

Modelos psicopatológicos integrativos para la formulación diagnóstica en psiquiatría de niños y adolescentes

Bernardo Pacheco Pacheco¹

Resumen

La psiquiatría de niños y adolescentes si quiere tener una línea de acción clínica más efectiva necesita de paradigmas o modelos de comprensión de los fenómenos psicopatológicos. La elección de un modelo o de una perspectiva de análisis ante un determinado caso en muchas ocasiones es un desafío. Aunque el psiquiatra haya sido formado en una teoría o un modelo determinado, la práctica psiquiátrica muchas veces lo insta a buscar modelos más pluralistas e integrativos que den cuenta de un modo más global de la realidad que vive el niño o adolescente psíquicamente afectado.

El propósito de este artículo es realizar una reflexión teórica - clínica de distintos modelos de comprensión psicopatológica que pueden ser útiles de considerar cuando se procede a realizar una formulación diagnóstica en psiquiatría infanto juvenil. Se revisan los modelos psicopatológicos tradicionales básicos y se describen algunos modelos complementarios que pueden servir de apoyo a la evaluación psiquiátrica.

Se espera que el artículo sea un aporte fundamentalmente para los nuevos profesionales que se están formando en la especialidad y que necesitan de orientaciones clínicas para la realización de un diagnóstico psiquiátrico.

Palabras clave: modelos psicopatológicos integrativos; psiquiatría infantil; formulación diagnóstica

Abstract

Child and adolescent psychiatry needs frameworks or explanatory models for psychopathologic phenomena in order to achieve a more effective clinical course. Oftentimes, choosing a model or an analysis perspective when facing a case can be challenging. Although the psychiatrist may adscribe to a particular model or theory, the psychiatric practice will lead him or her to look for more comprehensive models that account in a global manner for the experience of the affected child or adolescent.

The purpose of this article is to pursue both a theoretical and clinical reflection on the different explanatory models of psychopathological comprehension that may be useful to consider when preparing a case formulation in child and adolescent psychiatry. We emphasize the description of some complementary models to the more traditional, foundational psychopathological ones, which may provide support in a clinical psychiatric evaluation.

We hope this article will be useful especially to the new professionals that are being trained in the specialty and that need clinical guidance in the formulation of a psychiatric diagnosis.

Keywords: *models in psychiatry; psychiatric diagnosis; psychopathological models; case formulation*

Fecha de envío: 23 de diciembre de 2017 - Fecha de aceptación: 26 de octubre de 2018

Introducción

Diagnosticar es plantearse una hipótesis de trabajo, la cual se constituye en una guía de acción y la puerta de entrada a la resolución del problema que aqueja al paciente. El cómo pensar y constituir un

diagnóstico no está libre de creencias teóricas organizadas como modelos de comprensión del enfermar psíquico. El objetivo de este artículo es dar una visión general de los principales modelos o perspectivas teóricas que han servido de base a la constitución de

(1) Departamento de Psiquiatría. Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile
Autor de correspondencia: bejupa@vtr.net



diagnósticos clínicos psiquiátricos. Se analizarán algunos de los modelos de comprensión psicopatológica más comunes revisando también algunos modelos más integrativos y complementarios que pueden ser de utilidad al momento de realizar una Formulación Diagnóstica (FD) en psiquiatría infanto juvenil. La integración de modelos y la complementariedad de perspectivas ha sido con frecuencia una necesidad clínica y al mismo tiempo un desafío, debido a la complejidad de la psicopatología y a nuestra propia formación teórica.

Consideraciones al proceso de evaluación clínica en psiquiatría infantil

El acto de evaluar profesionalmente a una persona conlleva actitudes y conocimientos por parte del evaluador, una aceptación pasiva o activa por parte del evaluado y un contexto particular. En general, la evaluación clínica psiquiátrica de niños y adolescentes se centró desde sus inicios en modelos de evaluación de adultos. A medida que se fueron creando modelos explicativos que describían mejor el comportamiento infantil tanto en su desarrollo mental normativo como en la expresión de los fenómenos psíquicos alterados, se fueron desarrollando métodos de evaluación y nosológicas propias para la infancia y adolescencia, que buscaban rescatar y diferenciar la psiquiatría infantil de la psiquiatría de adultos. De este modo se pudo avanzar en sistemas de clasificación o apartados propios para estos grupos etarios. Las clasificaciones actuales de los trastornos mentales infanto juveniles están incluidas en: el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM 5, American Psychiatric Association), la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD 11, OMS) y la Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del niño y del adolescente (CFTMEA-R-2000).

Es importante asegurar que todo proceso de evaluación clínica tiende a ser amplio, no restrictivo, estando atentos en no caer en evaluaciones demasiado estrechas restringiendo innecesariamente los protocolos de acción. En consideración a los distintos factores que pueden estar involucrados en el surgimiento y mantención de una conducta-problema en un niño, conviene realizar una evaluación clínica multidimensional y multi procedimental, de modo de evaluar distintas áreas del funcionamiento del niño (intrapsíquica, desarrollo evolutivo, relacional familiar y social) por medio de diversos métodos (entrevistas, cuestionarios, escalas, observación de juego, test) considerando distintas fuentes de información (paciente, padres, profesores, familia, pares) valorando el síntoma como expresión conductual dinámica del funcionamiento psíquico del niño.

La entrevista clínica psiquiátrica desde una perspectiva antropológica

La estrategia relacional e interpretativa con la cual nos conducimos en el proceso de entrevista en cierto modo, refleja la adherencia

consciente o inconsciente a un determinado paradigma o modelo y como estos esquemas interpretativos nos guían en nuestras acciones. Un modelo de enfermar psíquico conlleva una visión de hombre y de su funcionamiento como persona, por lo tanto, un psiquiatra que ha sido entrenado en el paradigma psicoanalítico clásico enfrentará los síntomas de su paciente desde la perspectiva del conflicto intrapsíquico. Un psiquiatra sistémico enfrentará su caso asociando los síntomas del paciente a las relacionales funcionales o no funcionales de éste. Es así que no hay neutralidad al momento de observar y evaluar un caso y menos al momento de interpretarlo para orientarlo a una FD, por lo tanto, subyacería en este proceder una conceptualización del ser humano, una visión antropológica latente que sustenta a toda práctica psiquiátrica (Figueroa, 2000; Luque & Villagrán, 2000).

La reflexión clínica psicopatológica y la conveniencia de un diagnóstico psiquiátrico integral

Es probable que sea más fácil diagnosticar un cuadro clínico conocido, ya organizado y clásico que uno clínico en estado de organización o avance y no típico en su presentación, cuya expresión sintomática quizás puede no diferir mucho a la expresión normativa o tarea del desarrollo propia de la edad. Este desafío clínico se nos presenta por ejemplo cuando evaluamos a un adolescente sintomáticamente triste y desganado y nos planteamos desde el análisis de sus síntomas y de su condición general si estamos frente a una reacción depresiva en contexto de crisis de adolescencia o en contrapartida a una depresión como enfermedad o entidad patológica. O bien, como tercera opción, si estamos temporalmente observando y evaluando el tránsito de un estado al otro. El análisis de una sola área de criterio o el uso de juicios diagnósticos restringidos nos pueden limitar clínicamente hablando y ser insuficiente para la detección de un cuadro patológico en la infancia o adolescencia. Es conveniente tomar toda la información obtenida del caso, realizar su análisis y diferenciar a partir de esto, lo normativo de lo patológico de la conducta sintomática (análisis psicopatológico), para luego realizar un diagnóstico amplio e integral, es decir, un diagnóstico que nos dé una visión del estado psíquico de nuestro paciente, de su fase de desarrollo, así como su función relacional y social, consigo mismo y con los demás. Se debe tener presente que la entrevista clínica instrumentalmente es parte esencial del proceso de evaluación y debemos ajustarla a las circunstancias del contexto en que se desarrolla y a la edad del paciente. (Pacheco & Riquelme, 2017)

Modelos psicopatológicos fundamentales y sus características básicas

La práctica psiquiátrica históricamente ha recibido el aporte teórico de modelos básicos de comprensión del desarrollo psicológico

temprano (tabla 1) y de modelos generales y específicos explicativos del funcionamiento psicopatológico (tabla 2 y tabla 3). En la clínica psiquiátrica se tiende a funcionar preferentemente con un método de diagnóstico sintomático o por criterios en un eje síntoma-enfermedad, ajustándose preferentemente al modelo médico de enfermar. En la búsqueda de diagnósticos más integrales, la utilización de otros modelos ha permitido evaluar más ampliamente las diversas áreas del desarrollo personal del

sujeto con la expectativa de captar en un todo comprensible e integral la mejor visión diagnóstica del estado del paciente y de su condición de persona.

A continuación, se revisarán los principales modelos explicativos que han aportado al estudio de la psicopatología o del comportamiento alterado, se analizarán los conceptos teóricos fundamentales, su validez y su aporte a la clínica psiquiátrica.

Tabla 1: Teorías básicas del desarrollo psicológico

Enfoque Teórico	Área de estudio	Representantes		Teoría	Conceptos básicos asociados
Freudiano	Desarrollo de la personalidad	Sigmund Freud		Teoría del desarrollo psicosexual	Inconsciente. Conflicto. Represión Mecanismos de defensa
Cognoscitivo	Etapas del desarrollo del pensamiento	Constructivismo	J. Piaget	Desarrollo Cognoscitivo	Acomodación Asimilación Organización Adaptación Inteligencia. Reestructuración cognitiva
			L. Kohlberg	Desarrollo Moral	Moral heterónoma Moral autónoma
		Cognitivismo	L. Vigotsky	Teoría sociocultural	Aprendizaje pro medio de la interacción social y del lenguaje Zona de desarrollo proximal "Andamiaje" o soporte para aprendizaje del niño Enfoque de procesamiento de la información
Humanista	Visión holística del desarrollo humano	A. Maslow		Jerarquía de las necesidades	Necesidades básicas Autorrealización
		C. Rogers		Teoría del crecimiento personal	Autoconocimiento Expresión personal
Conductista	La conducta modificada por el condicionamiento Aprendizaje social	J. Watson		Teoría Conductual	Aprendizaje
		Ivan Pavlov		Condicionamiento Clásico	Estímulo Respuesta
		B. F. Skinner		Condicionamiento Operante	Refuerzo
Cognitivo	Procesamiento distorsionado de la información que conduce a conductas inadecuadas o deficientes Participación de emociones, pensamientos y conductas	A. Bandura		Teoría del aprendizaje social	Modelaje Determinismo recíproco
		M. C. Jones		Terapia de los miedos infantiles	Aprendizaje vicario
		M. Mahoney		Modificación cognitiva de la conducta	Deshabitación
		A. Beck y A. Ellis		Reestructuración cognitiva	Proceso de cambio humano. Resolución de problemas
		G. Kelly		Terapia de constructos personales	Autocontrol y autorregulación. Coping o estrategia de enfrentamiento
Etológico	La conducta producto de la evolución biológicamente determinada	V. Guidano		Terapia racional emotiva	Creencias irracionales
		V. Guidano		Enfoque evolutivo estructural	Distorsiones cognitivas y psicopatología
Etológico	La conducta producto de la evolución biológicamente determinada	K. Lorenz		Impronta. Periodos críticos	Tipos de apego: seguro/ansioso/ desorganizado
		J. Bowlby		Teoría del apego	

Tabla 2: Características principales de modelos explicativos del enfermar mental o del comportamiento alterado

	Modelo médico	Modelo psicodinámico	Modelo conductual	Modelo cognitivo	Modelo sistémico	Modelo social	Modelos humanísticos existenciales
Conceptos básicos	<p>La enfermedad es de base somática</p> <p>Etiología</p> <ul style="list-style-type: none"> - infecciosa - traumática - sistémica <p>Diagnóstico</p> <p>Pronóstico</p> <p>Tratamiento</p>	<p>Modelos básicos:</p> <p>Modelo Topográfico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consciente, preconscious e inconsciente <p>Modelo Dinámico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conflictos y mecanismos de defensa <p>Modelo Estructural:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ello, Yo y Superyó <p>Modelo Económico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Energía, proceso primario y proceso secundario <p>Modelo genético:</p> <p>Fase oral, anal, fálica y genital</p>	<p>Aprendizaje social</p> <p>Conducta</p> <p>Estímulo</p> <p>Respuesta</p> <p>Refuerzos</p> <p>Condicionamiento clásico</p> <p>Condicionamiento operante</p> <p>Modelaje o aprendizaje observacional</p>	<p>Aprendizaje</p> <p>Cogniciones: ideas, creencias, imágenes, expectativas, constructos personales, atribuciones</p> <p>Patrones complejos de significados: emociones, pensamientos y conductas</p> <p>Recepción de estímulos y procesamiento de información</p> <p>Esquemas, como estructura cognitiva</p>	<p>Patrones de interacción interpersonal</p> <p>Comunicación (imposible no comunicar)</p> <p>Cibernética de 1º y 2º orden</p> <p>Noción de Sistema (el todo es más que la suma de las partes)</p> <p>Sistema abierto (familia)</p> <p>Mecanismo de feedback (retroalimentación)</p> <p>Equifinalidad</p> <p>Organización y jerarquía</p>	<p>Roles sociales disfuncionales</p> <p>Rol institucional</p> <p>Alienación</p> <p>Normas</p> <p>Etiquetas sociales</p> <p>Evitación de la medicalización</p> <p>Prevención</p> <p>Asistencia comunitaria</p>	<p>Existencialismo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valor integral del hombre - Autorrealización - Autonomía. Interdependencia - Búsqueda de sentido <p>Fenomenología (captación pura del fenómeno)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vivencia primaria - Intuición - Empatía - Fenomenología descriptiva <p>Análisis existencial</p> <p>Logoterapia</p> <p>Gestalt</p> <p>Análisis transaccional</p>
Descripción de la conducta anormal	<p>Los síntomas, el síndrome o la enfermedad traducen una alteración fisiológica.</p> <p>La causa orgánica es la responsable de la clínica que presenta el paciente</p>	<p>Los síntomas buscan restablecer un equilibrio y son el resultado de conflictos inconscientes y/o interpersonales, de la rigidez de los mecanismos de defensa y de la fijación y regresión a etapas anteriores del desarrollo.</p> <p>La conducta tiene significado y es el resultado de variables y procesos (impulsos, fantasías, deseos, defensas). La comunicación es simbólica o metafórica.</p>	<p>Sintomatología es vista como expresión de conductas inadaptadas derivadas del aprendizaje (clásico, operante, observacional).</p> <p>La conducta normal y la anormal se adquieren y modifican por los mismos principios de aprendizaje</p>	<p>Los síntomas son problemas derivados del aprendizaje o falta de aprendizaje de respuestas cognitivas, autónomas y emocionales. (distorsiones cognitivas e inadecuado procesamiento de la información)</p>	<p>El síntoma o problema en el paciente identificado o índice se considera como una expresión de la disfunción en la estructura y comunicación familiar</p> <p>Se diagnostican síntomas o trastornos en contexto de relaciones interpersonales y no como expresión de la individualidad, buscando su función y significado; conociendo el proceso constitutivo</p>	<p>Los síntomas o problemas del individuo se explican por factores sociales, estos desempeñan un rol preponderante en el desarrollo y mantención de la morbilidad psíquica.</p>	<p>Los síntomas son consecuencia de la no autorrealización, de la incongruencia entre el sí mismo real y el sí mismo moldeado por otros.</p> <p>Destaca la importancia descripción subjetiva del síntoma</p> <p>Conductas subordinadas a la vivencia misma y a su significado.</p> <p>Análisis de la conducta en sus aspectos volitivos, creativos y valorativos</p>
Concepto de enfermedad	<p>El concepto de enfermedad involucra una anomalía biológica en la estructura o función de algún órgano</p>	<p>El enfermar mental sería el resultado de conflictos psicológicos inconscientes que surgen de las experiencias biográficas tempranas del sujeto.</p> <p>Se asume una continuidad entre salud y enfermedad</p>	<p>La enfermedad mental representa un aprendizaje de conductas y hábitos inadecuados. La conducta anormal se diferencia solo cuantitativamente de la normal</p>	<p>La enfermedad mental sería una representación distorsionada de la realidad, expresada en un funcionamiento anómalo de los procesos cognitivos</p>	<p>No se interesa en cómo se origina la enfermedad, sino en cómo se expresa el trastorno y se mantiene activo. La enfermedad es vista como un fenómeno de origen circular no lineal y multifactorial</p>	<p>La condición psicopatológica refleja la incapacidad del sujeto para enfrentarse al estrés ambiental. La enfermedad puede no existir como tal</p>	<p>Los modelos no se centran en la patología, sin embargo, se acepta que la alteración psicológica o mental proviene de un desequilibrio en la satisfacción de las necesidades básicas del sujeto que impiden su autorrealización</p>
Etiología	<p>Orgánica</p>	<p>Determinismo. El comportamiento del sujeto está determinado principalmente por factores intrapsíquicos</p>	<p>Procesos de reforzamiento ambiental de la conducta</p>	<p>Distorsiones cognitivas, ideas irracionales. Procesamiento anómalo de la información</p>	<p>Persistencia de patrones de interacción disfuncionales del grupo. La causa</p>	<p>Tensión entre la estructura social (factores) y el sujeto (vulnerabilidad)</p>	<p>Mecanismos psíquicos anormales en medida, grado y duración</p>
Tratamiento Terapia	<p>Biológica</p> <p>Farmacológica</p>	<p>Psicoanálisis. Terapia por la palabra</p> <p>Análisis de la transferencia</p>	<p>Terapias de modificación de la conducta</p>	<p>Aportación de un nuevo significado al sí mismo y al mundo. Cambio de la estructura cognitiva</p>	<p>Terapias sistémicas</p> <p>Cambio de la estructura y de la dinámica familiar</p>	<p>Adaptaciones institucionales y sociales ajustadas al sujeto social</p>	<p>Terapias fenomenológicas. Terapias existenciales según la corriente o escuela humanista centrada en la persona</p>

Tabla 3: Teorías y perspectivas del desarrollo mental de orientación psicodinámica

Teoría	Representante	Aspectos generales de la teoría o enfoque del desarrollo
a.- Teoría fundacional	S. Freud (1856-1939)	Teoría psicosexual (fase oral, anal, fálica/narcisista, genital/edípica, latencia y fase genital adolescente).
b.- Teoría Psicológica del Yo (Ego)	H. Hartmann (1894-1970)	Enfoque en la interacción entre el niño y su entorno. El rol de lo adaptativo en el desarrollo infantil y la capacidad de respuesta.
	A. Freud (1895-1982)	Importancia del Yo y sus mecanismos de defensa. La madurez del niño ocurre a través de eventos que se organizan como líneas de desarrollo relacionadas a un área madurativa de modo típico o atípico.
	R. Spitz (1887-1974)	Énfasis en el concepto de maduración como proceso de cambio y crecimiento que ocurre tanto física como psicológicamente Síndrome de fracaso del crecimiento por severa privación emocional (hospitalismo o depresión anaclítica) Organizadores del Yo: sonrisa social, temor a los extraños y el "no" (comunicativo).
	P. Bloss (1904-1997)	Enfoque en las etapas intermedias del desarrollo mental. La adolescencia es una de éstas y requiere de la fase de latencia sin la cuál no podría establecerse por sí misma (formación de la personalidad).
	S. Greenspan (1941-2010)	Aproximación estructuralista del desarrollo (derivación piagetiana); el niño organiza y diferencia sus experiencias del mundo en cada nivel de desarrollo (arquitectura de la mente). El organismo hereda un programa genético que provee la base biológica para la construcción una estructura mental interna estable, esta estructura tiene compatibilidad con las representaciones internas psíquica y le proporciona al sujeto auto regulación e integralidad. Reformulación del término "yo" por el concepto de "self" (sí mismo) y sentido del self.
c.- Teoría de Relaciones Objetales	M. Klein (1882-1960)	Énfasis en la relación de los niños con los objetos (los otros, relación objetal) y la internalización de la experiencia con esos objetos. El término "relación objetal" es referida a las relaciones actuales que una persona tiene con otras, las representaciones mentales que hace de los otros, de sí mismo y de la posición particular que la persona ocupa en el mundo. Las relaciones tempranas determinan patrones de relaciones futuras.
	D. Winnicott (1896-1971)	Enfatiza la importancia de la relación madre-hijo como una relación de dependencia (madre suficientemente buena). El ambiente juega un rol crítico (ambiente sostenedor), éste y el individuo son interdependientes. El proceso madurativo tiende al desarrollo en una dirección, el ambiente facilitador es necesario para que este proceso se lleve a cabo. Interferencias ambientales inhibirán el proceso madurativo y el desarrollo psicológico.
	M. Mahler (1897-1985)	El desarrollo mental de los niños va desde una fase simbiótica en donde ellos están indiferenciados de sus cuidadores y progresan a una fase en la cuál alcanzan la separación y la individualización. Los niños progresan con sus cuidadores desde una subfase denominada autismo normal a una subfase denominada simbiótica, desde esta primera fase avanzan hacia una segunda fase denominada de separación e individuación.
	O. Kernberg (1928-)	Propuesta de clasificación de los trastornos de personalidad por medio de la distinción de la estructura de personalidad en un continuo de gravedad (estructura de personalidad normal, neurótico, límite y de tipo psicótico). Creación de la Entrevista Estructural para el diagnóstico del tipo de personalidad, la cuál evalúa la identidad del yo, el juicio de realidad y los mecanismos de defensa.
d.- Teoría del Ciclo Vital	E. Erickson (1902-1994)	Construcción de un modelo psicosocial que propone que el desarrollo humano y su dinámica intrapsíquica está influenciado por factores sociales, culturales y biológicos. Al igual que el modelo freudiano, el psicosocial se basa sobre el principio epigenético organístico que conceptualiza el desarrollo psicológico como un despliegue secuencial en etapas de estructuras simples a más complejas.
e.- Teoría Interpersonal	H. S. Sullivan (1892-1949)	La primera fuente de ansiedad es la interacción social. El desarrollo está dividido en épocas. Durante la época de la infancia el niño experimenta tensiones de necesidad, originadas en el cuerpo y tensiones de ansiedad, las cuales son provocadas por situaciones interpersonales. Durante la época de niñez el desarrollo del lenguaje le permite al niño una interacción interpersonal más frecuente. La época preadolescente incluye las primeras experiencias amorosas del sujeto con un otro. Se va desarrollando en sentido de seguridad personal, de intimidad y de satisfacción. La época de adolescencia más tardía es la de conducta genital y de ajuste al disfrute a la vida.

f.- Teoría del Sí mismo (Self)	D. Stern (1934-)	Uso del concepto de "self" (sí mismo) en reemplazo del modelo tripartita de yo, ello y superyó. El "sentido del self" está referido a la experiencia subjetiva de ser un self. El desarrollo se despliega a lo largo de líneas de un conjunto de dominios del self, cada dominio comienza en un punto diferente del desarrollo y perdura a lo largo de la vida. El sentido de sí mismo del niño está presente desde el nacimiento como una unidad única, distintiva e integrada, lo que le permite al niño ser una unidad de acción capaz de experimentar sentimientos.
	H. Kohut (1931-1981)	Uso del concepto de self en reemplazo del modelo tripartita de yo, ello y superyó. El "self" más que el "yo" como núcleo de la personalidad, equivalente a la "persona". El self como el resultado de una "matriz empática" de la relación del niño con sus padres. Las funciones de la relación self-objeto, de las cuales los padres son proveedores, le aportan al niño un sentido de cohesión del sí mismo y de bienestar. La interrelación y la dependencia con los otros nos asegura sobrevivencia.
g.- Teoría del Apego (tradicional)	J. Bowlby (1907-1990)	Las conductas de apego (en la relación madre-hijo) son "patrones conductuales especie específicos" instintivos y activados al servicio de la supervivencia. Las conductas o respuestas instintivas pueden ser el seguimiento, la proximidad, el llanto, la sonrisa, la succión. El niño busca la seguridad en el lazo materno. La amenaza o separación del refugio que el cuidador le ha provisto al niño le activan en él conductas de apego o búsqueda.
	M. S. Ainsworth (1913-1999)	La herramienta empírica Situación Extraña de Ainsworth categoriza "patrones de apego madre-hijo". Identificación por medio de este procedimiento de tres patrones de apego: el apego seguro, el ansioso evitativo y el ansioso resistente. Concepto de sensibilidad materna.
	M. Main (1943-)	Identificación de una cuarta categoría de patrón de apego. El apego desorganizado/desorientado. Desarrollo de un protocolo de Entrevista de Apego de Adultos. Correlaciona el tipo de apego del adulto con el tipo de apego que tuvo cuando fue niño.
h.- Teoría del Apego (neurodesarrollo)	A. N. Schore (1943-)	Define la teoría del apego como una "teoría regulatoria", en la cuál el cuidador por medio de la regulación de los estados afectivos infantiles induce en el niño respuestas que pueden resultar en la internalización de estos estados regulatorios. El hemisferio cerebral derecho (corteza orbito frontal) estaría involucrada en la maduración que ocurre como resultado de estas interacciones. El desarrollo del cerebro es contingente con las respuestas específicas de los cuidadores del niño.
	P. Fonagy (1952-)	Concepto de "mentalización" operacionalizado como función reflexiva. El concepto de "Mecanismo Interpretativo Interpersonal" provee una descripción del sustrato neurobiológico que subyace a la construcción del significado de la experiencia. Estos conceptos sugieren que específicas funciones cerebrales requieren de estimulación por parte de los cuidadores del niño para que el apego sea posible y así los niños puedan significar sus experiencias.
i.- Teoría relacionales y de la Intersubjetividad	S. Mitchell (1946-2000)	Énfasis en el psicoanálisis relacional. Lo sexual tiene una fuente biológica y surge en el contexto relacional, junto con la agresividad son los motores en el establecimiento y sostén de la dinámica relacional. Estamos conformado por medio de una "matriz relacional".
	J. Benjamin (1946-)	El reconocimiento de la subjetividad del otro es una ventaja evolutiva. Todos los aspectos de la interacción interpersonal surgen recíprocamente (desarrollo intersubjetivo), desde la contemplación recíproca precoz hasta los conflictos sobre el reconocimiento mutuo.
	T. Ogden (1946-)	El vínculo es un "tercero" (tercero asujetivante) con autonomía respecto a los sujetos teniendo un estatuto inconsciente en cada uno de ellos. Los miembros no pueden liberarse del vínculo que tejen entre ellos.

Bibliografía consultada:

Palombo J., Bendicson H. & Koch B. (2009). *Guide to Psychoanalytic Developmental Theories*. Ed. Springer.

Ogden Th. (1994). "The analytic third: working in inter-subjective clinical facts", *International Journal of Psychoanalysis*, 75, 3-119.

Benjamin J. (2006). *Sujetos iguales, objetos de amor. Ensayos sobre el reconocimiento y la diferencia sexual*. Capítulo 1: Reconocimiento y destrucción: Un bosquejo de la intersubjetividad. Ed. Paidós.

Marín S. (2014). Stephen Mitchell y el paradigma relacional en psicoanálisis. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia* 6, 125-140.

El modelo biomédico

Aplicado a la psiquiatría el modelo biomédico asume que la patología mental debería ir acompañada de una patología física u orgánica a la base. En este caso, un examen mental que reemplaza al examen físico, la identificación de la sintomatología y la exploración del trastorno se realizan como si se tratase de un padecimiento orgánico. La terapia aplicada será predominantemente biológica, ocupando el fármaco un lugar de prioridad. En este último aspecto el modelo ha demostrado alta eficiencia, la farmacoterapia con antidepresivos en la remisión de síntomas depresivos ha demostrado alta eficacia tanto en adultos (Bauer *et al.*, 2013), niños y adolescentes (Emslie *et al.*, 2002).

Las críticas al paradigma biomédico se han relacionado a que el modelo en psiquiatría tendería a ser reduccionista y biologicista, y trataría a la enfermedad mental como si fuera solo un desarreglo físico químico sin considerar las dimensiones psicológicas y sociales, teniendo así una visión distorsionada de lo que es el ser humano en su totalidad (Luque & Villagrán, 2000). También se le ha criticado al modelo biomédico psiquiátrico que su accionar efectivo se ha centrado solo en el fármaco, y que, a pesar de los aportes realizados al progreso de la investigación neurobiológica, hasta el momento ha fallado en identificar marcadores fenotípicos neurobiológicos únicos o genes que sean útiles para la realización de un diagnóstico psiquiátrico o bien para predecir a largo plazo una determinada respuesta a los tratamientos psicofarmacológicos (Deacon, 2013).

El Modelo Psicodinámico

El modelo psicodinámico ha sido una alternativa al modelo médico asumiendo que las alteraciones mentales deben ser estudiadas en un nivel de causalidad psicológica. Los conflictos y las motivaciones inconscientes, no reconocibles por el sujeto de modo inmediato son su sustrato de análisis. El psicoanálisis se constituyó al pasar de los años como un método psicoterapéutico, un método de investigación y un conjunto de teorías psicológicas y psicopatológicas. Los conceptos básicos del psicoanálisis freudiano están formulados en cinco modelos de las estructuras psíquicas: el modelo topográfico (inconsciente, preconsciente y consciente), el modelo económico (conducta y vida psíquica como gasto de energía), el modelo dinámico (el fenómeno mental como resultado de fuerzas en conflicto), el modelo genético (fases del desarrollo psicosexual) y el modelo estructural (el yo, el ello y el superyo) (Tallaferro, 1983).

A partir de Freud, el psicoanálisis ha tenido distintos desarrollos teóricos y clínicos que influyen en la práctica psicoterapéutica. Algunas modalidades de intervención como la psicoterapia breve psicodinámica han demostrado efectividad, por ejemplo, en la reducción de la sintomatología ansiosa depresiva y en problemas interpersonales y de ajuste social (Abbas *et al.*, 2014). Se ha demos-

trado también que asociar terapia psicodinámica a antidepresivos beneficia a los pacientes depresivos (Jakobsen *et al.*, 2012). Cuando se ha comparado la eficacia de la terapia psicodinámica con la terapia cognitivo conductual en pacientes ambulatorios depresivos, la primera puede ser al menos tan eficaz como la segunda en la reducción sintomática (Driessen *et al.*, 2017). Si se compara la psicoterapia psicodinámica a tratamientos farmacológicos únicos, su eficacia puede llegar a ser superior cuando se trata de reducción sintomática a largo plazo en trastornos ansiosos (Fonagy *et al.*, 2015).

Hasta hoy, se continúa debatiendo si la perspectiva psicodinámica sigue siendo relevante. La perspectiva crítica se da en el contexto de la supuesta falta de evidencia y solidez empírica del modelo y sus resultados terapéuticos (Paris, 2017) o bien la defensa del modelo el aporte del paradigma en cuanto a sus conceptos teóricos útiles en la actualidad (por ejemplo, la teoría del apego) y de la evidencia empírica de la eficacia demostrada con las modalidades psicodinámicas psicoterapéuticas breves en el tratamiento de algunos trastornos psiquiátricos (Ravitz, 2017).

El modelo cognitivo conductual

El modelo cognitivo conductual surge como una alternativa radical al modelo psicodinámico intrapsíquico, primero como conductismo para luego incorporar los procesos mentales cognitivos. El conductismo plantea que el accionar de la persona es reforzado por el medio constituyendo un aprendizaje constante de conductas. Según esta perspectiva una persona ansiosa es un sujeto con conductas ansiosas, en este caso las sensaciones del sujeto son reducidas a lo exclusivamente observable y cuantificable. Para los conductistas el condicionamiento o moldeamiento conductual explicarían la aparición de los síntomas, por lo tanto, serían las conductas las que provocan los estados mentales y no al revés. Desde el punto de vista clínico, el conductismo asume que la conducta sintomática manifiesta es la enfermedad, de este modo, la posibilidad de modificación contingente de la conducta por medio de técnicas aplicadas lo convierten en una herramienta terapéutica por sí mismo. Al pasar de los años, el conductismo incorporó los procesos cognitivos en el aprendizaje reconociendo que lo que se aprende son también estrategias o esquemas cognitivos, es decir, un modo de ver la realidad y el mundo. Para los cognitivistas, el supuesto básico es que la perturbación psíquica y algunos trastornos mentales se debe a errores o distorsiones del pensamiento en respuesta a estímulos externos, por lo tanto, el procesamiento de la información es causa primaria de la alteración (Luque & Villagrán, 2000).

El modelo cognitivo conductual y sus técnicas terapéuticas han sido aplicadas exitosamente en diversos trastornos mentales. A modo de ejemplo, su eficacia ha sido demostrada en el tratamiento de los trastornos ansiosos y obsesivos (Olatunji *et al.*, 2006) y en los

depresivos (Glogauen *et al.*, 1998). Sin embargo, la terapia cognitivo conductual no ha sido totalmente eficaz en los trastornos más complejos como los cuadros psicóticos, aunque si se ha visto un cierto grado de reducción de síntomas en pacientes esquizofrénicos tratados (Rector & Beck, 2001). En guías clínicas de tratamiento de depresión, la terapia cognitiva conductual ha sido recomendada como intervención psicoterapéutica de primera línea junto a la terapia interpersonal (Minsal, 2013).

El modelo social

En este modelo se agrupan distintas corrientes como la psiquiatría comunitaria, la psicología social, la psiquiatría institucional, la antipsiquiatría. El modelo social aporta a la psiquiatría metodologías que proceden de las ciencias sociales y de la epidemiología que en conjunto estudiarán la relación de la enfermedad mental con los factores sociales y culturales. La perspectiva social asume que el trastorno mental es consecuencia de factores sociales que alteran al sujeto y que éste responde sintomáticamente conformando lo que erróneamente denominaríamos enfermedad. Es así que, la conducta patológica será más frecuente en una determinada clase social o comunidad y reflejará la incapacidad (o imposibilidad) de la persona de enfrentarse y adaptarse al estrés ambiental (Luque & Villagrán, 2000). Este modelo busca medicalizar lo menos posible al individuo, su enfoque terapéutico predominantemente será el de ajuste social dirigido a los sujetos vulnerables y el de la prevención de factores de riesgo. Se ha sostenido que el modelo de psiquiatría social ha realizado un importante aporte en salud mental comunitaria y en la organización de servicios de atención (Norambueña, 2013), como también en la integración social de discapacitados mentales (Bennet, 1996). Su limitación estaría en que como existen una amplia variedad de factores que intervienen en el accionar de un sujeto y pueden modificar su comportamiento, al modelo social se le dificulta demostrar con precisión su relación de causa y efecto entre la alteración mental y el factor social propiamente tal (Luque & Villagrán, 2000).

El modelo sistémico

El modelo sistémico centra su objetivo de análisis y de interés psicoterapéutico en la relación interpersonal intentando modificar los patrones interactivos. Su base teórica principal se apoya en la teoría de sistemas, en la cibernética y en la teoría clínica de la comunicación humana (Feixas & Miró, 1993; Ludewig, 2006). De este modo, el sistema familiar, al igual que todo sistema, tendría la propiedad súper-sumativa de que el todo es más que la suma de las partes y que éste, el todo, resultaría de la interacción de los elementos del sistema. Respecto de la cibernética, el modelo recoge algunos conceptos como el de la interacción circular y continua,

homeostasis y retroalimentación, en este caso aplicados al grupo familiar. De la teoría de la comunicación, el modelo incorpora la idea de que toda conducta es comunicación tanto acciones como palabras. En el modelo sistémico, los síntomas se explicarán en relación a las conductas entre los miembros familiares, las conductas sintomáticas se considerarán expresiones disfuncionales del sistema-familia, por lo tanto, la solución se encuentra supeditada al cambio en los patrones disfuncionales de interacción familiar.

Los terapeutas familiares se han centrado en la atención de familias, aunque actualmente se ha ampliado el tratamiento a individuos y parejas, aplicando técnicas muchas veces integrativas en el tratamiento de distintas problemáticas familiares y condiciones psicopatológicas. La terapia familiar se ha mostrado eficaz en el entrenamiento parental en el manejo conductual de niños, en el tratamiento de trastornos alimentarios, en niños con trastornos ansiosos y síntomas obsesivos (Eisler & Lask, 2010). La terapia familiar puede ser eficaz sumada a la terapia cognitivo conductual en el manejo de niños ansiosos con padres con trastornos de ansiedad (Cobham *et al.*, 1998). Es así que la terapia familiar ha llegado un ser en muchos casos un componente primordial en la práctica psiquiátrica con niños y adolescentes.

Se le ha criticado al modelo sistémico que su forma de concebir la patología mental es demasiado relativista y no aporta al estudio de la génesis de la psicopatología como fenómeno individual (Luque & Villagrán, 2000).

Modelos Humanísticos-Existenciales-Fenomenológicos

Con este nombre se agrupan distintas perspectivas provenientes de la fenomenología existencial y de la psicología humanista, ésta última, llamada la tercera fuerza, surge como una alternativa al psicoanálisis y al conductismo. El objetivo común de estas corrientes es la autocomprensión y la autorrealización del hombre. La perspectiva humanista deja en segundo plano la psicopatología y la enfermedad mental preocupándose de la persona y su libertad como ser, su autonomía, su vida responsable y su autorrealización (Berwart, 2015). Algunas corrientes de la perspectiva humanista son: la psicoterapia gestáltica, el análisis transaccional, la logoterapia, el psicodrama, el análisis existencial. Respecto de los cuestionamientos a los llamados modelos humanistas, se plantea su ausencia de operacionalización y su escasez de estudios de validación que posibiliten su contrastación empírica (Feixas & Miró, 1993).

En relación al paradigma fenomenológico el cual, se enfoca en el estudio de los fenómenos tal como son percibidos y vivenciados por la persona. Puesto en el quehacer de la psiquiatría, la perspectiva

fenomenológica pone su interés en la comprensión y descripción de los fenómenos mentales, en la captación de lo esencial de ellos y en cómo éstos se pueden distinguir entre sí, además del rol que juega la consciencia del sujeto en la experiencia mórbida (Luque & Villagrán, 2000). La fenomenología influirá notoriamente en el desarrollo de los modelos humanísticos existenciales con sus temas en relación al significado de la vida, la muerte y la angustia existencial del hombre (Berwart, 2015).

La psicopatología descriptiva, como corriente psiquiátrica clínica, ha estado influenciada por la fenomenología intentando describir de manera exacta las experiencias subjetivas de los enfermos mentales,

desarrollando un marco teórico y un lenguaje propio del quehacer psicopatológico. La fenomenológica aplicada a la psiquiatría no ha estado exenta de críticas. Se ha planteado que la fenomenológica tiende a recurrir a un léxico poco científico, confuso y que la captación de la vivencia del paciente por el observador depende mucho de la propia capacidad de quién la observa y describe (Luque & Villagrán, 2000).

Revisados los distintos modelos o enfoques explicativos del comportamiento sano o patológico, en la tabla 4, de modo ilustrativo, se muestra cómo cada modelo, en términos estrictos, podría conceptualizar e intervenir un caso cuya manifestación principal es la ansiedad excesiva.

Tabla 4: Síndrome o manifestación ansiosa caracterizada de acuerdo al modelo explicativo de enfermar mental

Modelo	Explicación etiológica o de origen del estado ansioso	Modalidad de intervención
Médico	Involucramiento del sistema nervioso autónomo en la manifestación ansiosa de síntomas físicos. Fallas en la regulación del miedo secundarias a una anomalía en los circuitos cerebrales relacionados a la extinción al miedo (estructuras límbicas y frontales). Involucramiento de sistemas de neuromodulación y neurotransmisión	Farmacológico (medicamentos ansiolíticos con efecto en los sistemas serotoninérgico, noradrenérgico y GABAérgico) No descarta el apoyo psicológico asociado al fármaco
Psicodinámico	La ansiedad es una señal para el Yo de un impulso inaceptable que está intentando liberarse. El Yo actúa contra las presiones del Ello. Si las defensas del Yo no tienen éxito la ansiedad no es regulada y se desencadenan síntomas neuróticos (angustia, fobia, pánico)	Un objetivo del tratamiento es identificar las defensas del paciente, estimular la expresión de los sentimientos reprimidos y la ansiedad asociada. Fortalecimiento de un Yo libre de conflicto (tensión ansiosa) y adaptación realista de la persona
Conductual	Los síntomas ansiosos son modelos de comportamientos aprendidos anticipatorios cuyas manifestaciones son respuestas emocionales motoras cognitivas y fisiológicas condicionada por el entorno. En la experiencia se produjeron apareamientos de estímulo-respuesta dando como resultado un aprendizaje desadaptativo que condicionó un estado ansioso de alerta persistente	Entrenamiento en técnicas de relajación Estrategias de enfrentamiento a situaciones provocadoras de ansiedad. Modelaje: la conducta puede ser reaprendida por observación. Role playing Desensibilización sistemática (exposición gradual y protegida ante estímulos que provocan ansiedad)
Cognitivo	Esquemas cognitivos desadaptativos que tienden a procesar la información del entorno, principalmente por medio de la atención y memoria, como peligrosa para la seguridad física y psicológica. Se malinterpreta la intención de los otros y del entorno, respondiendo con preocupación exagerada respecto a sí mismo y al mundo	Reestructuración cognitiva: modificación de los pensamientos negativos y las creencias irracionales. Entrenamiento en habilidades de enfrentamiento necesarias para modificar reacciones ansiosas y situaciones que provocan ansiedad
Sistémico	No hay un planteamiento particular de la dinámica familiar en la génesis o mantenimiento de un trastorno ansioso en un sujeto. Se acepta que las relaciones familiares influyen en la evolución de la ansiedad durante el desarrollo vital y pueden causar alteraciones emocionales. La familia no causa la psicopatología	Análisis y búsqueda de patrones de interacción más flexibles para aliviar la tensión emocional y mejorar la comunicación en el grupo Trabajo y colaboración en un interés común pueden reducir la respuesta ansiosa en el miembro familiar afectado
Social	Los procesos sociales crean situaciones de tensión emocional y estrés y pueden influir en el origen de perturbación mentales emocionales. La susceptibilidad (constitucional y psicológica) del sujeto no es descartada y participa del proceso La psicopatología propiamente tal podría no existir siendo la respuesta ansiosa solo expresión de una conducta anómala	Búsqueda de ajuste entre las necesidades sociales del sujeto y las demandas institucionales (escuela, trabajo) considerando los aspectos vulnerables de la persona, de modo tal que se armonice la experiencia emocional del individuo de un modo realista
Fenomenológico Humanista Existencial	Fenomenológicamente la ansiedad es descrita como una respuesta emocional compleja, adaptativa y de expresión multidimensional (respuesta fisiológica, conductual y cognitiva). Se torna desadaptativa o psicopatológica cuando su intensidad, frecuencia y duración son desproporcionadas en función del contexto en que ocurre y provoca disfuncionalidad al sujeto. Se debe tratar de captar el significado que el estado ansioso tiene en la consciencia de la persona Para los humanistas existencialistas el síntoma ansioso refleja una reacción de a la falta de expresión del individuo que está inmerso en un conflicto no resuelto	Aceptación total de los sentimientos ansiosos del sujeto como vivencia primaria. Actitud empática de escucha y comunicación por parte del tratante de la comprensión de la vivencia angustiante del consultante. Estimulación de la autonomía y de la responsabilidad en el enfrentamiento en los conflictos que provocan tensión. Búsqueda de significado y sentido a las conductas personales

El reto de la integración en la práctica clínica psiquiátrica

La existencia de variados modelos del enfermar mental da cuenta por sí misma que un único modelo por sí solo no ha llegado a ser capaz de dar respuestas precisas y del todo satisfactorias a la comprensión global de los fenómenos mentales puestos en la práctica clínica. El simple diagnóstico del trastorno mental único puede ser base informativa insuficiente para una adecuada atención; esto ha llevado a presionar a que los sistemas de clasificación sean lo más integrativos y centrados en la persona tratando de alcanzar mayor sinergismo entre ciencia y humanismo. La integración como fenómeno holístico de práctica clínica ha sido siempre un desafío en psiquiatría y especialmente en psiquiatría infanto juvenil, ya que en esta última disciplina se trabaja con niños (organismos) en crecimiento, sujetos en desarrollo que están sometidos a la influencia directa del ambiente, especialmente la familia.

Las clasificaciones diagnósticas de los trastornos mentales son útiles, sin embargo, si no son lo suficientemente integrativas, se muestran limitadas para el manejo clínico, especialmente en la práctica de la psiquiatría con niños y adolescentes. A modo de ejemplo, un trastorno por déficit atencional e hiperactividad (TDAH) en un niño puede perfectamente diagnosticarse como un trastorno del neurodesarrollo usando criterios DSM o ICD, sin embargo, el diagnóstico es limitado en dar cuenta como el niño vive esa condición, como lo vive su grupo familiar y cuál es su condición de desarrollo mental actual. En este caso, la clasificación tiende a privilegiar los conceptos biológicos-psiquiátricos con un diagnóstico centrado en el síntoma y únicamente descriptivo, sin conexión de estos síntomas con la problemática personal y relacional que el paciente pudiera presentar. Se debe reconocer que el diagnóstico de TDAH realizado principalmente en función de la sintomatología, es una categoría válida y tiene un tratamiento farmacológico eficaz en la reducción de los síntomas, sin embargo, el tratamiento farmacológico basado en un diagnóstico único (TDAH) no asegura resultados favorables a mediano y largo plazo, es así que se hace necesario complementarlo con una evaluación de la condición conductual global del niño y del manejo familiar de la condición, solo entonces, complementado el diagnóstico de TDAH con otros diagnósticos y otros apoyos de tratamiento se podrían lograr mejores resultados en reducción sintomática y mejor adaptación social del niño, tal como lo han demostrado estudios comparativo de terapia farmacológica, conductual y psicosocial (MTA, 1999). Por lo tanto, si en la práctica clínica se quisiera obtener resultados más favorables a largo plazo, sería conveniente contar con perspectivas más integrativas que aseguren la correlación de los síntomas con su sustrato biológico, con la condición de funcionamiento mental y conflictivo del paciente, así como con su nivel de funcionamiento interpersonal.

La visión actual de la etiología de tendencia multifactorial de la enfermedad mental ha propiciado aproximaciones clínicas más eclécticas o bien del tipo integrativas, es decir, no alineadas exclusivamente a un determinado modelo o perspectiva. En psiquiatría, por ejemplo, con el uso del modelo biopsicosocial se ha tratado de integrar distintos paradigmas buscando alcanzar una caracterización más integral del paciente y su cuadro clínico. En relación a la integración entre psicoterapia y farmacoterapia, en el tratamiento de trastornos depresivos se ha demostrado que hay mejor evidencia de mejores resultados en prevención de recaídas cuando se complementan este tipo de intervenciones (Guidi *et al.*, 2016). En psicoterapia también se ha buscado la integración. Un ejemplo de esto es la integración que muestra el modelo OPD (Operationalized Psychodynamic Diagnosis), integración teórica y técnica en relación a un diagnóstico psicopatológico y su intervención psicoterapéutica (Cierpka *et al.*, 2006). Otro avance integrador aplicado a niños con dificultades emocionales y conductuales ha sido la psicoterapia integrativa psicodinámica, la cual, trabajando el sinergismo, integra modalidades de terapia conductual, familiar, terapia de juego y farmacoterapia (Lewis, 1997)

Un ejemplo a destacar en relación a modelos integrativos diagnósticos y de intervención es el construido en atención ambulatoria por De la Parra y su equipo (De la Parra *et al.*, 2018). Este grupo de psiquiatras y psicólogos integra el conocimiento acumulado por su propia experiencia y la evidencia de la literatura científica respecto a los diagnósticos clínicos, al modelo de factores comunes de psicoterapia válidamente probados, construyendo así un modelo de atención no dogmático y práctico que trata de asegurar la atención y recuperación psíquica más exitosa para un determinado tipo de paciente y su condición particular.

En la práctica clínica la integración debería comenzar agrupando factores comunes a los distintos paradigmas, para luego intentar cierto grado de integración teórica y arribar a un cierto eclecticismo técnico (tipo de intervenciones) o pragmático (considerando quién es el paciente y el contexto). La integración se verá facilitada si se constituyen modelos sencillos de operar clínicamente y si desde el punto de vista teórico explican mejor el funcionamiento del paciente y su condición actual, es decir, la integración es útil por lo menos si responde mejor a las preguntas: ¿qué tiene o le ocurre al paciente? y ¿cuál es la intervención más eficaz ahora y en este contexto?

Es sabido que el intento de integración de modelos, o, por el contrario, la adopción de perspectivas dogmáticas ocurre tanto en el área de la psicoterapia como el de la práctica psiquiátrica. Es así como Feixas & Miró (1993) sostienen que cuando se les pregunta a los psicoterapeutas con qué modelo o enfoque se identifican, la

mayoría responde no identificarse plenamente con una escuela o corriente determinada, la tendencia de los terapeutas sería a definirse más como eclécticos (Feixas & Miró, 1993). Respecto de los psiquiatras, se ha planteado que éstos en general se enfrentan a la enfermedad mental con una mirada ecléctica compartida con una actitud de contraste en términos biológico/no biológico y dinámico/sociológico, prefiriendo el modelo biomédico cuando se trata especialmente de enfermedades graves como la esquizofrenia (Harland *et al*, 2009). Planteado así, al parecer los psicoterapeutas y los psiquiatras expresarían ciertas tendencias de adhesión a un determinado modelo particular de acuerdo a su formación o bien a su quehacer práctico.

En psicopatología y psicología las perspectivas o modelos de tendencia más holísticos e integrativos también han recibido la crítica, se les acusa de ser solo modelos con intención pragmática buscando describir e intervenir más que explicar la conducta o comportamiento alterado de un sujeto. Según Luque & Villagrán (2000) en esta condición difícilmente podrían aportar a la investigación etiológica de los trastornos mentales. En este mismo sentido, se plantea la duda de si desde el punto de vista de la integración teórica, una nueva conceptualización, la integrativa, puede agrupar realmente premisas y conceptos que provienen de distintos marcos teóricos.

Si el objetivo es promover la utilización de perspectivas integrativas, de todos modos, debería evitarse una descalificación de los modelos clásicos promoviendo la tolerancia y concurrencia hacia y entre ellos. Parece ser prudente que el dilema integración o dogma, llevado al quehacer clínico, debería resolverse en la misma práctica clínica, de modo que la necesidad de integración, si surge, responda a lo que necesitan realmente nuestros pacientes.

Modelos clínicos integrativos aplicables en psiquiatría infantil

A continuación, se hará referencia a algunos modelos que buscan ser integradores en una evaluación clínica y en un plan terapéutico en psiquiatría de niños y adolescentes.

Como ya hemos revisado, en cierto modo la integración de los modelos básicos en psicopatología busca evitar reducir los fenómenos mentales exclusivamente a una mirada biomédica u orgánica ampliando la mirada a otras dimensiones del enfermar. El modelo integrador jerárquico ha intentado ser integrativo recurriendo por ejemplo a un análisis clínico psiquiátrico del tipo aproximación jerárquica, es decir, un primer nivel integra a los restantes de un modo piramidal (Tyer, 2013). Este modelo, variante del modelo médico, busca integrar jerárquicamente de modo simple los modelos biológicos, cognitivo, social y psicodinámico, definiendo en

qué nivel de la jerarquía está el paciente y define cuál es el modelo de enfermar que mejor interprete la condición y dé cuenta de la mejor intervención.

Otro hito en la integración clínica fue la aparición del modelo biopsicosocial (Engel, 1980). Este modelo aporta una mirada holística de la persona enferma y su condición global. Tratándose de pacientes infante juveniles este modelo ha contribuido fuertemente en dar una visión más amplia al fenómeno del enfermar psíquico del niño incorporando sistemas que sostienen y nutren el desarrollo infante juvenil. El modelo biopsicosocial nace como respuesta a los avances biomédicos en medicina y psiquiatría tratando de alcanzar un balance integrativo entre los aspectos biológico, intrapsíquico, relacional y social del proceso mórbido en un sujeto, evitando así caer en el reduccionismo biológico. El modelo pretende ser abarcador e integrador, evitando dejar afuera algún aspecto importante de la condición personal del sujeto en estudio. Se le ha criticado que solo enumeraría los aspectos relevantes del quehacer psiquiátrico sin ser capaz de entender estos aspectos bajo diferentes condiciones y en diferentes circunstancias (McLaren, 1998; Ghaemi, 2008). A pesar de las críticas, ha sido evidente el aporte pluralista del modelo al tener una mirada global de todos aquellos factores que pueden estar involucrados en un proceso mórbido evitando así el reduccionismo biológico, sin embargo, para los más críticos el modelo no da cuenta de cómo integrar y jerarquizar dinámicamente estos factores o niveles mencionados.

Tratándose de psiquiatría infantil y en la misma línea de buscar modelos más integradores destaco el modelo de psicopatología del desarrollo. Esta perspectiva desde una mirada ecléctica muy semejante al modelo biopsicosocial considera importante la integración de los condicionantes biológicos, de la dinámica intrapsíquica y del contexto sociocultural para explicar la psicopatología infantil y de la adolescencia, incluyendo los factores de riesgo y de protección en un proceso de interacciones mutuas (Rutter & Sroufe, 2000). Teóricamente el modelo plantea que el niño como un ser evolutivo manifiesta estructuras psicopatológicas cambiantes a lo largo del tiempo, y que su funcionamiento psíquico está en permanente adaptación y progreso y al mismo tiempo en riesgo de desestructuración. De este modo, la capacidad autorreguladora de las conductas que ocurren en el periodo del desarrollo evolutivo le da una característica de mayor reversibilidad a la psicopatología infantil. El modelo de psicopatología del desarrollo nos aporta un marco de referencia útil para organizar el estudio y la evaluación de la conducta psicológica normativa y anormal infantil y adolescente con referencia a los hitos, etapas y ejes del desarrollo evolutivo. En la búsqueda de un quehacer clínico integrador en cuanto a la visión del niño y de su enfermar psíquico, cabe mencionar a la corriente de psiquiatría francesa por sus aportes conceptuales

y metodológicos. Esta escuela de tradición psicodinámica ha realizado un significativo aporte a la psiquiatría de niños y adolescentes concibiendo un modelo conceptual y de práctica clínica basado en tres principios esenciales: a.- la importancia de la reflexión clínico psicopatológica, b.- el carácter esencial de la dimensión evolutiva en la psicopatología del niño y del adolescente y c.- el rol central otorgado al tratamiento institucional y al equipo multidisciplinario (Rojas-Orrego & Barón, 2009). Esta perspectiva comparte muchos aspectos centrales con el modelo de psicopatología del desarrollo, como es el de carácter evolutivo de los fenómenos psicopatológicos y la etiología multifactorial de los trastornos, sin embargo, para el análisis clínico se nutre del modelo psicodinámico y estructural. El modelo incorpora a las perspectivas organogénicas, neurobiológicas y sociales la perspectiva psicogénica.

Si el objetivo principal es conectar e integrar un diagnóstico psiquiátrico infanto juvenil con un plan de terapia farmacológica, mencionemos al modelo transaccional de formulación de caso (Connor & Meltzer, 2006). Esta propuesta está basada en el modelo transaccional, el cual desde el punto de vista teórico enfatiza la reciprocidad de las relaciones (padres e hijos) y las interacciones con el entorno. En este enfoque las interacciones son comprendidas como procesos dinámicos no estáticos que influyen el desarrollo de los niños, los que a su vez son capaces de influenciar su propio desarrollo e interactuar con su ambiente modificándolo. En consecuencia, el ambiente modificado vuelve a repercutir en el niño e influencia nuevamente su desarrollo. El modelo busca conectar las interacciones con los problemas clínicos de modo de identificar los elementos en donde se puedan focalizar intervenciones terapéuticas específicas de tal manera que se interrumpan las interacciones mal adaptativas dando paso a interacciones adaptativas, posicionando correctamente la prescripción farmacológica.

Enfoques clínicos complementarios a modelos integrativos en psiquiatría infantil

Algunas preguntas que desde el quehacer clínico podrían surgir en el enfrentamiento de un caso:

- ¿Qué perspectiva(s) diagnóstica(s), basada(s) en determinado(s) modelo(s) psicopatológico(s), responde(n) mejor a la necesidad de direccionalidad y de respuestas que el clínico necesita al momento de realizar una formulación diagnóstica?
- ¿Necesitamos de un modelo de análisis psicopatológico amplio que recoja todas las áreas de funcionamiento de un sujeto? o ¿es más conveniente contar con un modelo que nos dé más especificidad en el diagnóstico y que se circunscriba en profundidad a un área de funcionamiento determinado?

- ¿Le viene mejor al psiquiatra ser ecléctico en su práctica clínica o ser paradigmático identificándose con un determinado modelo?
- ¿Es mejor para el paciente respecto a lo que le ocurre con la evaluación clínica, que tenga un enfoque más biológico o más centrado en el campo psicosocial?

En psiquiatría infantil debemos reconocer que generalmente tendemos a ser más propensos a la postura biopsicosocial, ciertamente más ecléctica y menos dogmática. Esta posición clínica con frecuencia la complementamos con una mirada sistémica del análisis familiar como un modo de enfatizar la importancia de la familia en el desarrollo mental del niño. Aunque la mirada biopsicosocial, complementada con la perspectiva sistémica y la psicopatología del desarrollo aportan una visión más holística en la práctica de la psiquiatría infantil, en ocasiones necesitamos de aproximaciones aún más pluralistas y prácticas al momento de la evaluación inicial de un caso principalmente en la obtención y jerarquización de la información clínica recogida y en la interpretación de los fenómenos psicopatológicos.

A continuación, se mencionará 4 perspectivas teóricas de simple abordaje clínico que podrían aportar como métodos pluralistas, integradores y complementarios a la evaluación y tratamiento de los trastornos mentales infantiles, y que pueden trabajar en conjunto y en complemento con los modelos mayores ya mencionados. De este modo, parece factible que, por ejemplo, al modelo de psicopatología del desarrollo, clínicamente le podamos complementar alguna de las perspectivas operativas que describiré a continuación. Tengamos presente que estos enfoques tienen por finalidad funcionar como complementos de recolección y ordenamiento sistemático de la información e identificación de los elementos relevantes de los modelos principales y de este modo ayudar al análisis psicopatológico y diagnóstico que debe realizar el psiquiatra.

A.- Evaluación ABC

Una manera muy simple de contar con un marco de referencia en una evaluación psiquiátrica infantil es aplicar la perspectiva de evaluación ABC (*abcs of assessment*). Este modelo básico de análisis conductual (Hanley *et al.*, 2003) organiza la información obtenida en una evaluación desde una perspectiva de análisis funcional de la conducta. De modo dinámico intenta organizar e integrar la información clínica obtenida en términos de *antecedents* (antecedentes)- *behavior* (conducta)- *consequences* (consecuencias). El objetivo de este análisis funcional y dinámico de la conducta es identificar los factores (los abc) que pueden contribuir a la denominada conducta problema del niño (conducta, sentimientos, pensamientos presentados), desarrollar hipótesis y formular diagnósticos. Identificados los factores, se pueden jerarquizar e identificar aquellos de más fácil modificación.

B.- Enfoque pluralista de las 4 perspectivas de la psiquiatría (perspectivismo)

El enfoque de las 4 perspectivas psiquiátricas o perspectivismo (Mc Hugh & Slavney, 1998) surgido desde la psiquiatría de adultos puede ser una alternativa al modelo biopsicosocial al buscar principalmente captar la condición psiquiátrica en cuanto a etiología y plan de tratamiento. La aproximación pluralista se enfoca en la identificación de los distintos métodos o perspectivas que subyacen a las distintas corrientes de la Psiquiatría aunándolas para su mejor aplicación con el paciente.

Las 4 perspectivas psiquiátricas están orientadas al sujeto-paciente-persona y están organizadas en niveles de estudio del siguiente modo:

- a.- la perspectiva de la enfermedad, si está presente o no (tipo de entidad, patología, etiología)
- b.- la perspectiva dimensional, variaciones de la condición psicológica personal (vulnerabilidad, anormalidad como grado y no como tipo)
- c.- las conductas, el comportamiento del paciente y su dirección vital
- d.- la historia de vida personal (desarrollo evolutivo biográfico) del sujeto y su proyección futura

Este modelo pluralista, aplicado a la construcción de una FD en la práctica clínica adolescentes y jóvenes, nos podría aportar una perspectiva dimensional a todos los factores que puedan explicar la condición actual del paciente. Cada dimensión nos orienta a cómo debemos tratar y con qué. A modo de ejemplo, el diagnóstico de autismo podría ser mejor comprendido y tratado con un modelo de enfermedad del neurodesarrollo (la enfermedad) y una conducta agresiva asociada podría ser abordada mejor desde la perspectiva de reeducación conductual y técnicas de autocontrol (conductas y dimensión psicológica). Las otras perspectivas nos ayudarán a complementar el caso y a visibilizar otros aspectos relevantes del paciente.

C.- Modelo de las 4P

En la búsqueda de un modelo de práctica psiquiátrica integrador y complementario se ha propuesto el modelo 4P como una manera de integrar mejor el modelo biopsicosocial (Tyrer, 2013). Esta perspectiva de análisis de caso clínico extiende el modelo 3P de los factores predisponentes, precipitantes y perpetuantes.

El modelo 4P como perspectiva de evaluación clínica organiza la condición actual del paciente en 4 factores (4P):

- a.- Factores predisponentes: vulnerabilidades del paciente al enfermar.

- b.- Factores precipitantes: incitadores o desencadenantes de la condición clínica.

- c.- Factores perpetuantes: facilitadores de la condición clínica del paciente.

- d.- Factores protectores: fortalezas y condiciones de apoyo al paciente.

El modelo de las 4P agrupa factores biológicos, psicosociales, familiares a modo de complementos integradores y de cómo éstos influyen en la condición de salud del paciente. El modelo no precisa un esquema de cómo integrar estas variables de acuerdo a su ponderación, la valoración clínica queda en manos del psiquiatra.

D.- Modelo de la 7P (Ejes de desarrollo temporal)

La última perspectiva a describir es el modelo 7P (Ebert *et al.*, 2008) (tabla 5). El modelo enfatiza la relación temporal presente en la consecución de un problema clínico comprendiendo de manera integral la situación actual y pasada del paciente, de modo de predecir lo que podría ocurrirle con o sin intervención luego de haber identificado los factores gravitantes de su condición clínica.

Los factores o condiciones son las siguientes: 1.- Predisposición, 2.- Precipitación, 3.- Presentación, 4.- Patrones, 5.- Perpetuación, 6.- Potenciales y 7.- Pronóstico.

En cierto modo, el modelo de 7Ps o de eje de desarrollo temporal amplifica el modelo 4P agregando 3 factores o condicionantes (factores de presentación, patrones y pronóstico) que expliquen más integralmente la condición de un niño enfermo y de su entorno.

Al analizarlo de modo comparativo con el modelo 4P, podemos decir que el modelo 7P conserva los factores de predisposición (predisponentes, como vulnerabilidades del paciente a presentar cuadros clínicos); de precipitación (precipitantes, identifica los estresores que desafían la capacidad de enfrentamiento del niño y que facilitan que la condición clínica del paciente se desencadene); y de perpetuación. Los factores perpetuantes están referidos a aquellas variables que al estar presentes pueden ser reforzadoras del cuadro clínico y, por lo tanto hacer que éste persista; por el contrario, al removerlas determinan por lo general una modificación favorable del curso clínico. Por conveniencia podemos identificar factores perpetuantes internos, es decir, aquellas condiciones propias o más directas del paciente como ser su condición biológica o psicológica (ejemplo, una enfermedad orgánica), y factores perpetuantes externos, aquellos más indirectos al paciente, pero con influencia estrecha sobre él (ejemplo, una disfunción parental). El modelo 7P tiene un factor denominado potenciales que es equivalente al factor protectores del modelo 4P. Este factor estimula al psiquiatra a no solo descubrir la organización

psicopatológica de su paciente sino también a explorar y puntualizar sus fortalezas psicológicas, sociales y físicas. A modo de ejemplo: un niño hiperactivo puede ser socialmente proactivo y cooperador, esta fortaleza como factor protector o potencial, puede ayudar a compensar su conducta disruptiva cuando ya está siendo tratada y así facilitar su reinserción social.

La incorporación de los tres siguientes factores a los ya anteriormente mencionados: presentación, patrones y pronóstico, le dan la particularidad de mayor pluralidad al modelo 7P aportando en cuanto a contexto y fenomenología de la presentación clínica, así como en la visualización a futuro de la evolución del caso intervenido. El factor presentación se refiere a responder la pregunta de por qué ahora se presenta el problema en el paciente y en qué contexto y su condición actual; el factor patrones (patterns o formas de presentación) busca configurar de cierto modo las manifestaciones clínicas en un patrón sintomático, un síndrome clínico o una categoría diagnóstica determinada. Por ejemplo, el clínico explora el área de funcionamiento psicológico de su paciente observando el estilo de comunicación

y de contacto afectivo que éste presenta (falta de contacto sin intensión comunicativa). Con esta información debe definir si esta frente a un fenómeno de carácter psicopatológico y sí junto a otras manifestaciones clínicas, los presentes síntomas y signos configuran un síndrome o una entidad mórbida, en este caso podría ser un solo un rasgo autista, un síndrome o bien, un trastorno del espectro autista. El séptimo factor es el de pronóstico, esta dimensión fuerza al clínico a evaluar por medio de hipótesis no solo el diagnóstico correcto sino también el resultado de su intervención o tratamiento en el curso clínico y en el desarrollo futuro del paciente.

En suma, podríamos decir que cualquier modelo o perspectiva psicopatológica con aplicación en la psiquiatría infanto juvenil que busque la integración o pluralidad de visiones clínicas, debería a lo menos incluir: un eje orientador del desarrollo evolutivo del paciente, una visión de la organización temporal sincrónica y diacrónica del fenómeno psicopatológico sintomático, un diagnóstico del estado psíquico actual del paciente, como también un análisis de contexto bio-psico-socio-relacional y una perspectiva pronóstica.

Tabla 5: Modelo de las 7P o de eje de desarrollo temporal

Factor	Característica	Ejemplo
1.- Predisposición	Reúne los factores que podrían haber atrofiado o desviado el normal desarrollo del niño y por lo tanto hacerlo vulnerable al entorno.	Biológico/orgánico: enfermedad crónica Ambiental: deprivación afectiva.
2.- Precipitación	Es referido a los estresores que desafían la capacidad de enfrentamiento del niño y causan en él desadaptación precipitando manifestaciones sintomáticas.	Familiar: conflicto conyugal con repercusión familiar Escolar: Bajo rendimiento persistente.
3.- Presentación	Se refiere a responder la pregunta de por qué ahora se presenta el problema, cuál es el contexto y la condición actual.	Paciente con deseos de autonomía en tránsito a la adolescencia en un contexto de familia aglutinada y sobreprotectora.
4.- Patrones	En este factor buscamos definir el fenómeno psicopatológico evaluando el funcionamiento global del paciente por áreas de desarrollo identificando los síntomas y agrupándolos en categorías sindrómicas o patrones de funcionamiento.	Los síntomas anímicos con expresión psíquica y corporal, expectación ansiosa, autoimagen negativa, retraimiento, anhedonia y descenso del rendimiento escolar conforman un síndrome ansioso-depresivo.
5.- Perpetuación	Identifica los factores que puedan estar en el entorno del niño o en él mismo y que tienden a permanecer, aunque sean removidos los factores precipitantes.	Entorno relacional: patología de personalidad o depresión parental Rasgos personales: estilo cognitivo con atención sesgada a los estímulos negativos.
6.- Potencialidad	Aquí el clínico identifica las fortalezas de su paciente, todas aquellas condiciones del niño que le permiten continuar y seguir fortaleciendo su desarrollo. Sus factores de protección.	Relaciones cálidas con pares y figuras significativas Nivel de madurez e inteligencia Armonía o disarmonía intelectual.
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.	Tratar la ansiedad fóbica de mi paciente le permitirá socializar y afianzar su autoestima ante sus pares, además de aliviar su angustia expectante.

Dificultades y desafíos para alcanzar la integración clínica

Sabemos que la complejidad de un caso clínico frecuentemente limita que un solo modelo o perspectiva sea capaz de explicar su condición global. Desde el punto de vista clínico la integración conlleva en cierto modo una intención clínica pragmática. Hasta el momento ningún modelo o perspectiva de análisis clínico en salud mental ha alcanzado una consistencia teórica de validez empírica que la ponga sobre las demás y que se pueda generalizar a cualquier contexto. Cada modelo parte desde una concepción del hombre y de su comportamiento, para luego definir lo normal de lo patológico y su modo de intervención, es decir, de su propia antropología y el modo de enfermar. Puesto así, las diferencias entre los modelos se presentarán en lo teórico, en el lenguaje utilizado y su base conceptual, lo cual en ciertas ocasiones puede llevar a una clara competitividad. En caso de que la formación clínica sea exclusividad de un determinado modelo psicopatológico o escuela psicológica, se podría tender a mirar con desconfianza a las otras perspectivas, sintiendo que la mirada propia da más seguridad profesional obstaculizándose la integración cuando se requiera. En programas de formación psiquiátrica, en donde comprensiblemente el modelo médico tiende a ser prioritario, la enseñanza de la integración de perspectivas psicopatológicas puede ser un desafío necesario de enseñanza docente.

Conclusiones

En la práctica de la psiquiatría con niños y adolescentes, el clínico debería tender a buscar acciones clínicas integradoras que en su conjunto le den la sensación que en el momento de realizar una FD se está siendo lo más amplio e integrador aplicando lo mejor de los modelos explicativos que tratan de entender al paciente. Es útil, desde el punto de vista de la atención, contar con la integración de visiones clínicas y no apegarse a un modelo único ideal, evitando así caer en dogmatismos que podrían sesgar. La búsqueda de integración no debería precipitar en un relativismo excesivo que sacrifique la especificidad o precisión. La atención médica centrada en la persona del paciente debe orientar las acciones clínicas buscando la mejor evidencia que podamos ofrecer y los mejores métodos de evaluación a nuestro alcance. Ante todo, es básico que el modelo de exploración psicopatológica y las técnicas psicoterapéuticas que elijamos nos hagan sentir confiados en nuestro quehacer clínico, y si se aplican de modo integrativo, realmente sean útiles para nuestro paciente.

Referencias

Abbas AA, Kisely SR, Town JM, Leichsenring F, Dressen E, De Maat S, Gerber A, Dekker J, Rabung S, Rusalovska S & Crowe E. (2014).

Short-term psychodynamic psychotherapies for common disorders. *Cochrane Database Syst Rev* **7**, 1-108.

Bauer M, Bschor T, Pfenning, Whybrow P, Angst J, Versiani M, Möller HJ. & WFSBP Task Force on Unipolar depressive Disorders. (2013). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of unipolar depressive disorders, part 1: update 2013 on the acute and continuation treatment of unipolar depressive disorders. *World J Biol Psychiatry* **5**, 334-385.

Benjamin J. (2006). Sujetos iguales, objetos de amor. Ensayos sobre el reconocimiento y la diferencia sexual. Capítulo 1: Reconocimiento y destrucción: Un bosquejo de la intersubjetividad. Ed. Paidós.

Bennett D. (1996). Algunas razones para desarrollar servicios de rehabilitación para los discapacitados mentales en Chile. *Cua Méd Soc* **37**, 18-20.

Berwart LE. (2015). Fundación histórica de una psicología fenomenológica. Ed. Universidad Finis Terrae. Accedido en <http://finisterrae.cl/catalogo-ediciones/item/fundacion-historica-de-una-psicologia-fenomenologica> el 27-03-2017

Cierpka M, Stasch M, Dahlbender RW & Grupo OPD (2006). El sistema diagnóstico psicodinámico operacionalizado (OPD): Concepto, confiabilidad y validez. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* **44**, 105-125.

Cobham JE, Dadds MR & Spence SH. (1998). The role of parental anxiety in the treatment of child anxiety. *J Consult Clin Psychol* **66**, 893-905.

Connor DF. & Meltzer BM. (2006). General Principles of Treatment. En: Psychopharmacology Pediatric Fast Facts. Ed. W.W. Norton & Company, pp. 23-36.

Deacon BJ. (2013). The biomedical model of mental disorder: A critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. *Clin Psychol Rev* **33**, 846-861.

Driessen E, Van HL, Peen J, Twisk JWR, Cuijpers P, & Deckker JJM (2017). Cognitive-behavioral versus psychodynamic therapy for major depression: Secondary outcomes of a randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol* **85**, 653-663.

De la Parra G, Gómez-Barris E, Zúñiga AK, Dagnino P & Valdés C (2018). Del "divan" al policlínico: Un modelo de psicoterapia para instituciones. Aprendiendo de la experiencia (empírica). *Revista Argentina de Clínica Psicológica* **2**, 182-202.

Emslie G, Heiligenstein J, Wagner KD, Hoog SL, Ernest DE, Brown E, Nilsson M & Jacobson JG (2002). Fluoxetine for acute treatment of depression in children and adolescents: a placebo-controlled, randomized clinical trial. *J Am Acad Child and Adolesc Psychiatry* **41**, 1205-1215.

- Engel GL. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry* **137**, 535-544.
- Eisler I & Lask J. (2010). Family interviewing and family therapy. *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*, 1062-1078.
- Feixas G & Miró MT (1993). Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos. Ed. Paidós Ibérica.
- Figuroa G (2000). Contribuciones de la filosofía y de las ciencias psicosociales a la psiquiatría. *Psiquiatría Clínica Ed. Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía Chile*, 27-57.
- Fonagy P, Rost F, Carlyle JA, McPherson S, Thomas R, Pasco Fearon RM, Goldberg D. & Taylor D. (2015). Pragmatic randomized controlled trial of long-term psychoanalytic psychotherapy for treatment-resistant depression: the Tavistock Adult depression Study (TADS). *World Psychiatry* **14**, 312-321.
- Ghaemi N. (2008). El statu quo. El dogmatismo, el modelo biopsicosocial y las alternativas. *Psiquiatría Conceptos*, 33-53.
- Glogauen V, Cottraux J, Cucherat M & Blackburn IM. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *J Affect Disord* **49**, 59-72.
- Guidi J, Tomba E & Fava GA. (2016). The sequential integración of pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of major depressive disorder: A meta-analysis of the sequential model and a critical review of the literature. *Am J Psychiatry* **173**, 128-137.
- Hanley G, Iwata B & McCord B. (2003). Functional analysis of problem behavior: A review. *J Appl Behav Anal* **36**, 147-185.
- Harland R, Antonova E, Owen GS, Broome M, Landau S, Deeley Q & Murray R. (2009). A study of psychiatrists' concepts of mental illness. *Psychol Med* **39**, 967-976.
- Jakobsen JC, Hansen JL, Simonsen E & Gluud C. (2012). The effect of adding psychodynamic therapy to antidepressants in patients with major depressive disorder. A systematic review of randomized clinical trials with meta-analyses and trial sequential analyses. *J Affect Disord* **137**, 4-14.
- Lewis, O. (1997). Integrated psychodynamic psychotherapy with children. En: *Child Adolescent Psychiatry Clinics. Psychotherapy* **6**, 53-68.
- Ludewig K. (2006). Terapia sistémica con parejas y familias: una visión europea-alemana. *Terapia familiar y de pareja. Roizblatt*, 46-66
- Luque R. & Villagrán JM. (2000). Modelos, teorías y paradigmas. En: *Psicopatología Descriptiva Nuevas Tendencias*. Luque R. & Villagrán JM. (Eds.) Ed. Trotta, pp. 39-73
- Marín S. (2014). Stephen Mitchell y el paradigma relacional en psicoanálisis. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia* **6**, 125-140.
- McHugh PR & Slavney PR. (1998). The perspectives of psychiatry. Ed. John Hopkins University Press. Baltimore & London, pp. 14-17.
- McLaren N. (1998). A critical review of the biopsychosocial model. *Aust NZ J Psychiatry* **32**, 86-92.
- MINSAL (2013). Ministerio de Salud. Guía Clínica depresión en personas de 15 años y más. Santiago, MINSAL Chile. Accedido en <http://www.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e-04001011f014e64.pdf> el 13-05- 2017.
- MTA Cooperative Group. (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. Multimodal Treatment Study of Children with ADHD. *Arch Gen Psych* **56**, 1073-1086.
- Norambuena P. (2013). La psiquiatría intracomunitaria, la psicología y el contexto local en su desarrollo, 1968-1973. Trazos para una historia de la psicología comunitaria en Chile. En: Historia local de la Psicología. Discusiones teóricas, metodológicas y experiencias de investigación. Ed. R. Mardones, pp, 239-264. Accedido en https://www.researchgate.net/publication/322640720_La_psiquiatría_intracomunitaria_la_psicología_y_el_contexto_local_en_su_desarrollo_1968-1973_Trazos_para_una_historia_de_la_psicología_comunitaria_en_Chile_Intra-community_Psychiatry_psychology_and_th. el 20-05- 2017.
- Nurcombe B. (2008). Chapter 12. Diagnostic Formulation, Treatment Planning and Modes of Treatment in Children and Adolescents. *CURRENT Diagnosis & Treatment in Psychiatry* 2e. Accedido en <https://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?sectionid=39717883&bookid=336> el 03-04-2017
- Ogden Th. (1994). "The analytic third: working in inter-subjective clinical facts", *International Journal of Psychoanalysis*, **75**, 3-119.
- Olatunji B., Cisler J. & Deacon B. (2010). Efficacy of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: a review of meta-analytic findings. *Psychiatr Clin North Am* **33**, 557-577.

Pacheco B & Riquelme MS. (2017). Cómo realizar una evaluación psiquiátrica integral en niños y adolescentes. *ARS Médica Revista de Ciencias Médicas* **42**, 55-66.

Palombo J., Bendiczen H. & Koch B. (2009). Guide to Psychoanalytic Developmental Theories. Ed. Springer.

Paris, J. Is Psychoanalysis relevant still to Psychiatry? (2017). *Can J Psychiatry* **62**, 308-312.

Ravitz P. Contemporary Psychiatry, Psychoanalysis, and Psychotherapy. (2017). *Can J Psychiatry* **62**, 304-307.

Rector N., & Beck A. (2001). Cognitive Behavioral Therapy for Schizophrenia: An Empirical Review. *J Nerv Ment Dis* **189**, 278-287.

Rojas-Orrego A. & Barón O. (2009). Algunos aportes de la escuela francesa a la psiquiatría de niños y de adolescentes. *Rev Colomb Psiquiat* **38**, 66-81.

Rutter M. & Sroufe LA. (2000). Developmental psychopathology: concepts and challenges. *Dev Psychopatol* **12**, 265-296.

Tallaferro A. (1983). Topografía del aparato psíquico. *Curso básico de psicoanálisis*. Ed. Paidós, pp. 52-85.

Tyer P. (2013). An integrated Model. *Models for Mental Disorder*. 5th Edition. Londres, Wiley-Blackwell, pp. 123-178.