

Modelo integrativo y multidimensional de formulación diagnóstica en psiquiatría de niños y adolescentes

Comprehensive model for case formulation in child and adolescent psychiatry

Bernardo Pacheco Pacheco¹

Resumen

La Formulación Diagnóstica (FD) es un proceso clínico realizado por etapas, cuyo fin es guiar al psiquiatra en el análisis clínico psicopatológico inicial de un caso hasta el planteamiento diagnóstico global y un plan de tratamiento. En este artículo revisaremos el proceso de construcción de una FD en psiquiatría infantil analizando su definición y sus fases iniciales de construcción, destacando la importancia de la reflexión clínica inicial como medio de análisis para poder distinguir la sintomatología normativa con la de carácter psicopatológico. Exploraremos también la importancia de lo sindromático y el rol del diagnóstico diferencial. Finalmente se plantea, ilustrada por un caso clínico, una propuesta de organización de una FD integrativa y multidimensional aplicada a la psiquiatría infantil, siguiendo un modelo de factores de riesgo (7P) complementado con una perspectiva biopsicosocial y relacional, y con una propuesta de análisis de caso clínico desde la perspectiva de psicopatología del desarrollo.

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 amplio. El conocimiento de cómo realizar una FD puede estimular el pensamiento reflexivo de los residentes de psiquiatría en su práctica clínica, lo cual puede desencadenar en la realización de diagnósticos psiquiátricos más integrales, y por lo tanto, planes de tratamiento más exitosos.

Palabras clave: formulación diagnóstica, formulación de casos, modelo 7P, modelo biopsicosocial, psicopatología del desarrollo.

Abstract

Diagnostic formulation in Psychiatry is a clinical, stage driven process whose purpose is to guide the practitioner towards a general diagnostic approach as a starting point for a treatment plan. In this article we review the construction process of a case formulation in child psychiatry, beginning by its definition and initial stages. We highlight the importance of an early thoughtful clinical approach as a data analysis method which enables the practitioner to differentiate normative from psychopathological symptomatology, apprehend syndromic manifestations of disorders and appreciate the role of the differential diagnosis.

Finally, we illustrate our multidimensional and integrative formulation process using a clinical vignette, whose information has been collected following a risk factor model (7P), blended with a biopsychosocial and relational perspective, and rooted in the developmental psychopathology case analysis method.

We hope this article will be useful in particular for the new residents who are entering the field and who need clinical guidance for the development of a thorough psychiatric diagnosis. The knowledge of how to build a case formulation encourages a thoughtful approach that psychiatry residents can benefit from in their clinical practice, as this approach can in turn lead to comprehensive diagnoses and, therefore, to successful treatment plans.

Keywords: diagnostic formulation; case formulation; 7P model; biopsychosocial model; developmental psychopathology

Fecha de envío: 18 de abril de 2018 - Fecha de aprobación: 26 de octubre de 2018

Introducción

Realizar un diagnóstico es uno hecho fundamental en la práctica psiquiátrica, desde el punto de vista práctico, el diagnóstico guía la

acción terapéutica. Diagnosticar (diagnosis) es "conocer", "distinguir" y "diferenciar" los "signos y síntomas de una enfermedad" (RAE, 1984). El diagnóstico ha sido definido como el acto de reconocer

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



una enfermedad mediante la observación de sus síntomas y signos y la información obtenida de la historia clínica (Tischler, 1989). El diagnóstico es la meta de una evaluación de un caso clínico, sin embargo, se debiera también considerarlo como la puerta de entrada a la resolución del problema que aqueja al paciente y/o a los otros. Achenbach & Edelbrock (1993) han planteado que se puede producir una confusión con el término diagnosis ya que éste se puede utilizar al menos de dos maneras: en sentido estricto y en sentido amplio. En sentido estricto su utilización correspondería al diagnóstico formal en que diagnosticar significa simplemente atribuir los casos clínicos a los sistemas diagnósticos de clasificación. Por ejemplo, cuando el clínico hace el diagnóstico de trastorno depresivo mayor unipolar en un paciente que cumple los criterios solicitados por un determinado sistema de clasificación. En sentido amplio, el término diagnosis toma el sentido de proceso diagnóstico, que sería algo más que solo elegir una denominación y una clasificación. En este caso diagnosticar se relacionaría más bien con el análisis, la elaboración y la formulación de conclusiones diagnósticas acerca de un caso o paciente determinado, por lo tanto, se trataría de un proceso amplio de conocer y distinguir y no solo de vincular un patrón sintomático de un sujeto a un patrón sintomático similar definido en una clasificación. Es en el sentido amplio de diagnosticar en donde se enfocará el desarrollo de este artículo; en la fórmula de cómo llegar a un diagnóstico por medio de un proceso clínico que debería realizarse intentando integrar los aspectos importantes del caso en diagnósticos formales y finales con implicancias en la elaboración de un plan de tratamiento global. Un tipo de formulación de diagnósticos que debería sostenerse sobre un modelo de comprensión psicopatológica, es decir, una perspectiva teórica de análisis clínico que el psiquiatra conscientemente determine y que sirva de base a la reflexión psicopatológica. El escrito en que se transforma la formulación de diagnósticos clínicos debería representar lo más fielmente posible la información y descripción del caso y el estado actual de salud mental del paciente.

El propósito de este artículo es proponer una manera de construir una formulación de diagnósticos de manera integrativa y multidimensional en la práctica clínica psiquiátrica con niños y adolescentes. La propuesta no constituye un nuevo método de formulación diagnóstica, sino un desarrollo ampliado de las aproximaciones disponibles. Para la confección del presente artículo se han revisado algunos textos y artículos de psiquiatría general, infantil y de psicoterapia, que incluyen en sus capítulos contenidos relacionados con el proceso de formulación diagnóstica y que pueden ser de interés para la enseñanza de la especialidad. La revisión no exhaustiva de textos de la especialidad podría constituir una limitante en el presente trabajo.

1.- La formulación diagnóstica como un proceso clínico dinámico y particular

a.- Que deberíamos entender por formulación diagnóstica (FD)

Dado un paciente, una situación, un contexto y una condición médica o psicosocial ¿cuál es la mejor estrategia de evaluación e intervención que le podemos ofrecer? Esta es la pregunta que siempre en psiquiatría quisiéramos responder prontamente. Ya que las estrategias de enfrentamiento de un caso a las cuales el clínico puede optar son diversas, la planificación clínica es determinante a la hora de tener que definir los modelos de comprensión psiquiátrica y las hipótesis diagnósticas que mejor interpretan mi caso. La manera en que el psiquiatra aborda la problemática de su paciente, es parte del proceso de construcción de una FD y es el tema a desarrollar.

No hay acuerdo respecto a la definición y al término más preciso a usar cuando denominamos al proceso de formulación de un diagnóstico. En la literatura anglosajona se han usado algunos términos como: *case formulation*; *clinical case formulation*; *diagnostic formulation*; *psychotherapy case formulation*; *psychodynamic formulation*. (Eells, 2007; Steiner *et al.*, 2011; Manassis, 2014). Cada término pone énfasis en un aspecto en particular. Para Lazare (1976) una formulación de caso clínico es definida como un concepto que organiza, explica o le da sentido clínico a una gran cantidad de información que determinará las decisiones de tratamiento. Una revisión amplia de la definición de FD según distintas perspectivas teóricas y de uso clínico, ha sido realizada por Sturmev (2009).

Tanto la psiquiatría como la psicología, escuelas de pensamiento interesadas en la persona y su comportamiento, han tenido por largo tiempo interés en la formulación de los casos clínicos. Según Eells (2009), la tradición terapéutica conductual y humanista inicialmente en su desarrollo no consideró la formulación de caso como un concepto central de su terapia. Persons & Tompkins, (2007) plantean que la teoría cognitiva y conductual fue paulatinamente incorporando un formato de formulación de caso clínico en el análisis de sus pacientes. Se ha afirmado que el concepto de formulación de caso clínico psiquiátrico fue originalmente desarrollado para ser utilizado desde una perspectiva psicodinámica (Steiner *et al.*, 2011), con orientación principalmente a la psicoterapia como un plan de resolución de conflictos (Curtis & Silberschatz, 2007). Entonces el clínico organizaba la formulación en 4 categorías: un resumen del caso, una descripción de los factores no dinámicos, una explicación dinámica de los conflictos centrales y una predicción de una posible respuesta a la intervención terapéutica (Steiner *et al.*, 2011). Posteriormente, la formulación de casos clínicos se fue extendiendo en su utilización a otros modelos o perspectivas

clínicas y a fines de la década de los ochenta ya fue sugerido su uso y beneficios en las evaluaciones de niños y adolescentes (Winters *et al.*, 2007; Manassis, 2014).

En este artículo se utilizará el término formulación diagnóstica (FD) para hacer referencia al proceso integrativo de análisis clínico que explora y conoce todos los factores implicados en la problemática de un paciente, cuyo último fin será el establecimiento de una intervención terapéutica efectiva en concordancia con los diagnósticos alcanzados. Planteada así, la formulación diagnóstica podría ser considerada como uno de los componentes de una evaluación psiquiátrica integral (Winters *et al.*, 2007), sin embargo, es conveniente, desde el punto de vista clínico también entenderla como un proceso, que es dinámico en el cual se recoge la información y se despliegan los procedimientos que se van desarrollando desde que el psiquiatra acoge a su paciente hasta la constitución de los diagnósticos. Una evaluación psiquiátrica integral, representada por sus distintos componentes es el marco clínico en que el psiquiatra opta por una exploración amplia del desarrollo, de la condición psicopatológica y del entorno del paciente. La evaluación psiquiátrica integral viene a ser como la hoja de ruta y la FD el ejercicio de leer e interpretar esa hoja de ruta, y de conducirla en un esquema mental (clínico) basado en la información obtenida y los conocimientos teóricos disponibles, concluyendo en el mejor conocimiento (diagnosis) que se tiene del paciente en su estado actual.

Ingram (2012) ha considerado la creación de una formulación diagnóstica de caso como un proceso paso a paso que incluye: la obtención de información, la definición de problemas, los objetivos específicos de resultados, el funcionamiento del paciente y su deseo de cambio, la organización de la información recabada, la construcción de hipótesis y un plan escrito de tratamiento y su monitoreo.

Es importante que al realizar una FD se cuente con un escrito que registre con precisión semiológica todas las características del cuadro clínico, de modo de dar cuenta a nosotros mismos y a los interesados, de todos los factores orgánicos, psicodinámicos, evolutivos, sistémicos y socioculturales involucrados en la condición de salud mental actual de nuestro paciente. La FD busca analizar esta condición y de ser necesario situarla en un contexto psicopatológico y en entidades nosológicas psiquiátricas conocidas, con miras a un plan terapéutico.

Tengamos presente que una FD es una instancia dinámica que se elabora y se reconstruye temporalmente de acuerdo al conocimiento clínico que se va obteniendo del caso, esto implica que se puede perfeccionar y corregir las veces que sea necesario.

b.- La FD es una instancia de reflexión clínica y teórica

Cuando el clínico realiza una FD, el resumen o síntesis del procedimiento no siempre queda por escrito o explicitado con la claridad y profundidad con que se ha desarrollado, pudiendo ocurrir que se dé cuenta de los resultados sin la argumentación necesaria del porqué se optó por un determinado diagnóstico y cómo se alcanzó. Realizar una FD con registro y reflexión clínica insuficiente puede tener implicancias desfavorables en la práctica psiquiátrica, por ejemplo:

- que la transmisión de la información a otros profesionales esté limitada solo a un diagnóstico final, no dando información del funcionamiento global del paciente y de quién es éste; condición relevante en el caso de niños y adolescentes.
- que al no saber bien como se arribó a un determinado diagnóstico no tengamos claro que diagnósticos han sido rechazados y porqué el análisis psicopatológico los descartó.

Tabla 1: Elementos esenciales a considerar para la construcción de una FD.

Descripción e identificación de las características relevantes del caso
Caracterización de la sintomatología Síntomas principales y secundarios Funcionalidad. Adaptación Condiciones psicológicas previas
Reflexión clínica de las manifestaciones en contexto del desarrollo evolutivo Factores protectores y de riesgo Eventos vitales. Eje temporal
Análisis psicopatológico (reflexión psicopatológica) Patrones sintomáticos de presentación clínica Caracterización del o los síndromes (delimitación sindromática)
Diagnósticos diferenciales Coocurrencia o comorbilidades
Evidencia. Causas hipotéticas Hipótesis diagnósticas Modelo de comprensión psicopatológica Criterios diagnósticos
Sistemas de clasificación Planteamiento diagnóstico formal en sentido estricto
Planteamiento diagnóstico funcional en sentido amplio Condición global del paciente en sus distintas áreas de desarrollo personal
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

- que en caso de error diagnóstico puede ser más difícil revertirlo al no conocer y registrar las interrelaciones y asociaciones clínicas realizadas, por lo tanto, es posible que volvamos a cometer el mismo error.

La FD informa respecto a una serie de preguntas y juicios clínicos (razonable asociación de ideas) que el psiquiatra se plantea frente a su paciente; estas interrogantes clínicas en conjunto van diseñando una estructura explicativa del estado actual de nuestro paciente. El juicio clínico del psiquiatra no está exento de influencias teóricas, por lo tanto, la FD que él desarrolla estará alimentada por los datos de la información recogida y como plantea Lazare (1976), por influencias teóricas que pueden provenir de la psicología del desarrollo, la psicopatología general y las neurociencias. No habría entonces neutralidad teórica por parte del clínico ante un determinado esquema de construcción de un planteamiento diagnóstico ya que éste tiende a constituirse por conveniencia clínica y conocimientos previos (Figuroa, 2000; Sturmey, 2009). Ingram (2012) señala que se puede desarrollar una FD basada en: una teoría única; una FD confeccionada integrativamente según distintos paradigmas; una FD basada en un modelo de tratamiento apoyado empíricamente, o bien crear una FD propia usando un conjunto de hipótesis clínicas sugeridas por un autor en particular.

c.- La FD es particular para cada caso clínico

Dada la diversidad clínica de los pacientes y el polimorfismo de la sintomatología psiquiátrica, la FD no debería ser una fórmula estandarizada única que les calce a todos por igual. Lo que la FD sí puede lograr es estandarizar la información obtenida de modo de preparar la reflexión psicopatológica a la luz del análisis clínico. Cualquier formato de FD que elijamos deberá en lo posible ser capaz de captar al paciente en su totalidad de funcionamiento (tabla 1). Como modelo conceptual de base, la FD en psiquiatría infanto-juvenil debería ser multifactorial e integrativa. Es multifactorial si la FD es capaz de recoger todos los factores causales o de asociación considerando la influencia que cada uno de ellos ejerce sobre el paciente y el modo en que participan de la organización sintomática manifestada. La FD es integrativa si en su reflexión clínica considera las diversas perspectivas o modelos psicopatológicos que apliquen mejor al caso clínico, destacando el aspecto evolutivo y sistémico al tratarse de psiquiatría infantil.

d.- La FD no es el diagnóstico

Se debe tener precaución de no confundir el diagnóstico con la formulación de éste. Aunque el diagnóstico coexiste con la formulación, el primero es el fin último y lo segundo es el proceso que se crea y se organiza a la luz del caso (Winters *et al.*, 2007; Manassis, 2014). La formulación de caso nos permite finalmente arribar al diagnóstico de un trastorno mental. Un trastorno mental puede ser definido como un síndrome caracterizado por alteraciones clínicamente significativas en la cognición, regulación emocional, biológica o conductual de un sujeto que refleja una disfunción en los procesos psicológicos, biológicos

o del desarrollo subyacentes al funcionamiento mental (APA, 2013). Ciertamente, en la mayoría de los casos el diagnóstico toma forma con la generación de hipótesis diagnósticas o conjeturas clínicas desde la cual emergerá un tratamiento formal (Lazare, 1976).

Ejemplifiquemos la distinción entre diagnóstico y FD en un supuesto caso de dos adolescentes diagnosticados con un trastorno depresivo. El diagnóstico es conclusión semejante de dos casos particulares, pero de distintas FD dada la influencia y gravitación que determinados factores están jugando en la aparición y organización del cuadro clínico depresivo. El tipo de intervención terapéutica en cada caso guardará relación con la ponderación factorial y el análisis psicopatológico realizado y podrá concluir que un paciente sea tratado con fármacos y terapia cognitivo conductual, y el otro con psicoterapia interpersonal (Moreau & Mufson, 1997) o cognitivo conductual. Los modos de intervención, ya sea fármaco, psicoterapia o tratamiento combinado son de validez conocida, sin embargo, al tomar en cuenta las características del paciente y el contexto, un tipo de terapia se ajusta mejor a cada uno de ellos, aunque el diagnóstico sea el mismo. La FD con su proceso de análisis ha ayudado caso a caso a concluir la intervención más apropiada para cada adolescente.

e.- La FD se puede enseñar con supervisión docente en un programa de residencia de psiquiatría

La FD puede ser una herramienta de enseñanza de gran utilidad en un programa de residencia de psiquiatría (Winters *et al.*, 2007; Ingram, 2012). La FD al ser un proceso de análisis multifactorial y dinámico, se ajusta a la multifactorialidad de los fenómenos mentales y a la necesidad de calibrar las intervenciones a la medida de lo que cada paciente necesita. La FD se plantea como un método integrativo y con un esquema flexible en sintonía con lo que se necesita enseñar clínicamente en psicopatología de niños y adolescentes. Un formato de FD utilizado como un dispositivo de estrategia educativa puede ayudar al residente a desarrollar un pensamiento reflexivo y a aprender a manejar la incertidumbre clínica propia de la práctica psiquiátrica (Manassis, 2014). Además, la FD como organizador de información puede estimular la reflexión clínica progresiva alentando la búsqueda de hipótesis y de conocimiento de las teorías explicativas de los fenómenos psíquicos (Lazare, 1976), desarrollando en el residente habilidades cognitivas y actitudinales frente al paciente en estudio. A pesar de la conveniencia educativa, se piensa que la FD sigue siendo poco utilizada formal y regularmente por la mayoría de las residencias de psiquiatría Winters *et al.* (2007), quizás con la idea de que la FD solo es conveniente para los pacientes más complejos o bien se la evita por el exceso de tiempo que puede tomar al elaborarla.

2.- Fundamentos clínicos en el proceso de construcción de una FD

A continuación, analizaremos algunas consideraciones y elementos constitutivos en la construcción de una FD.

a.- La entrevista clínica: un primer paso que conduce a una FD

La entrevista es un componente esencial e inicial del proceso de evaluación y del comienzo de una FD. La entrevista debe ajustarse a las circunstancias del caso, al contexto en que se desarrolla y a la edad del paciente, procurando siempre que sea una instancia colaborativa entre el niño, los padres y el psiquiatra (Watchel, 1994; Pacheco & Riquelme, 2017). El propósito de la entrevista clínica es captar mediante conversación o por medio de interacciones específicas (el juego y/o el dibujo) lo que le sucede a nuestro consultante en su dimensión psíquica. Haciendo uso de la entrevista clínica y apoyados en el examen mental, realizamos en el niño o adolescente una exploración psicopatológica diferenciando lo psicológico normativo de lo disfuncional.

Jellinek & McDermott (2004) reconocen dos formas básicas de entrevista:

- la entrevista estructurada que se deriva de los sistemas de clasificación de los trastornos mentales.
- la entrevista abierta o no estructurada, que introduce el uso del juego o materiales proyectivos alejándose de cuestionarios o escalas. La entrevista estructurada se sustenta sobre la evidencia de la investigación, y por lo tanto, es estructurada en la confiabilidad. Sus críticos alegan que este tipo de entrevista se basa en los síntomas o criterios dejando un poco de lado la dinámica psicopatológica subyacente. La entrevista abierta no estructurada por su parte es más cualitativa, no deja de lado el síntoma, pero busca más su significado. Se le critica que es muy subjetiva, poco cuantificable y que depende mucho del juicio clínico de quien la lleva a cabo, por lo tanto es poco reproducible (Jellinek & McDermott, 2004).

Si nuestro interés es más clínico, considerando lo que le sucede al paciente en cuanto a sus vivencias y funcionamiento global, la entrevista no estructurada podría dejar menos elementos excluidos ya que está más "abierto" a captarlos. Consideremos para este propósito el aporte semiológico que hace la psicopatología descriptiva al aplicar el método fenomenológico de captación sintomática en donde se privilegia la relación empática con el paciente. Lo importante es que el clínico conozca distintos modelos de entrevista y elija la técnica adecuada según necesidad clínica y propósito final.

b.- Consideraciones generales en la evaluación de lo normativo y lo psicopatológico en un proceso de FD

Evaluar en el niño el carácter psicopatológico de una determinada conducta o comportamiento requiere de conocimiento y

reconocimiento por parte del evaluador de lo que se denomina normal (normativo sano) o patológico (disfuncional) en el desarrollo evolutivo infantil (Ajuriaguerra, 1973, Marcelli, 2007a). Uno de los aspectos que el psiquiatra de niños debe incorporar a este conocimiento es el rol que los padres, la familia y el contexto social juegan en el desarrollo y en la expresión conductual (Eisler & Lask, 2010). Aunque se acepte que las "conductas problemas" tienden a desplazar la jerarquía familiar a un ámbito de orden médico de intervención especializada, esta visión de la conducta problema de ningún modo debe hacernos cuestionar negativamente *a priori* el valor de las funciones parentales ejercidas por los padres, sino que es necesario evaluarlas y activarlas a las necesidades que impone la problemática actual del caso (Watchel, 2004).

El criterio de normalidad/anormalidad no debe limitarse a identificar la conducta problema de un modo aislado como si fue solo un síntoma correspondiente a un criterio determinado de una clasificación diagnóstica (la irritabilidad puede ser una respuesta emocional normativa como también un síntoma de un cuadro depresivo). Se debe tener presente que lo normal puede ser relativo y puede ser evaluado como: lo normativo estadístico (lo más frecuente), lo normal como un ideal (lo que esperamos), lo normal como ajuste social (el comportamiento esperado) o lo normal como una capacidad de adaptación y de equilibrio (como función) (Marcelli, 2007a). El mismo autor plantea que el psiquiatra debería preguntarse ante la conducta-problema el sentido que tiene el síntoma, es decir, si la conducta manifiesta tiene un rol organizador del desarrollo mental del paciente o un rol desorganizador (perturbador de la continuidad psíquica evolutiva del niño). No es infrecuente encontrar que ciertas conductas problemáticas en el niño pueden ser expresiones conductuales que obedecen más a crecimientos madurativos y ajustes conductuales (rol normativo de la conducta) que a manifestaciones sintomáticas psicopatológicas (rol desorganizador). Por ejemplo, el caso de reacciones depresivas breves en un adolescente que está en proceso de diferenciación de las figuras parentales e inicio de nuevas relaciones amorosas. Las manifestaciones depresivas en su presentación inicial pueden ser semejantes (isomorfismo), tanto en el adolescente que crece y madura como en el paciente deprimido patológicamente. El factor potencial de desarrollo evolutivo que puede tener una conducta sintomática particular evaluada por medio de su rol organizador/desorganizador es un criterio a considerar al momento de definir la presencia o no de lo psicopatológico.

En una FD el psiquiatra de niños no debe dejar de considerar el rol que el entorno familiar y social juegan en las manifestaciones conductuales de sus pacientes (Watchel, 2004; Marcelli, 2007b).

La relación del contexto ambiental con la respuesta conductual sintomática del niño debe ser vista como una interacción de ajuste psíquico, es decir, debemos detectar la existencia o no de factores externos favorecedores o entorpecedores del desarrollo y la interiorización que el niño hace de su experiencia a la luz de estos factores. Un niño vulnerable está más expuesto a manifestar conductas problemáticas en un ambiente carente o distorsionador. Mientras más pequeño el niño la expresión de conductas problemáticas en él nos debe interrogar respecto a cuál es el funcionamiento de su entorno; mientras más pequeño el niño “más absorbe su entorno”. A medida que el niño crece y alcanza etapas más avanzadas en su desarrollo, las conductas problemáticas o manifestación de síntomas, aunque no dejan de guardar relación con el entorno, expresan mucho más un funcionamiento personal en una organización psíquica más establecida (Ajuriaguerra, 1973, Marcelli, 2007a).

Finalmente, diremos que en psiquiatría infantil conviene inicialmente aproximarse a las conductas problemáticas desde una perspectiva dimensional (en espectro). Es preferible evitar al inicio una visión clínica excesivamente categorial o binaria en donde la conducta sana se sitúa aisladamente de la conducta psicopatológica y nunca la explica. Es posible detectar conductas o comportamientos categorialmente definidos e identificados como patológicos, por ejemplo, ciertas psicosis o trastornos del neurodesarrollo cuyas bases etiológicas responden más a un determinismo ciertamente biológico, categorialmente distante de dinámicos psicológicos explicativos (Artigas, 2000; Artigas-Pallarés *et al.*, 2013; Hollis & Palaniyappan, 2015), sin embargo, la mayoría de las veces en psiquiatría infantil los trastornos guardan relación con el propio desarrollo psicológico del paciente (perspectiva dimensional), como es el caso de algunos trastornos ansiosos que pueden ser comprendidos desde el proceso de madurez emocional del niño (por ejemplo, el trastorno de ansiedad de separación).

c.- El rol del síntoma y su evaluación en el contexto de una FD

Se analizará el síntoma en su particularidad de modo de saber si es parte o no de un cuadro clínico específico. El síntoma manifestado en la clínica psiquiátrica puede darnos diversas señales. Puede ser la puerta de entrada a un problema, la molestia identificada de los padres, o bien, la queja del niño. El síntoma puede ser una señal de alerta del nivel de desarrollo evolutivo del niño (Marcelli, 2007a) como también un criterio diagnóstico de una determinada entidad nosológica (APA, 2013). La conclusión de normalidad o disfuncionalidad de un comportamiento puede estar en función de un análisis correcto del síntoma, sin embargo, debemos considerar lo planteado por Ajuriaguerra (1973) “el síntoma será un signo, de por sí con algún significado durante el desarrollo, quizás también con alguna finalidad orgánica, pero no por ello es patológico”.

Tabla 2: Aspectos de la sintomatología que orientan hacia el grado de funcionalidad/disfuncionalidad de la manifestación clínica.

a.- Aspectos generales	Observación y análisis
Reconocimiento del síntoma	Manifestaciones conductuales evidentes (extrínsecas) o encubiertas (intrínsecas)
Valorización del síntoma	Rol patógeno (rigidez, intensidad) o rol organizador (dinamismo) de la conducta evolutiva del niño. Valor de contingencia y grado de movilidad de la sintomatología
Función del síntoma en el desarrollo mental y en la relación con los otros	Impacto en la dinámica del sistema familiar, en la estructura y en los roles familiares En el contexto en que se expresa: ¿que se obtiene a cambio?, ¿qué se posterga? En el individuo: ¿qué obtiene?, ¿qué se evita con la conducta? ¿en que lo alivia?
Significado del síntoma*	Interpretación individual del síntoma. Significación dada por los otros (“connotación sintomática” de acuerdo a la experiencia y al contexto) Diferencia de significados de acuerdo al contexto en que surge
Grado de sufrimiento ligado al síntoma	La vivencia puede ser dolorosa como también en algunos casos neutros. El desgaste emocional puede ser vivenciado por los demás, no solo por el paciente
Categorización del síntoma	Pertenencia o no del síntoma a una agrupación sindromática o entidad nosológica conocida
Persistencia del síntoma ante la variabilidad del contexto	Desconexión de las manifestaciones clínicas de la influencia del entorno nos refiere más a disfuncionalidad
b.- Aspectos específicos	Observación y análisis
Frecuencia, duración, intermitencia, recurrencia	Relación del síntoma con el tiempo, sus modificaciones, su estabilidad y constancia.
Intensidad, vivacidad, expresividad, modificabilidad	Capacidad del síntoma a expresarse y manifestarse como un fenómeno particular
Severidad, interferencia con el funcionamiento diario	Leve, moderado o severo. Grado de dolor, sufrimiento o distrés que experimenta el paciente (o los demás) ahora y a futuro
Contexto en que emerge	Crisis normativas o esperables del desarrollo mental. Accidental, no esperable de impacto sorpresivo

* esta característica tiene un aspecto subjetivo del propio paciente, por lo tanto, su valor es relativo ya que puede estar determinada en su descripción por la patología misma (ej. psicosis) o influenciada por algún interés particular de quién la observa.

Bibliografía consultada:

- Berrios G. (2000). Concepto de psicopatología descriptiva. En: Psicopatología descriptiva. Nuevas tendencias. Luque R. & Villagran JM (eds), 109-145. Trota S.A.
Marcelli D. & Cohen D. (2007). Exploración del niño. En Psicopatología del Niño, 60-74. Elsevier Masson.
Syms A. (2008a). Conceptos fundamentales en psicopatología descriptiva. En: Síntomas mentales. Introducción a la Psicopatología descriptiva, 15-37. Ed. Triacastella.

En medicina general se diferencia el signo del síntoma, el primero expresa una observación tanto más objetiva por parte del paciente como del evaluador y el segundo se refiere más bien a la queja subjetiva del paciente. En la práctica psiquiátrica tal distinción muchas veces es inoperante y tanto signos como síntomas son tomados indistintamente. Un paciente que presenta una conducta hipercinética (signo) como manifestación evidente de inquietud excesiva y desorganizada, al ser entrevistado podría no presentar queja alguna (síntoma); un adolescente puede relatarnos un sentimiento de angustia y sufrimiento (síntoma) y el psiquiatra inicialmente podría no detectar cambios (signos) visibles y evidentes en el paciente. En ambos casos es más conveniente hablar de la sintomatología del paciente.

La captación e interpretación semiológica del síntoma es una de las principales labores que el psiquiatra realiza. En una evaluación el psiquiatra hace que "los síntomas se expresen" para luego darles sentido clínico conectándolos para que por asociación y análisis lleguen a constituirse en lo que denominamos un diagnóstico sindromático. Para que una queja (síntoma) llegue a convertirse en manifestación "visible con sentido clínico" durante el acto de diagnosticar, ella debe llegar a presentarse ante los ojos del psiquiatra como objeto de representación, es lo que plantea Jeammet (1989), es decir, el psiquiatra debe estar preparado para reconocer y "significar lo que observa". Desde una perspectiva intrapsíquica, este autor agrega que lo que define al síntoma como psicopatológico es su carácter forzado, impuesto al Yo, su aspecto incoercible, repetitivo y estereotipado que provoca el malestar o el sufrimiento. Esta caracterización del síntoma tiene por base el modelo psicodinámico de comprensión psicopatológica. Debe tenerse presente que cada vez que se capta y analiza la sintomatología se hace en ausencia de neutralidad interpretativa, como en este caso, en que al síntoma se interpreta como expresión de un conflicto psíquico en un contexto de noción de estructura mental.

Finalmente, se dirá que la valorización de la sintomatología respecto de lo normativo o no normativo le permitirá al clínico definir si estamos más cerca de una organización mental de carácter psicopatológico o funcional. El psiquiatra para este fin se verá obligado a realizar un trabajo intelectual (análisis psicopatológico) como un acto reflexivo que será la antesala de la formulación de hipótesis clínicas (Lazare, 1976).

En la tabla 2 se muestran algunas características de los síntomas que el psiquiatra puede considerar al momento de determinar el carácter normativo o patológico de la manifestación clínica.

d.- La función del análisis psicopatológico y el rol del diagnóstico diferencial en la FD

El análisis psicopatológico o reflexión psicopatológica es el trabajo intelectual asociativo y de interrelaciones en el cual la sintomatología reportada por el paciente alcanza en el psiquiatra un nivel de abstracción y representación que le permite definir si quien le consulta se encuentra en una condición normativa o patológica. El análisis psicopatológico es para el clínico el desafío mayor del proceso de FD. Como hemos descrito anteriormente, este ejercicio de análisis es puesto en marcha con la actividad semiológica, desplegada por el psiquiatra al tomar los síntomas del paciente e interpretarlos, para esto se requiere que el especialista conozca de semiología psiquiátrica. A partir de la queja o problema principal el psiquiatra va enunciando y asociando los síntomas y su diferenciación para ubicar a cada uno de ellos en un determinado síndrome, para posteriormente, si es posible, identificar las categorías o entidades diagnósticas. Entendemos por síndrome al conjunto de síntomas relacionados entre sí de manera necesaria y que desde el punto de vista etiopatogénico no es atribuible a una entidad nosológica conocida. El síndrome puede ser entendido como una agrupación de constelaciones sintomáticas, expresiones de las enfermedades mentales. Por tratarse de un análisis psicopatológico en contexto de una FD, el clínico no debería limitarse solo a la recolección de los síntomas y organizarlos en síndromes, sino que, es necesario que el psiquiatra se pregunte la posición que la sintomatología ocupa en el desarrollo y organización global de la personalidad del niño o adolescente (Rojas-Orrego & Barón, 2009; Cicchetti & Rogosch, 2012).

Dentro del análisis psicopatológico el clínico debe plantearse los probables diagnósticos diferenciales existentes, es decir, la probabilidad de que ciertas categorías estén presentes o excluidas y si estas categorías guardan o no algún tipo de asociación comórbida o concurrente. La nosología de las entidades (clasificación en categorías diagnósticas) es la que nos permite ubicar un trastorno o enfermedad en un determinado grupo de pertenencia, es la que sistematiza los caracteres distintivos y semejantes por los cuales un trastorno pertenece a un grupo y no a otro, por lo tanto, es la que nos permite realizar teóricamente el diagnóstico diferencial. Es necesario que el psiquiatra argumente con fundamento las decisiones a favor o en contra de una determinada alternativa diagnóstica.

e.- La hipótesis diagnóstica y el diagnóstico clínico en el contexto de una FD

En la evaluación de un caso clínico se debe evitar partir de antemano con hipótesis o diagnósticos previos al análisis psicopatológico, es conveniente primero intentar comprender el caso y luego

plantearse las hipótesis clínicas. El análisis descriptivo basado en la observación es lo que nos conduce por medio de la inferencia deductiva a un planteamiento hipotético de lo que le podría ocurrir a nuestro paciente. La hipótesis diagnóstica coloca los fenómenos mentales en una conexión que concuerda con teorías o hechos validados y conocidos en el ámbito de la psiquiatría (Lazare, 1976), sin embargo, al tratarse solo de una hipótesis no podemos aún descartar otras posibilidades de causalidad de los fenómenos estudiados. Es así entonces que nuestras hipótesis comienzan con la observación y la descripción para luego ir cobrando sentido al conectar (reflexivamente y analíticamente) los síntomas con el funcionamiento global del paciente haciendo puente hacia el diagnóstico. El clínico piensa en hipótesis especialmente cuando se encuentra sobrecargado de información (Lazare, 1976). Se debe tener presente que las hipótesis que planteadas no son necesariamente la realidad en sí misma, por el momento se trata solo de conjeturas, conjunto de observaciones organizadas jerárquicamente para ser presentadas como diagnósticos presuntos. Las hipótesis clínicas son ideas esenciales de orientaciones teóricas diferentes. Ingram (2012) organiza las hipótesis diagnósticas en 7 categorías: de crisis, eventos estresantes, traumáticos o de transición; relacionadas al cuerpo y las emociones; referidas al modelo cognitivo; modelo conductual y aprendizaje; modelo existencial y espiritual; modelo psicodinámico y modelo sociocultural y de factores ambientales.

Las hipótesis diagnósticas no agotan el o los diagnósticos, sino que el psiquiatra debe contrastar estas hipótesis con nueva información y observación más detallada y ver cuales son finalmente refutadas y cuales son aceptadas. Para el clínico y especialmente para el psiquiatra de niños siempre es conveniente considerar el o los diagnósticos como un proceso en curso. Las primeras consultas orientan, sin embargo, el conocimiento del caso no se agota ahí, puede que aparezca nueva información incluso cuando ya se está en un plan de tratamiento.

Respecto a los diagnósticos finales, la utilización de una clasificación diagnóstica debería ser lo menos rígida y dogmática posible, de modo que una entidad no ubique al paciente en una posición clínica inmutable e infranqueable. Una clasificación debería permitir que el clínico actúe con flexibilidad en un marco de referencia útil y acotado. Se debe tener presente que los aspectos conceptuales, así como el análisis clínico de los diversos factores que están detrás de un diagnóstico, guardan relación con modelos teóricos o perspectivas a los cuales el psiquiatra pudiese adherir. En muchas ocasiones, para el análisis psicopatológico de un caso y la conclusión diagnóstica final, el psiquiatra en general no explicita abiertamente su posición o marco teórico de referencia clínica, aunque la mayoría de las veces, éste tendería a ser ecléctico e integrativo (Ghaemi, 2008).

Mencionemos que las principales entidades nosológicas o trastornos mentales infanto-juveniles están agrupados y contenidos en los siguientes apartados clasificatorios: El DSM 5: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (APA, 2013), la ICD 11: Clasificación Internacional de las Enfermedades, Trastornos Mentales y del Comportamiento 11ª edición (OMS, 2018) y la CFTMEA-R-2000: Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y del Adolescente (Luppi *et al.*, 2004) entre otros.

3.- La construcción de una FD en psiquiatría infantil: propuesta de un modelo integrativo multidimensional

Se ha analizado que una FD para configurarse en una evaluación psiquiátrica integral necesita de la obtención de información detallada aportada por el paciente y sus acompañantes. La queja principal y la sintomatología deben ser caracterizadas en detalle de modo de poder representarnos un cuadro sindromático en particular o un patrón de comportamiento. La sintomatología se debe explorar y recoger considerando variados aspectos como el momento de aparición, lo que la precipitó, los factores que la han mantenido en el tiempo, su severidad y fluctuaciones, el contexto en que ocurre, el grado de disfuncionalidad en quién la presenta y sus repercusiones. Se propone que para el ordenamiento y análisis de la información recogida se comience confeccionando una tabla o grilla que sirva como marco referencial para la reflexión clínica y la construcción de la FD. Inicialmente se propone comenzar utilizando, posicionado en un eje vertical de la grilla, el modelo 7P (Ebert *et al.* 2008). Esta perspectiva de eje temporal de desarrollo sintomático se organiza en relación al curso temporal que toman las manifestaciones sintomáticas considerando características de quien las presenta, y podría implementarse de modo sencillo en un caso clínico en niños o adolescentes. El modelo 7P, podría tener un potencial de análisis sintomático más abarcador que otros modelos ya descritos y que han sido útiles en la clínica, como los modelos 3P, 4P, perspectivismo, formulación Mindful entre otros. (Mc Hugh & Slavney, 1998; Byrne & Byrne, 2008; Havinghurst & Downey, 2009; Tyrer, 2013; Henderson & Martin, 2014). El modelo 7P puede ser clínicamente útil, amplio y sencillo en recopilar información, considerando un antes, un ahora y un potencial de resolución enfatizando la relación temporal en la consecución de un problema clínico, el modelo intenta pronosticar lo que podría ocurrir con o sin intervención luego de haber identificado los factores gravitantes de la condición clínica. 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 factores o condiciones de la perspectiva o modelo 7P son las siguientes:

a.- Predisposición, b.- Precipitación, c.- Presentación, d.- Patrones, e.- Perpetuación, f.- Potenciales y g.- Pronóstico.

Los factores mencionados muestran en su conjunto una visión global de la problemática clínica actual del paciente desde una perspectiva temporal.

Ordenada la información en un eje vertical según modelo 7P (como coordenada de dirección vertical), se propone que se agregue un segundo eje dispuesto horizontalmente a nivel superior que considere factores desde las perspectivas o modelos psicopatológicos del desarrollo biopsicosocial y relacional. Cada ítem ordena por separado los dominios: biológico (orgánico), psicológico dinámico, psicológico cognitivo y psicológico conductual, y socio cultural, espiritual religioso y relacional familiar. Dispuesto así, el marco de referencia total contendrá la información de desarrollo sintomático (7P) asociada a las áreas de desarrollo y de estado del paciente organizadas por dominios de interés normativo y psicopatológico. La organización esquemática del Modelo Integrativo Multidimensional de FD será una tabla o grilla 7x4 que recolecta los hallazgos del caso y que al analizarlos clínicamente nos permitirá elevarnos desde la descripción sintomática a un nivel de abstracción necesario para una reflexión psicopatológica y una conclusión diagnóstica. En algunos casos de pacientes específicos es posible que algunas celdas de la grilla queden vacías al no contar por el momento con información disponible o relevante. La celda de intersección entre un factor P y un dominio específico dará cuenta de la relación de impacto que puede tener una condición factorial del paciente con un área específica de su desarrollo mental. Esta posible asociación que el evaluador determina se basa en la información recogida por él, así como en la evidencia clínica teórica conocida. En este paso el psiquiatra ya comienza a conectar hipotéticamente factores o elementos que nutrirán la reflexión clínica. La FD al ser un proceso, tanto la información recolectada como los planteamiento o hipótesis diagnósticas son realizados progresivamente; la grilla irá dando cuenta de ello.

Este modo integrativo de organizar y analizar de manera global la información clínica presentada es una ampliación y profundización de modelos de trabajo ya propuestos por algunos clínicos interesados en la integración de perspectivas clínicas psiquiátricas (Kline, 1978; Winters *et al.*, 2007; Havinghurst & Downey, 2009; Manassis, 2014; entre otros).

En la tabla 3, a modo de ejemplo y con un fin ilustrativo, se ha procedido a organizar una grilla con un supuesto caso de un paciente sintomáticamente hiperactivo con conducta disruptiva. En algunas celdas de este caso se consideran datos de la evidencia científica potencialmente presentes en el trastorno ejemplificado;

esta evidencia no siempre está en el caso de un paciente evaluado. Tengamos en cuenta que la obtención de la información por medio de una grilla o entramado de FD integrativa y multidimensional no es necesariamente secuencial, el orden de llenado puede imponerse o resultar de cómo se van desarrollando las entrevistas o bien de cómo se va realizando el análisis clínico del caso y sus prioridades.

Se recomienda que todo el material clínico reunido y analizado en una reflexión clínica psicopatológica debería estar siempre asociado a una evaluación del estado mental del paciente (examen mental), instancia que permite recoger sintomatología e información directa del paciente. El comportamiento del paciente en las sesiones de evaluación nos orienta no solo en su estado mental actual, sino también de sus fortalezas y potencialidades en un contexto estructurado.

Para que el modelo de análisis de caso que da base a la FD alcance efectivamente un nivel dinámicamente integrador, se propone complementar a la perspectiva 7P (primer eje recopilador de información) y a los dominios biopsicosocial, relacional, espiritual y cultural (segundo eje integrador y holístico del caso), un marco de reflexión teórica posicionado en la perspectiva de Psicopatología del Desarrollo, a modo de un "soporte analítico" con un sentido de orientación y sostén particular hacia la reflexión psicopatológica del caso. Esta perspectiva le puede aportar sentido clínico específico a la grilla al incorporar para su análisis tres aspectos claves: el concepto de desarrollo evolutivo, la comprensión de los procesos causales y el análisis de la continuidad y discontinuidad entre normalidad y patología (Sroufe & Rutter, 1984; Rutter & Sroufe, 1987). La perspectiva de desarrollo tiende a tratar de un modo particular el quehacer afectivo, intelectual y volitivo del niño/adolescente al considerar el desarrollo evolutivo como propiedad esencial de la vida psíquica en formación y de la emergencia de la psicopatología (Ajuriaguerra, 1973; Maughan & Rutter, 2010; Cicchetti & Rogosch, 2012). En su marco teórico, una perspectiva del desarrollo incorpora la evidencia que ha contribuido a explicar la psicopatología infantil y de la adolescencia (teorías psicodinámicas, psicosociales, del aprendizaje social y cognitivo) y los aportes de la neurociencia, integrando a su análisis los factores de riesgo y de protección que circundan un caso, sin dejar de lado las nociones de ciclo vital individual y familiar (Marcelli, 2007c). En el análisis de casos en psiquiatría de niños y adolescentes, donde la mayoría de las veces es un desafío distinguir lo normal de lo psicopatológico así como el síntoma funcional del disfuncional, utilizar una perspectiva más ecléctica e integrativa de análisis ayuda a distinguir mejor aquellos comportamientos infantiles que son avances de una organización psíquica sana de aquellos comportamientos sintomáticos faltos de contenido o de aporte evolutivo positivo al crecimiento

psíquico y personal del niño, y que por lo tanto, podrían ser de orden psicopatológico. Si la tabla o grilla confeccionada para cada caso no se complementará con un eje de reflexión teórico clínico desde una perspectiva del desarrollo, se podría correr el riesgo de

construir grillas de ricos contenidos, pero de asociaciones causales mecánicas y excesivamente teóricas que pueden alejarse de la persona del paciente, sujeto en desarrollo, concluyendo en un FD más parecida a un texto teórico que a la realidad clínica del caso.

Tabla 3: Marco de referencia de una FD integrativa y multidimensional en un caso hipotético de TDAH y conducta disruptiva.

	Factores en contexto biopsicosocial relacional. Modelos básicos de comprensión psicopatología			
Factores modelo 7p (Eje temporal sintomático)	Biológico Genético, neurodesarrollo, lesión orgánica, herencia familiar. Madurez, inmadurez. Ontogénesis	Psicológico Psicodinámico Estructura, 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
1.- Predisposición Factores que podrían haber atrofiado o desviado el normal desarrollo del niño y hacerlo vulnerable al entorno.	Miembros familiares de primer grado con TDAH (padres, hermanos) Temperamento	Alta reactividad a la crítica interpersonal Experiencias de desapego Negligencia emocional	Estilo de crianza punitivo Disarmonía intelectual. Puntuación más baja en sub test aritmética, dígitos y claves en Test WISC (sugiere tendencia a la distracción)	Madre con antecedentes de consumo de alcohol, tabaco o drogas Conflicto marital Estrés maternal prenatal, exposición a medicamentos (anticonvulsivantes)
2.- Precipitación Estresores que desafían la capacidad de enfrentamiento del niño y causan en él desadaptación precipitando manifestaciones sintomáticas.	Presencia de una enfermedad aguda que pudiera alterar el ritmo de sueño vigilia y rendimiento mental	Baja mentalización de los conflictos y a los nuevos desafíos Significación pobre de las nuevas relaciones jerárquicas	Estilo impulsivo de enfrentamiento de situaciones conflictivas (<i>coping</i>) Respuestas contra fóbricas o de ataque	Ingreso al sistema escolar Peleas con compañeros de clases Desacuerdo parental en estilo de crianza y reglas de funcionamiento
3.- Presentación Se refiere a responder la pregunta de por qué ahora se presenta el problema, cuál es el contexto y la condición actual.	Dieta con uso excesivo de colorantes o alimentos estimulantes (evidencia menor)	Incapacidad de responder a las exigencias escolares actuales Desmotivación ante la exigencia	Ambiente restrictivo Mayor exigencia académica y pobre respuesta de organización escolar	Cambio de colegio Coerción parental de ajuste conductual Disciplina y desacuerdos en el comportamiento actual Estigmatización del "niño difícil"
4.- Patrones Identificación de los síntomas agrupándolos en categorías sindromáticas o patrones de funcionamiento. Manifestación por áreas de desarrollo (semiológico descriptivo)	Descontrol de impulsos <i>Sd. hiperkinético</i> (alto nivel de actividad desorganizada) Coexistencia de otros síndromes o trastornos del desarrollo sintomáticos	Desarrollo de un comportamiento inquieto compensatorio a sentirse menoscabado Tendencia al paso al acto o <i>acting out</i> . Irritabilidad	Bajo rendimiento académico. Síndrome de disfunción ejecutiva Distracción y desorganización en el ambiente. Inquietud cuando se espera que esté calmado. Disrupción. Agresión	Conducta opositorista con interferencia en las relaciones Peleas y arrebatos "el niño escolar problema" o "el niño con necesidades especiales"
5.- Perpetuación Identifica los factores que puedan estar en el entorno del niño o en él y que tienden a permanecer, aunque sean removidos los factores precipitantes.	Disposición neuroanatómica a la disfunción ejecutiva frontoestriatal Inmadurez emocional	Impacto del bajo rendimiento académico en la autoestima y autoimagen Sensación de baja autoeficacia	Estilo negativo de creencia: "no soy capaz" Ganancia secundaria al quedarse por suspensión de clases Padres: información negativa, sesgada del uso de fármacos	No aceptación del colegio a evaluaciones diferenciadas Apego inseguro. Negligencia. Abuso Focalización en los aspectos negativos del comportamiento sin reforzar la conducta positiva
6.- Potenciales Fortalezas y del paciente y factores de protección. Aquellas condiciones que le permiten al niño continuar y seguir fortaleciendo su desarrollo.	Efecto remedial de los fármacos al déficit neuropsicológico Presencia limitada de comorbilidad de trastornos del neurodesarrollo	Motivación al cambio Capacidad lúdica Deseo de conocimiento	El entrenamiento parental y la consejería son efectivos en reducir la sintomatología hiperactiva Ausencia de discapacidad intelectual	Ausencia de hostilidad de los padres hacia el niño Tendencia pro social Inserción comunitaria en grupos de orientación familiar (padres-hijo)
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.	Sin tratamiento la hiperactividad e impulsividad puede evolucionar a agresión y conducta antisocial; la desatención a falta de organización de tareas	Un ambiente tolerante y emocionalmente acogedor facilita la expresión emocional de los conflictos y la organización conductual	La terapia conductual asociada al uso de fármacos mejora el control de la conducta agresiva en el hogar Una baja puede reforzar conductas impulsivas y trasgresoras	Los pacientes con TDAH no tratados tienen más riesgo de abuso de drogas en la adolescencia y problemas conductuales. Un ambiente protegido (familia, escuela) evita conductas trasgresoras o antisociales

Bibliografía consultada:

Manassis K. (2014). Case formulation for school-age children. In: Case Formulation with Children and Adolescents, 151-164. Ed. The Guilford Press.
 Sonuga-Barke E. & Taylor E. (2015). ADHA and hyperkinetic disorder. In: Rutter's Child and Adolescent Psychiatry. 6ª Ed, 738-756. Blackwell Publishing.
 Stubbe DE. (2000). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Child Adolesc Psychiatric Clinics* 9, 3.

Finalmente, una vez confeccionada la tabla o grilla de referencia que da estructura a la FD integrativa y multidimensional, se debe proceder a enunciar los posibles diagnósticos clínicos sostenidos argumentalmente por el análisis psicopatológico, para posteriormente dar paso a la generación de un plan de intervención o tratamiento identificando especialmente los factores causales modificables. Como ya se ha dicho, el contenido escrito de la FD debe ser resumido y expuesto de modo que su narrativa sea comprensible y su argumentación final lo menos especulativa posible. Con un fin ilustrativo, en el cuadro suplementario 1 se presenta un ejemplo de caso clínico y en el cuadro suplementario 2 (ver material suplementario) se describe una FD para este caso destacando y ordenando la información recopilada. La tabla 3 representa hipotéticamente el caso expuesto.

Conclusiones

La FD guía el quehacer clínico en psiquiatría de niños y adolescentes. El proceso de FD integrativa y multidimensional hace posible construir un marco de referencia para comprender la presentación de la sintomatología de un paciente en el contexto de su condición actual, sus factores de riesgo y su capacidad de modificación y respuesta ante la adversidad de la presencia de un trastorno o dificultad psicológica con significado clínico. La FD sintetiza el estado actual del paciente incluyendo una causa hipotética de los trastornos o problemas que lo aquejan y un plan inicial de intervención general.

En este artículo, en su primera parte se define lo que se entiende por FD, en una segunda sección se revisaron las consideraciones a tomar en cuenta cuando se busca distinguir lo normal de lo patológico en un comportamiento determinado como también el análisis de los síntomas en un contexto de una FD. En la tercera parte se propone una FD integrativa y multidimensional construida desde las perspectivas 7P y biopsicosocial, relacional, cultural y espiritual complementada en su base de análisis con la perspectiva de psicopatología del desarrollo. El presente artículo busca resaltar desde el modelo propuesto la dinámica de los factores orgánicos, psicológicos, sociales, relacionales y contextuales en la aparición de un cuadro psicopatológico a la luz del desarrollo evolutivo del paciente. Se ejemplifica lo anterior con un caso clínico hipotético.

Algunas de las limitaciones que la FD propuesta podría tener son el riesgo de "desmembramiento" de la persona del paciente por medio de la construcción de un entramado o grilla que ensombrezca o distorsione la captación de la persona total del paciente, es decir, saber que le ocurre al niño y no saber quién es el niño. Otro riesgo

de utilizar grillas en una FD es ajustar forzosamente los contenidos a ellas, analizando hipótesis y diagnósticos conectado más con la evidencia teórica que con el paciente propiamente tal.

La FD integrativa y multidimensional propuesta puede ser una herramienta útil de aprendizaje y de fácil enseñanza en programas de residencia en psiquiatría infanto-juvenil, siendo un marco de referencia de análisis clínico de casos en la medida que se cuente con supervisión docente.

Referencias

Achenbach TM & Edelbrock C. (1993). Diagnóstico, taxonomía y evaluación. *Psicopatología Infantil*. Ollendick T.H. & Hersen M. (Eds). Martínez Roca, 75-94.

Artigas J. (2000). Aspectos neurocognitivos del Síndrome de Asperger. *Rev Neurol Clin* **1**, 34-44.

Artigas- Pallarés J, Guitart M & Gabau-Vila E. (2013). Bases genéticas de los trastornos del desarrollo. *Rev Neurol* **56**, 23-34.

APA (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, VA, American Psychiatric Association, Washington.

Berrios G. (2000). Concepto de psicopatología descriptiva. En: *Psicopatología descriptiva. Nuevas tendencias*. Luque R. & Villagran JM (eds), 109-145. Trota S.A.

Byrne P & Byrne N. (2008). Approach to the patient. In: *Psychiatry. Clinical Cases Uncovered*, 1-11. Willey-Blackwell

Cicchetti D & Rogosch F. (2002). A developmental psychopathology perspective on adolescence. *J Consult Clin Psychol* **1**, 6-20.

Curtis JT & Silberschatz G. (2007). The plan formulation method. In: T. D. Eells (Ed.), *Handbook of psychotherapy case formulation*, 198-220. Guilford Press

De Ajuriaguerra J. (1973). Lo normal y lo patológico. En: *Manual de Psiquiatría Infantil*, 134-155. Toray-Masson S.A.

Ebert M, Loosen P & Nurcombe B. (2008). Diagnostic Formulation, Treatment Planning and Modes of Treatment. In: *Current Diagnosis & Treatment in Psychiatry*. McGraw-Hill.

Eells TD (2007). History and current status of psychotherapy case formulation. In: TD. Eells (Ed.). *Handbook of psychotherapy case formulation*, 3-32. Guilford Press. Disponible en: <https://www.guilford.com/excerpts/eells.pdf>. Consultado 19/8/2018.

- Eells, TD. (2009). Contemporary themes in case formulation. In: P. Sturmey (Ed.), *Clinical case formulation: Varieties of approaches*, 291–315. Wiley-Blackwell.
- Eisler I & Lask J. (2010). Family interviewing and family therapy. In: *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. Rutter M, Bishop D, Pine D, Scott S, Stevenson J, Taylor E & Thapar A. (Eds.), 1062-1078. Blackwell Publishing.
- Ghaemi N. (2008). El statu quo. El dogmatismo, el modelobiopsicosocial y las alternativas. En: *Psiquiatría Conceptos*. Gahemi N. (Ed.). Mediterráneo, 33-53.
- Jeammet PH, Reynaud M & Consoli S. (1989). Significación del síntoma en Psiquiatría. En: *Psicología Médica*, 138-141. Masson.
- Jellinek M & McDermott J. (2004). Formulation: Putting the diagnosis into a therapeutic context and treatment plan. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **43**, 913-916.
- Kline S & Cameron PM. (1978). Formulation. *Can Psychiatr Assoc J* **23**, 39-42.
- Havighurst SS & Downey L. (2009). Clinical reasoning for child and adolescent mental health practitioners: The Mindful formulation. *Clin Child Psychol Psychiatr* **14**, 251-271.
- Henderson S & Martin A. (2014). Case Formulation and integration of information in child and adolescent mental health. IACAAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health, 5-7. Disponible en: <http://iacapap.org/wp-content/uploads/A.10-CASE-FORMULATION-2014.pdf> consultado 17-07-2018. Consultado 19/8/2018
- Hollis C & Palaniyappan (2015). Schizophrenia and psychosis. In: *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. Thapar A, Pine D, Leckman J, Scott S, Snowling M & Taylor E. (Eds.). 6ª ed., 774-792. Wiley-Blackwell.
- Ingram BL. (2012). A framework for clinical case formulations. In: *Clinical case formulations: Matching the integrative treatment plan to the client*, pp. 3-18. Wiley & Sons.
- Lazare A. (1976). The psychiatric examination in the walk-in clinic. Hypothesis generation and hypothesis testing. *Arch Gen Psychiatry* **33**, 96-102. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1976.01770010060012>. Consultado 19/8/2018
- Luppi AB & Asociación Franco-Argentina de Psiquiatría y Salud M. (2004). Clasificación francesa de los trastornos mentales del niño y el adolescente: CFTMEA-R-2000. Asociación Franco-Argentina de Psiquiatría y Salud Mental. Polemos.
- Manassis K. (2014). Benefits of case formulation and a conceptual framework. In: *Case Formulation with Children and Adolescents*, 1-23. The Guilford Press.
- Manassis K. (2014). Case formulation for school-age children. In: *Case Formulation with Children and Adolescents*, 151-164. Ed. The Guilford Press.
- Marcelli D. (2007a). Lo normal y lo patológico. En: *Psicopatología del Niño*, 47-59. Elsevier Masson.
- Marcelli D. (2007b). Exploración del niño. En *Psicopatología del Niño*, 60-74. Elsevier Masson.
- Marcelli D. (2007c). Principales fuentes teóricas de la paidopsiquiatría clínica. En *Psicopatología del Niño*, 6-46. Elsevier Masson.
- Maughan B & Rutter M. (2010). Development and psychopathology: a life course perspective. In: *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. Rutter M, Bishop D, Pine D, Scott S, Stevenson J, Taylor E & Thapar A. (Eds.), 160-181. Blackwell Publishing.
- Moreau D & Mufson L. (1997). Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. In: *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. O'Brien J. (Eds.). pp. 97-110. W.B. Saunders Company.
- OMS, CIE-11 (2018). Trastornos Mentales y del Comportamiento. 11ª Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- Pacheco B & Riquelme MS. (2017). Cómo realizar una evaluación psiquiátrica integral en niños y adolescentes. *ARS Médica Revista de Ciencias Médicas* **42**, 55-66.
- Persons JB & Tompkins MA. (2007). Cognitive-behavioral case formulation. In TD. Eells (Ed.). *Handbook of psychotherapy case formulation* (2nd. ed), 290–316. Guilford Press.
- Real Academia Española. (1984). *Diccionario de la Lengua Española*, p. 493. Madrid, España: Autor.
- Rojas-Orrego A & Barón O. (2009). Algunos aportes de la escuela francesa a la psiquiatría de niños y de adolescentes. *Rev Colomb Psiquiat*, **38**, pp. 66-81.
- Rutter M & Sroufe LA. (2000). Developmental psychopathology: Concepts and challenges. *Dev Psychopathol* **12**, 265-296.
- Sonuga-Barke E. & Taylor E. (2015). ADHA and hyperkinetic disorder. In: *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. 6ª Ed 738-756. Blackwell Publishing.

- Sroufe LA & Rutter M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child Development* **55**, 17–29.
- Stubbe DE. (2000). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Child Adolesc Psychiatric Clinics* **9**, 3.
- Steiner H, Huemer J, Stemmler G, Hall R & Hayward C. (2011). Psychiatry diagnosis, case formulation and treatment planning along the principles of developmental psychiatry. In: *Handbook of Developmental Psychiatry*, 19-61. World Scientific Publishing.
- Sturme P. (2009). Case formulation: A review and overview of this volume. In: *Clinical case formulation: Varieties of approaches*. P. Sturme (Ed.), 3–30. Willey-Blackwell.
- Syms A. (2008a). Conceptos fundamentales en psicopatología descriptiva. En: *Síntomas mentales. Introducción a la Psicopatología descriptiva*, 15-37. Ed. Triacastella
- Tischler G. (1989). Evaluación del DSM -III. En: *Tratado de Psiquiatría*. Kaplan H. & Sadock B. (Eds.). Tomo 1, (2ª ed.), 611-615. Salvat.
- Wachtel E. (1994). Entrevista a solas con los padres: comprender sus inquietudes. En: *La clínica del niño con problemas y su familia*, 48-76. Amorrortu.
- Winters NC, Hanson G & Stoyanova V. (2007). The case formulation in child and adolescent psychiatry. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am* **16**, 111-132.