

Formato de examen mental — Adultos

Guía de registro por áreas. Saludtools · Documento gratuito

Nombre del paciente

Documento de identidad

Fecha de nacimiento / edad

Fecha y hora del examen

Profesional que examina

Registro profesional (ReTHUS)

1. Porte, actitud y comportamiento

Apariencia general, higiene y arreglo personal, vestimenta acorde al contexto. Contacto visual. Actitud hacia el examinador (colaboradora, suspicaz, hostil, seductora, indiferente). Actividad motora: normal, inquietud, agitación, enlentecimiento, temblor, tics, manierismos.

2. Estado de conciencia

Alerta · Somnoliento · Obnubilado · Estuporoso · Comatoso. Fluctuaciones durante la entrevista.

3. Orientación

En persona · En tiempo (día, mes, año) · En lugar · En situación. Anotar en cuál falla y cómo.

4. Atención y concentración

Capacidad de sostener y dirigir la atención durante la entrevista. Distraibilidad. Pruebas usadas si aplica (series, repetición de dígitos, deletreo inverso).

5. Memoria

Inmediata (registro) · Reciente (últimas horas o días) · Remota (biográfica). Anotar si hay confabulación o lagunas.

6. Lenguaje

Fluidez, volumen, ritmo y latencia de respuesta. Prosodia. Comprensión. Presencia de disartria, afasia, neologismos o ecolalia.

7. Pensamiento

CURSO: acelerado, enlentecido, fuga de ideas, bloqueo.

FORMA: lógico y coherente, circunstancial, tangencial, disgregado, incoherente.

CONTENIDO: ideas sobrevaloradas, delirantes (tipo y sistematización), obsesivas, fóbicas. Ideación de muerte, suicida u homicida: registrar de forma explícita, con estructuración y planificación.

8. Sensopercepción

Alucinaciones (auditivas, visuales, táctiles, olfativas, gustativas), pseudoalucinaciones, ilusiones, despersonalización, desrealización. Describir contenido y repercusión conductual.

9. Afecto y estado de ánimo

Ánimo referido por el paciente (subjetivo) y afecto observado (objetivo). Rango, intensidad, reactividad, congruencia con el discurso, labilidad, aplanamiento.

10. Funciones cognitivas superiores

Cálculo, abstracción (refranes, semejanzas), capacidad visoconstructiva. Nivel intelectual estimado y su coherencia con la escolaridad.

11. Juicio de realidad

Conservado · Debilitado · Alterado. Capacidad de anticipar consecuencias y tomar decisiones.

12. Introspección (insight)

Nula · Parcial · Adecuada. Reconocimiento del malestar y de la necesidad de tratamiento.

13. Valoración del riesgo

Riesgo de autoagresión y de heteroagresión. Factores de riesgo y factores protectores. Conducta adoptada ante el riesgo detectado.

14. Impresión diagnóstica y plan

Impresión diagnóstica (CIE-11). Conducta, remisiones y fecha de próximo control.

Este formato es una guía orientativa de registro clínico. No sustituye el criterio profesional ni constituye un instrumento psicométrico. La historia clínica debe cumplir la Resolución 1995 de 1999, modificada por la Resolución 839 de 2017, en cuanto a integridad, trazabilidad y custodia.

Formato de examen mental — Niños y adolescentes

Guía de registro por áreas, adaptada al desarrollo. Saludtools · Documento gratuito

Nombre del paciente

Documento de identidad

Fecha de nacimiento / edad

Curso o grado escolar

Acudiente presente y parentesco

Fecha y hora del examen

Profesional que examina

Registro profesional (ReTHUS)

1. Apariencia, porte y comportamiento

Apariencia y cuidado acorde a la edad. Contacto visual. Separación del acudiente. Actividad motora y nivel de inquietud para su etapa del desarrollo. Conducta durante el juego.

2. Estado de conciencia y alerta

Alerta · Somnoliento · Fluctuante. Adecuación al horario y a la edad.

3. Orientación (según edad esperable)

En persona, tiempo y lugar, evaluada de acuerdo con lo esperado para su edad y escolaridad.

4. Atención y concentración

Tiempo de permanencia en una actividad. Distraibilidad frente a estímulos. Diferencias entre el juego libre y la tarea dirigida.

5. Lenguaje y comunicación

Nivel de lenguaje expresivo y comprensivo frente a lo esperado para la edad. Articulación. Uso social del lenguaje, intención comunicativa y juego simbólico.

6. Desarrollo psicomotor

Motricidad gruesa y fina. Lateralidad. Coordinación. Hitos alcanzados o pendientes.

7. Pensamiento e imaginación

Curso y contenido acordes a la edad. Diferenciación entre fantasía y realidad según el momento evolutivo. Preocupaciones, miedos, ideas de muerte o autolesión: registrar explícitamente.

8. Sensopercepción

Distinguir fenómenos propios del desarrollo (amigo imaginario, fantasía) de alucinaciones. Describir contenido y repercusión.

9. Afecto y regulación emocional

Ánimo predominante, expresividad, reactividad. Capacidad de autorregulación. Rabieta, llanto, irritabilidad, retraimiento.

10. Vínculo y relación con el acudiente

Calidad de la interacción observada. Búsqueda de contacto, respuesta al límite, coherencia entre lo que reporta el acudiente y lo observado.

11. Funcionamiento escolar y social

Rendimiento, adaptación a normas, relación con pares y con figuras de autoridad. Reportes del colegio si están disponibles.

12. Juicio e introspección (según edad)

Comprensión del motivo de consulta y de las consecuencias de sus actos, según su etapa.

13. Valoración del riesgo

Riesgo de autoagresión y heteroagresión. Señales de maltrato, negligencia o abuso: si se detectan, activar la ruta de protección correspondiente. Factores protectores.

14. Impresión diagnóstica y plan

Impresión diagnóstica (CIE-11). Conducta, remisiones, recomendaciones al acudiente y al colegio, y fecha de próximo control.

Este formato es una guía orientativa de registro clínico. No sustituye el criterio profesional ni constituye un instrumento psicométrico. La historia clínica debe cumplir la Resolución 1995 de 1999, modificada por la Resolución 839 de 2017, en cuanto a integridad, trazabilidad y custodia.