmerón Castro, J. M. (2005). Valoración médica general de pacientes mentales. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, *34*(2), 267–275. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502005000200007

Sucari-Callohuanca, F. I., & Llanqui-Llanque, M. A. (2019). *Compendio del examen mental* (Vol. 4, Issue 1). https://doi.org/10.5281/zenodo.3762993

Vallejo Ruiloba, J. (2015). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. In *Elsevier España* (7ma edició, Issue 2).

Wijnen, J., Gordon, N. L., van ’t Hullenaar, G., Pont, M. L., Geijselaers, M. W. H., Van Oosterwijck, J., & de Jong, J. (2023). An interdisciplinary multimodal integrative healthcare program for depressive and anxiety disorders. *Frontiers in Psychiatry*, *14*(June), 1–14. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1113356