Formulación Diagnóstica Integrativa y Multidimensional en Psiquiatría de Niños y Adolescentes: presentación de un caso.

Case Formulation Comprehensive Model in Child and Adolescent Psychiatry: a case example

Bernardo Pacheco P. Felipe Cifuentes R.² M^a Soledad Riquelme L¹ Rosario Vacarezza A.²
Helga Silva R.² Marina Payá R.², Rafaella Dapelo S.²

In psychiatric clinical practice it is recommended to assess children and adolescents in the context of their individual, familial, academic and interpersonal functioning. Therefore, the formulation of clinical diagnoses using an integrative method with multiple analytical perspectives organized by frames of reference, will contribute to a better understanding of the patient's health status and the common multifactorial causation of mental health problems. A diagnostic formulation model can constitute an essential component of the integrative psychiatric assessment, guiding the psychiatrist and resident in training in the initial clinical analysis of their case, leading them from the gathering of clinical information and global diagnostic approach to the construction of an intervention plan. The present article demonstrates the clinical analysis of a case of an adolescent who presents to a mental health center; whose care team is composed of first year residents in a child and adolescent psychiatry program and their supervisors. In the analysis of the case, the team uses an integrative and multidimensional model of diagnostic formulation based on a clinical analysis of chronologically ordered risk factors (7P model), which is complemented from the perspective of psychopathological models and an individual functioning grid. Knowing how to conduct a diagnostic formulation can stimulate psychiatry residents to think reflexively in their clinical practice and can serve as a useful tool to guide clinical supervisors in their teaching.

*Keywords: psychological model, case formulation, comprehensive evaluation
Rev Chil Neuro-Psiquiat 2020; 58 (4): 413-424*

Aceptado: 2020/08/06
Recibido: 2019/12/20

- 1 Psicólogo
- 2 Residente de Psiquiatría, Universidad Católica de Chile.

Introducción

La Psiquiatría está conformada por diversos paradigmas teóricos, a veces excluyentes y en otras complementarios, de lo que se piensa y se sabe respecto de las enfermedades mentales y la conducta humana. El abordaje de casos clínicos en cuanto a la recopilación de la información y posterior análisis psicopatológico es un desafío teórico y de práctica clínica tanto para el psiquiatra en formación como para el docente. Es así que, es conveniente contar con métodos y marcos de referencia que, como herramientas educativas, enseñen a captar la multifactorialidad comúnmente presentada en los problemas mentales.

Es de interés clínico contar con formulaciones diagnósticas integrativas, dimensionales y personalizadas⁽¹⁾. Las propuestas integrativas para la práctica de la psiquiatría y la psicoterapia con adultos han sido variadas⁽²⁻⁵⁾. Particularmente en la psiquiatría infantil, dada la multifactorialidad en la génesis y en sintomatología de las alteraciones mentales, producto de una combinación de variables del desarrollo mental, la influencia poligénica y del aprendizaje, las formulaciones diagnósticas integrativas han sido especialmente propuestas⁽⁶⁻¹⁰⁾.

En la literatura de especialidad se han usado términos como: *case formulation*, *clinical case formulation*, *diagnostic formulation*, *psychotherapy case formulation* y *psychodynamic formulation* para denominar, como concepto organizador, una Formulación Diagnóstica (FD) o formulación de caso clínico. La FD representa un modo de realizar evaluaciones o intervenciones en salud mental que además de reconocer la sintomatología o conducta del paciente, intentan tener una mirada global e integrativa de funcionamiento del sujeto^(2, 4, 5, 10, 11). La FD hace referencia al proceso integrativo y multidimensional de análisis clínico que explora y conoce todos los factores implicados

en la problemática de un paciente y su fin será establecer intervenciones terapéuticas eficaces en concordancia con los diagnósticos realizados (Tabla 1).

Formular casos clínicos por medio de FD se ha sugerido como una destreza clínica básica a aprender y desarrollar por parte de los profesionales de la salud mental⁽⁵⁾. En el contexto de la educación médica para la formación de psiquiatras, la habilidad de formular problemas clínicos asociada a la capacidad de realizar evaluaciones y diagnósticos integrales, trabajando los procesos de conocimiento y reflexión integrativa por parte del aprendiz, son criterios que se han incorporado a modelos de enseñanza educacional basado en competencias^(12, 13). Asimismo, la formulación de casos ha sido recomendada por la Asociación Americana de Psiquiatría⁽¹⁴⁾. Concordamos en que enseñar un método de formulación de caso clínico puede ser una herramienta útil para estimular el razonamiento clínico y la organización eficaz de la información, especialmente en residentes de psiquiatría novatos. Por igual, FD integrativas concomitantemente aportan un beneficio asistencial para la atención del paciente ya que el caso clínico formulado se personaliza y en consecuencia las intervenciones se adaptan individualmente a cada sujeto en particular.

En definitiva, el propósito de este artículo es ilustrar didácticamente a través de un caso clínico un modelo de evaluación psiquiátrica de FD integrativa y multidimensional en una adolescente que presentó alteraciones del ánimo y autolesiones. El caso es evaluado y analizado por residentes de primer año de un programa de psiquiatría de niños y adolescentes junto a sus supervisores (un psiquiatra y una psicóloga) en un contexto de supervisión clínica tutorial. Se aplican al caso procedimientos de análisis y de organización de los contenidos basado en un esquema de grillas o marcos de referencia para la realización de formulaciones diagnósticas

Tabla 1. Variables a considerar en la construcción de una Formulación Diagnóstica (FD)

·Descripción e identificación de las características relevantes del caso
·Caracterización de la sintomatología
·Síntomas principales y secundarios
·Funcionalidad. Adaptación. Condición global del paciente en sus distintas áreas de desarrollo personal
·Eventos vitales. Eje temporal
·Condiciones psicológicas previas.
·Reflexión clínica de las manifestaciones en contexto del desarrollo evolutivo
·Factores protectores y de riesgo. Vulnerabilidad
·Patrones sintomáticos de presentación clínica
·Análisis psicopatológico (reflexión psicopatológica)
·Caracterización del o los síndromes (delimitación sindromática)
·Diagnósticos diferenciales, coocurrencia o comorbilidades
·Evidencia. Causas hipotéticas. Hipótesis diagnósticas
·Uso de modelos de comprensión psicopatológica
·Criterios diagnósticos. Sistemas de clasificación
·Planteamiento diagnóstico formal en sentido estricto
·Planteamiento diagnóstico funcional en sentido amplio
·Conclusiones del caso
·Planteamiento y resumen del caso declarando como los factores y la condición del paciente lo han llevado a situación actual considerando su nivel de funcionamiento.
·Visión pronóstica y potencial de intervención individualizada

en psiquiatría⁽¹⁵⁾.

El presente trabajo contó con la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la P. Universidad Católica de Chile.

Caso clínico

Valentina es una adolescente de 14 años, traída por su madre quién consulta preocu-

pada por el estado emocional y las conductas de riesgo presentadas. Durante la evaluación, los principales problemas presentados en Valentina son sus deseos de autolesión y desgano (realizó un gesto suicida de intento de ahorcamiento estando a solas en su hogar), consistentes con síntomas depresivos y ansiosos. Valentina vive con su madre (40 años), su hermana gemela y dos más de 17 y 10 años. Su padre de 45 años vive en otra

ciudad. Los padres están separados hace 5 años, la madre da como motivo de la separación y divorcio la infidelidad del padre y el maltrato físico de éste a las hijas. Durante la evaluación, la paciente informa que, en 3 ocasiones, a los 12 y 13 años realizó impulsivamente ingesta de fármacos como gesto suicida sin atención médica en contexto de desánimo recurrente. Al examen mental, Valentina es colaboradora, sin embargo, se muestra despreocupada y su motivación es baja a la evaluación de riesgo vital de sus conductas. Se observa en ella un estilo de relación con búsqueda de atención y control emocional. No presenta estereotipias ni movimientos anormales, gesticula realizando frecuentes cambios de posturas corporales, destaca comportamiento de tipo histriónico. Sin alteraciones del curso formal del pensar. Marcada idealización y devaluación de sus cercanos, ideas de culpa ocasionales respecto al intento suicida. Predomina su ánimo ansioso depresivo leve a moderado, con fluctuaciones emocionales sin desbordes y ocasional presencia de discordancia ideofectiva. Presenta funciones cognitivas conservadas al igual que el juicio de realidad. Sin alteraciones del habla y lenguaje.

En la historia de desarrollo de Valentina, se observan interacciones familiares disfuncionales, con exposición ocasional a situaciones erotizadas a los 6 años con un primo 3 años mayor, situaciones relatadas por la paciente. Durante la evaluación comenta posibilidad de haber sido abusada sexualmente (“tocaciones” en sus genitales), no recuerda exactamente si fue sueño o realidad.

En el transcurso de su evaluación, Valentina presentó en su casa un episodio de descontrol de impulsos, consultando en un servicio de urgencia en donde se administró antipsicóticos. A los días siguientes presentó distonía aguda (orocervical) requiriendo una breve hospitalización y tratamiento con resultado favorable.

Como análisis complementario a la pa-

ciente se realizó una evaluación psicodiagnóstica que da cuenta que ésta presenta una estructura de personalidad en desarrollo con un funcionamiento propio de estructuras limítrofes, explicada tanto por su subjetividad perceptiva, por las fallas defensivas como por las dificultades en el plano emocional y cognitivo. En el plano emocional se evidencian dificultades significativas, mostrándose Valentina aún incapaz de mentalizar y mediar la expresión del mundo afectivo, con un funcionamiento impulsivo, donde sus necesidades pueden ser vivenciadas de modo intrusivo y desestructurador.

Discusión

a.- Construcción de los marcos de referencia para la formulación del caso: organización de la información

Para el desarrollo de la FD del caso, la información recogida se ha ordenado confeccionando una tabla o grilla. En un primer eje vertical se ha situado el modelo 7P, como una perspectiva de eje temporal de desarrollo sintomático (16). En su conjunto el modelo 7P contempla tanto los factores de riesgo (facilitadores de la organización sintomática) como los factores protectores (facilitadores de la resolución sintomática) de una condición médica. Los componentes del modelo son: 1.- factores de predisposición, 2.- factores de precipitación, 3.- factores de presentación, 4.- patrones, 5.- factores de perpetuación, 6.- factores potenciales y 7.- factores de pronóstico.

El paso siguiente ha sido añadir un segundo eje dispuesto horizontalmente a nivel superior de la grilla que considere factores desde las perspectivas o modelos psicopatológicos del desarrollo biopsicosocial y relacional. Se ha ordenado por separado los dominios: biológico (orgánico), psicológico dinámico, psicológico cognitivo y conductual, relacional familiar socio-cultural y espiritual religioso. Dispuesto así, el pri-

mer marco de referencia para el caso clínico contendrá la información de desarrollo sintomático temporal (7P) asociada a las áreas de desarrollo y de estado del paciente organizadas por dominios de interés clínico normativo (áreas más sanas) y psicopatológicos (Tabla 2). La organización de la información del caso seguirá el esquema del Modelo Integrativo Multidimensional de FD tipo tabla o grilla^(7,15). Tanto la información recolectada como los planteamientos o hipótesis diagnósticas fueron realizados progresivamente en sincronía con la evaluación del paciente. Asociada a la grilla ya descrita, y como parte de la FD, la confección de una segunda grilla caracteriza al paciente en cuanto a su funcionalidad psicológica individual y la relación con sus otros significativos (Tabla 3). Estos marcos de referencia ponen atención en la experiencia del paciente consigo mismo y con los otros, sus interacciones y relaciones habituales, especialmente en aquellas personas o agentes quienes influyen su vida.

b.- Formulación del caso

En referencia al funcionamiento individual y relacional de Valentina se observa que las conductas problemáticas y de riesgo vital han ocurrido en el ámbito escolar y familiar. Lo anterior puede remitir a una disfuncionalidad y patrón de rigidez conductual no adaptativa, sintomatología con poco valor de contingencia. Las conductas de la paciente, en particular el intento de ahorcamiento, han llevado a la movilización y a la atención familiar. Anteriormente no se habían abordado las dificultades de la paciente mediante ayuda profesional, a pesar de que se habían identificado conductas de riesgo (ingesta de fármacos con intención auto lesiva). Develada una infidelidad del padre hace algunos años atrás, la madre decide el divorcio intentando frenar conflictos familiares y conyugales. Es posible que en los primeros años de vida de Valentina se haya constituido tolerancia a los malos tratos con padres poco

disponibles en lo emocional y centrados en sus conflictos. Lo anterior contribuye a que a temprana edad se configuren en Valentina representaciones desorganizadas de las figuras significativas (padre, madre, hermanas), esto predispone a relaciones inestables posteriormente con sus pares, dificultando las tareas de adolescente con un resultado desorganizador de los procesos psicológicos del sentido de sí mismo e identidad.

Desde el punto de vista clínico, a partir de la información obtenida del caso se infiere que la paciente presenta un patrón sintomático anímico depresivo de riesgo suicida en un contexto de patología de la constitución de su personalidad (Tabla 4). La sintomatología depresiva se asocia a angustia y sentimientos de autodestrucción y acciones auto lesivas. Asociado a lo anterior, la paciente presenta dificultades en la integración de su identidad y un funcionamiento de tendencia impulsiva. Aunque se observaron clínicamente en el psicodiagnóstico de la paciente distorsiones transitorias de la realidad, no se detectó una alteración del juicio de realidad y se respetan los aspectos consensuados de los objetos.

Realizando un análisis del desarrollo temporal (eje de temporalidad biográfica) en la constitución del cuadro clínico sindromático podemos plantear en relación a factores de predisposición que la experiencia de separaciones traumáticas tempranas y las inestabilidades de los cuidados paternos pueden contribuir al desarrollo de una visión pesimista de sí mismo y del entorno⁽¹⁷⁾. La experiencia del divorcio traumático y las conductas abusivas pueden contribuir como factores precipitantes y posteriormente de perpetuación de inestabilidad emocional y angustia elevada en la paciente. Valentina al no contar con adecuados modelos parentales en la resolución de conflictos familiares, llega a adolecer de suficientes habilidades cognitivas de enfrentamiento (coping), este factor se llega a constituir como un perpetuante de ineficacia en resolver conflictos que se presentan en la

Tabla 2. marco de referencia para una fd integrativa y multidimensional del caso

MODELOS BÁSICOS DE COMPRENSIÓN PSICOPATOLOGÍA. FACTORES EN CONTEXTO BIOPSIOSOCIAL Y RELACIONAL				
FACTORES MODELO 7P (EJE TEMPORAL SINTOMÁTICO)	BIOLÓGICO (genético, neurodesarrollo, lesión orgánica, herencia familiar. Madurez/ inmadurez)	PSICOLÓGICO PSICODINÁMICO (estructura, fijaciones, conflictos intrapsíquicos, defensas, motivaciones, deseos, frustraciones)	PSICOLÓGICO COGNITIVO/ CONDUCTUAL (creencias, expectativas, atribuciones, imágenes, comportamientos. Funcionamiento cognitivo e intelectual)	SOCIO CULTURAL RELACIONAL (PARES) FAMILIAR ESPIRITUAL RELIGIOSO (sistema educacional, dinámica familiar, redes de apoyo, nivel socioeconómico, parentalidad, relaciones con pares, competencias relacionales, sentido vital)
1.- Predisposición Factores que podrían haber atrofiado o desviado el normal desarrollo del niño y hacerlo vulnerable al entorno.	Factor de heredabilidad de impulsividad y desinhibición conductual. Vulnerabilidad genética-molecular a la depresión y suicidabilidad (variaciones en 5-HTT y BDNF).	Cambios y obstáculos en el cuidado temprano dificultan integración de los fragmentos del self (holding). Organización alterada de la primera etapa de individuación- separación. Abuso sexual fantaseado o eventual (padre).	Intento suicida previo predispone a repetir la conducta. Triada cognitiva (si mismo negativo, mundo negativo) predispone a síntomas depresivos.	Transgresión sexual y erotización temprana. Interacciones familiares hostiles. Preferencia de abuela por su gemela, posible carencia de cuidados tempranos. Eventual abuso sexual (padre). Maltrato físico y testigo de VIF.
2.- Precipitación Estresores que desafían la capacidad de enfrentamiento del paciente y causan en él desadaptación precipitando manifestaciones sintomáticas.	Enfoque teórico: disfunción de circuitos neurales altera el procesamiento emocional ante amenazas (amígdala, hipocampo, corteza orbitofrontal y cingulada anterior).	Separación de los padres y alejamiento del padre en proceso de diferenciación adolescente dificulta la integración de representaciones internas (relaciones objetales).	Percepciones subjetivas, imprecisas y superficiales de la realidad, en las que puede desconsiderar aspectos esenciales de los estimulos. Ideas de culpa por suicidio de compañero de colegio.	Discusiones con padres y conflicto parento-filial. Mayor riesgo suicida en carencia de aceptación parental y baja expresión de afectos. Inconsistencia de los padres en la comunicación con su hija.
3.- Presentación Se refiere a responder la pregunta de por qué ahora se presenta el problema, cuál es el contexto y la condición actual.	Cambios hormonales en la pubertad e inicio de la adolescencia influyen en la presentación de psicopatología ansiosa-depresiva.	Adolescencia como duelo intensifica pérdida de la figura parental, se acentúa el componente narcisista (interiorización del objeto perdido) y ambivalente (odio) que subyace a la agresión.	La etapa adolescente desafía el autoconcepto y la autoimagen como proceso de identificación e integración de las características individuales. Desregulación emocional adolescente.	Tiempo sola en casa. Falta de contención familiar en periodos de estrés. Expectativas de la sociedad sobre rendimiento escolar y de la capacidad del adolescente de autogestionarse y tener éxito.

Tabla 2. marco de referencia para una fd integrativa y multidimensional del caso

4.- Patrones Identificación de los síntomas agrupándolos en categorías sindromáticas o patrones de funcionamiento. Manifestación por áreas de desarrollo (semiológico descriptivo)	Enfoque teórico: predominio de afecto negativo se relaciona con alteraciones en el sistema biológico de recompensa, en conjunto con respuesta fisiológica al estrés aumentada en intensidad y duración (fenómenos distímicos).	Diffusión de identidad, sensación crónica de vacío, ansiedad y desgano latente. Paso al acto auto o heteroagresivo (bajas defensas). Dificultades en mentalización de los estados emocionales.	Sd. depresivo. Sd. Autolesiones. Conductas aprendidas orientadas a la búsqueda de atención por parte de otros. Rasgos de personalidad predominantes: extraversión y apertura a la experiencia.	Disfunción parental. Familia monoparental. El síntoma como medio de organización y movilizador de la familia. Sintomatología depresiva y autolesiones se pueden organizar y manifestar en un sistema familiar disfuncional (ciclo sintomático).
5.- Perpetuación Identifica los factores que pueden estar en el entorno del niño o en él y que tienden a permanecer, aunque sean removidos los factores precipitantes.	Riesgos físicos y médicos derivados de la impulsividad. Los factores de perpetuación (heredables, congénitos) interaccionan con el ambiente y ayudan a precipitar eventos. Retraso en el proceso de madurez emocional.	Posible transformación y emergencia de nuevos síntomas como expresión de conflictos intrapsíquicos no resueltos (perspectiva ontogenética). Ausencia de figuras contenedoras con funciones parentales de reemplazo.	Estrategias desadaptativas de enfrentamiento (coping) y de regulación emocional (rumiación, autculpabilidad). Aprendizaje, como testigo, de resolución de conflictos por medios agresivos.	Las consecuencias de las conductas impulsivas pueden causar mayor estrés en los cuidadores y las familias. Prejuicios sociales sobre atención psiquiátrica podría haber retrasado la búsqueda de ayuda.
6.- Potenciales Fortalezas del paciente y factores de protección. Aquellas condiciones que le permiten al niño continuar y seguir fortaleciendo su desarrollo.	Respuesta favorable a fármacos antidepressivos. Ausencia de comorbilidad neurológica u otras patologías orgánicas. Estado físico saludable.	Transferencia de las figuras conflictivas al terapeuta permite generar un marco técnico de trabajo bajo alguna orientación de terapia psicodinámica. Búsqueda de ayuda y contención.	Adecuado nivel de inteligencia y funciones ejecutivas. Reconocimiento de dificultades y motivación al cambio en contexto terapéutico (contención).	No se han organizado conductas antisociales o delictivas. Sistema fraterno solidario y empático. Reconocimiento por pares y participación deportiva. Soporte escolar. Apoyo económico familiar.
7.- Pronóstico El psiquiatra debe plantearse de un modo razonable y con base teórica lo que le ocurriría a la trayectoria vital de su paciente si contara o no con un tratamiento determinado.	Neuroplasticidad del cerebro adolescente en desarrollo favorece pronóstico de intervenciones terapéuticas tempranas. Predisposición a reacciones adversas a fármacos antipsicóticos (disonía aguda).	Terapias psicodinámicas con evidencia en favorecer manejo de estados emocionales y relaciones interpersonales (DBT, terapia de mentalización, terapia centrada en transferencia).	Desinhibición conductual no tratada aumenta riesgo de estrategias perjudiciales. Efectividad de la terapia cognitivo conductual en síntomas depresivos (mayor mejoría en asociación a fármacos).	Terapia interpersonal reduce manifestaciones conductuales del espectro suicida y síntomas depresivos. Terapia familiar en adolescentes con autolesiones reduce ideación suicida. Interés parcial como grupo familiar. Interés de la madre en el tratamiento de sus hijas.

Tabla 3. Análisis De Funcionamiento

		Afecto (estados y respuestas emocionales)	Conducta (actos o comportamientos)	Cognición (ideas y creencias)
FUNCIONAMIENTO INDIVIDUAL	DEL PACIENTE (apreciación clínica de la información obtenida)	<ul style="list-style-type: none"> - Dificultad en regular su afecto (rabia, tristeza) y reacciones emocionales desproporcionadas ante situaciones de tensión. - Logra calmarse con apoyo. - A menudo siente rabia cuando interactúa con su padre. 	<ul style="list-style-type: none"> - Conductas poco reflexivas o impulsivas orientadas a la satisfacción de deseos. - Se involucra en autolesiones y conductas de riesgo. - Se compromete y persiste en algunas actividades placenteras (deporte). 	<ul style="list-style-type: none"> - Autoconcepto fluctúa entre ideas de autosuficiencia e ideas de culpa. Valida a veces la conducta autolesiva. - Ideas cambiantes respecto a su futuro. - Apreciaciones egocéntricas de la realidad que pueden distorsionarla.
	LOS OTROS SIGNIFICATIVOS PARA EL PACIENTE (observación del clínico)	<ul style="list-style-type: none"> - Madre: preocupada por el bienestar de sus hijas y también de cumplir sus responsabilidades laborales. Dificultad en su expresión emocional directa, contención física escasa. Comunicación escasa con el padre. - Hermana gemela: inestabilidad emocional. Cercanía emocional con la paciente. - Padre: (no entrevistado). 	<ul style="list-style-type: none"> - Madre: inicialmente cumple y asiste a los controles, adherencia intermitente. - Padre: sustenta económicamente a la familia y los controles médicos. Historia de castigo físico hacia hijas. - Hermana gemela: conductas de riesgo, requiere de apoyo psicológico emocional. - Padre: (no entrevistado). 	<ul style="list-style-type: none"> - Madre: identifica la necesidad de tratar a su hija. Cree que la experiencia familiar violenta le afecta a su hija. Manifiesta confianza en equipo tratante. - Hermana gemela: ve a la paciente sensible, cambiante y vulnerable.
		Afecto	Conducta	Cognición
FUNCIONAMIENTO EN LAS RELACIONES	PACIENTE CON OTROS SIGNIFICATIVOS (según información obtenida)	<p>Paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Busca recibir afecto y preocupación de parte de las hermanas y la madre. - Conflicto con el padre, temor a la conducta violenta. El padre quiere verla. - Deseo de proteger a sus hermanas de la interacción con su padre y la familia de él. - Distancia emocional con hermana mayor, límites emocionales difusos con hermana gemela y momentos lúdicos con hermana menor. 	<ul style="list-style-type: none"> - Comportamiento desenvuelto en sesiones. - Impulsiva en casa y a veces retraída. - Acepta cuidado y supervisión de la madre, ha mejorado comunicación entre ellas desde que recibe atención profesional. - Provocaba a sus hermanas para discutir agresivamente (golpes). - Conflicto verbal con el padre, distanciamiento ambivalente. - Su hermana gemela busca la cercanía con la paciente, ésta a veces la acepta. 	<ul style="list-style-type: none"> - Identidad parcialmente integrada de los otros. Alternancia entre la idealización y la devaluación. - Ideas de desconfianza y celos transitorios en las interacciones triádicas. - Se ha sentido una carga para su mamá. Cree que debe esforzarse por proteger a su hermana gemela y hermana menor. - Cree que su hermana mayor es autoritaria.
	PACIENTE CON OTRAS INSTANCIAS SOCIALES (según información obtenida)	<ul style="list-style-type: none"> - Disfruta participación en actividades deportivas en grupo. - Interés en el colegio. Desea mejorar sus notas para poder postular a la universidad. - Poco compromiso emocional respecto a la inestabilidad de las relaciones más cercanas (mejor amiga, ex pareja). - Preocupación por el “consumismo” y el calentamiento global. 	<ul style="list-style-type: none"> - Funcionamiento escolar sin conductas antisociales ni disruptivas. No se muestra impulsiva en funcionamiento escolar. - Profesores ven que tiene capacidad de liderazgo. - Entrena deporte y participa en competencias, busca retomarlas. - Se ha embriagado en casa de amigas. - No relata tener amigas cercanas por largo tiempo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Piensa que las demás personas no entienden sus emociones. - Cree que estudiar es importante para optar a una futura profesión. - Noción de invulnerabilidad en conductas de riesgo. - Le interesaría saber más sobre política para debatir.

Tabla 4. Aproximaciones diagnósticas del caso. (psicopatológicas, psicosociales y ambientales)

– Trastorno depresivo grave.
– Síndrome de autolesión. Intento suicida.
– Trastorno de la personalidad (desarrollo) límite. Rasgos impulsivos. Retraso en la constitución de un si mismo estable y diferenciado.
– Distonía aguda. Efecto colateral uso de fármaco antipsicótico.
– Problemas de relación con los padres.
– Problemas de relación con hermana melliza.
– Ruptura familiar por separación crítica de los padres.
– Proceso emocional en la elaboración de la reconstitución familiar.
– Parentalidad con estrategias comunicativas no eficaces.
– Abuso sexual infantil sospechado (no confirmado).
– Historia personal de haber sido testigo de violencia intrafamiliar.
– Historia personal de intento suicida anterior no tratado.

adolescencia de manera individual o con los pares⁽¹⁸⁾. Las exigencias escolares, tanto de rendimiento como relacionales en Valentina, pueden gravitar inestabilidad anímica y provocar angustia, debilitando aún más el auto concepto y la autoestima. Un estilo inseguro de apego y falta de confianza en la relación interpersonal con pares puede precipitar la presentación de un cuadro sintomático en un adolescente con identidad difusa⁽¹⁹⁾ y falta de contención parental.

La preocupación de la madre por la recuperación de su hija, un sistema filial de apoyo, así como una adecuada capacidad intelectual y deseos de cambio en la paciente, contribuyen a un potencial de recuperación. El reconocimiento de sus dificultades y necesidad de tratamiento, la satisfactoria respuesta a los fármacos antidepresivos, el apoyo familiar y la aceptación de apoyo individual son factores de mejor pronóstico, con posibilidad de intervenir el desajuste de

personalidad de la paciente y mantener un menor riesgo de autolesión. Dilucidar el origen del relato de un posible abuso sexual en la paciente influye el pronóstico y plan de intervención. Es un desafío para el terapeuta descifrar en la paciente una determinada fantasía o lo que realmente ocurrió, evaluar el impacto subjetivo y la elaboración intrapsíquica de la experiencia real y/o fantaseada ligada al conjunto de las transformaciones de los estados emocionales que pueda haber experimentado la paciente en el curso del desarrollo posterior al hecho.

Plan de intervención

- Apoyo a la capacidad de supervisión de la madre y atención oportuna.
- Trabajar en las interacciones familiares perpetuantes de la sintomatología. Reducir el clima de tensión y estrés familiar.
- Alentar a la madre su capacidad de adhe-

rencia a controles psiquiátricos y proceso psicoterapéutico.

- Completar terapia farmacológica antidepresiva y ansiolítica.
- Intervención psicoterapéutica individual dirigida a favorecer capacidad de mentalización, regulación emocional e integración de la identidad propia, así como la capacidad de enfrentamiento de conflictos.
- Definir significado del relato de abuso (interconsulta con experto). Definir si se trata de un recuerdo fantaseado, distorsionado o un hecho real (plan psicoterapéutico reparatorio o de reconstrucción e integración de la representación paterna).
- Asistencia a la madre para un mejor manejo de la dinámica familiar. Consejería en el manejo de hermanas gemelas.
- Necesidad de definir la figura y presencia paterna.
- Potenciar al colegio u otras organizaciones como favorecedores de la construcción de identidad y estabilidad en las relaciones. Supervisar reintegración grupal.

Conclusiones

La naturaleza multifactorial e interaccional de problemas de salud mental de los niños y adolescentes requiere que los casos que se nos presentan sean visto en el contexto de sus familias, escuela y relaciones con sus pares.

La obtención de la información clínica y

posterior organización en marcos de referencia o grillas nos pueden proporcionar una visión más global e integrativa del caso. La utilización de un eje temporal de factores y de modelos psicopatológicos plurales más una grilla de funcionamiento global del paciente, ayudan a contar con un sistema de análisis clínico holístico y ecológico, especialmente dado lo complejo de los casos de adolescentes con alteraciones anímicas concurrentes con patología del carácter. La utilización de una FD integrativa y multidimensional sintetiza el estado actual de nuestra paciente incluyendo causas hipotéticas del origen de sus padecimientos y ayudó a un plan inicial de intervención general. El presente artículo intenta didácticamente resaltar, desde el modelo propuesto, la dinámica de los factores orgánicos, psicológicos, socio-relacionales y contextuales en la aparición de un cuadro clínico a la luz del desarrollo evolutivo de una paciente adolescente.

La FD integrativa y multidimensional organizada por medio de grillas puede ser una herramienta útil de aprendizaje y enseñanza en programas de residencia en psiquiatría, constituyéndose como un marco de referencia de análisis clínico de casos, particularmente si se cuenta con supervisión docente. El mayor tiempo empleado en su confección y que la eficacia de sus resultados pueda depender de la experiencia clínica de quienes la realizan, pueden ser parte de sus limitaciones.

Resumen

En la clínica psiquiátrica infanto juvenil se aconseja realizar evaluaciones en contexto del funcionamiento individual, familiar, escolar y relacional. Es así que, una formulación de diagnósticos clínicos que cuente con un método integrativo y de múltiples perspectivas de análisis, organizada además por medio de marcos de referencias, aportará a un mejor conocimiento del estado de salud del paciente y de la multifactorialidad causal habitual de los problemas mentales. Un modelo de formulación diagnóstica (FD) se puede constituir como un componente esencial en una evaluación psiquiátrica integral guiando al psiquiatra y al residente en

formación en el análisis clínico inicial de su caso, conduciéndolos desde la obtención de la información clínica y el planteamiento diagnóstico global hasta la confección de un plan de intervención. El presente artículo da cuenta del análisis clínico de un caso de una adolescente consultante a un centro de salud mental cuyo equipo de atención está constituido por residentes de un programa de psiquiatría de niños adolescentes de primer año y sus supervisores. El equipo utiliza en el análisis del caso un modelo integrativo y multidimensional de formulación diagnóstica, basado en un análisis clínico de factores de riesgo ordenado temporalmente (modelo 7P), complementado con una perspectiva de modelos psicopatológicos y un modelo de funcionamiento individual.

El conocimiento de cómo realizar una FD puede estimular el pensamiento reflexivo de los residentes de psiquiatría en su práctica clínica y puede constituirse como una herramienta útil para que los supervisores clínicos guíen su enseñanza.

Palabras clave: *formulación diagnóstica, formulación de casos, modelos psicopatológicos*

Referencias Bibliográficas

- 1.- McHugh P, Slavney P. The causes of behavioral disorders. In: McHugh P, Slavney P, editors. The Perspectives of Psychiatry. 2nd. ed. Baltimore: John Hopkins University Press; 1998. p. 178-194
- 2.- Eells TD. History and current status of psychotherapy case formulation. In: Eells TD, editor. Handbook of Psychotherapy Case Formulation. 2nd ed. New York: The Guilford Press; 2007. p. 3-32.
- 3.- Ingram BL. A framework for clinical case formulations. In: Ingram BL. Clinical Case Formulations: Matching the Integrative Treatment Plan to the Client. 2nd ed. Wiley & Sons; 2012. p. 3-18.
- 4.- Steiner H, Huemer J, Stemmler PG, Hall RE, Hayward RC. Psychiatric diagnosis, case formulation and treatment planning along the principles of developmental psychiatry. In: Steiner H, editor. Handbook of Developmental Psychiatry. Singapore: World Scientific Publishing; 2011. p. 19-61.
- 5.- Sturmey P. Case formulation: A review and overview of this volume. In: Sturmey P, editor. Clinical Case Formulation: Varieties of Approaches. Wiley-Blackwell; 2009. p. 3-30.
- 6.- Rutter M, Sroufe LA. Developmental psychopathology: concepts and challenges. Dev Psychopathol 2000; 12: 265-96.
- 7.- Winters NC, Hanson G, Stoyanova V. The case formulation in child and adolescent psychiatry. Child Adolesc Psychiatric Clin N Am 2007; 16: 111-132.
- 8.- Havighurst SS, Downey L. Clinical reasoning for child and adolescent mental health practitioners: The Mindful formulation. Clin Child Psychol Psychiatry 2009; 14: 251-271.
- 9.- Henderson SW, Martin A. Case formulation and integration of information in child and adolescent mental health. In: Rey JM, editor. IACAAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health 2014. Disponible en URL: <https://iacapap.org/content/uploads/A.10-CASE-FORMULA->

- TION-2014.pdf.
- 10.- Manassis K. Benefits of Case Formulation and a Conceptual Framework. In: Manassis K. Case Formulation with Children and Adolescents. New York: The Guilford Press; 2014. p. 1-23.
- 11.- Curtis JT, Silberschatz G. The plan formulation method. In: Eells TD, editor. Handbook of Psychotherapy Case Formulation. 2nd ed. New York: The Guilford Press; 2007. p. 198-220.
- 12.- The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. Objectives of training in the specialty of Psychiatry 2015. Disponible en URL: http://www.royalcollege.ca/rcsite/documents/ibd/psychiatry_otr_e.pdf.
- 13.- Page A, Stritzke W, McLean N. Toward science-informed supervision of clinical case formulation: a training model and supervision method. Australian Psychologist 2008; 43: 88-95.
- 14.- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
- 15.- Pacheco B. Modelo integrativo y multidimensional de formulación diagnóstica en psiquiatría de niños y adolescentes. ARS Médica Revista de Ciencias Médicas 2019; 44: 38-50.
- 16.- Nurcombe B. Diagnostic Formulation, Treatment Planning, and Modes of Treatment in Children and Adolescents. In: Ebert M, Loosen PT, Nurcombe B, JF Leckman, editors. Current Diagnosis & Treatment in Psychiatry. 2nd ed. McGraw-Hill; 2008.
- 17.- Nigg, JT, Silk KR, Stavro G, Miller T. Disinhibition and borderline personality disorder. Dev Psychopathol 2005; 17: 1129-1149.
- 18.- Crowell SE, Kaufman EA, Beauchaine TP. A Biosocial Model of BPD: Theory and Empirical Evidence. In: Sharp C, Tackett JL. Handbook of Borderline Personality Disorder in Children and Adolescents. New York: Springer Science; 2014. p. 143-158.
- 19.- Kernberg O. Diagnóstico estructural. En: Kernberg O. Trastornos Graves de la Personalidad, Editorial Manual Moderno, 1987. p. 1-22.

Correspondencia a:
Dr. Bernardo Pacheco
bejupa@vtr.net,
2223543028
995118330