

FORMULACIÓN DE CASO E INTEGRACIÓN DE INFORMACIÓN EN SALUD MENTAL INFANTIL Y ADOLESCENTE

Schuyler W. Henderson & Andrés Martín

Editores: Juan José García-Orozco, Matías Irrarázaval & Andrés Martín

Traducción: Juan José García-Orozco, Paula Placencia Morán & Laura Revert



Sesión en el Departamento de Desarrollo Infantil, Duhok, Iraq

Foto: Dr. Abdulbaghi Ahmad

Schuyler W Henderson MD, MPH

Director Asociado de Formación, Departamento de Psiquiatría Infantil y Adolescente de la Universidad de New York; Asistente de la Unidad Principal, 21S, Hospital Bellevue, New York NY, EE.UU.

Conflictos de intereses: Ninguno reportado

Andrés Martín MD, MPH

Profesor en Riva Ariella Ritvo, Centro de Estudios Infantiles, New Haven, CT, EE.UU.

Conflictos de intereses: Ninguno reportado

Parte de este material es una adaptación de un capítulo que escribí sobre este tema: Henderson SW, Martín A. Formulación and Integration. In: *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook*, 4th Edition. A Martin, FR Volkman editors, Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins.

Esta publicación está dirigida a profesionales en formación o en práctica en salud mental y no para el público general. Las opiniones vertidas en este libro son responsabilidad de los autores y no representan necesariamente el pensamiento del Editor o de IACAPAP. Esta publicación busca describir los mejores tratamientos y prácticas basados en la evidencia científica disponible en el tiempo en que se escribió tal como fue evaluado por los autores, y estos pueden cambiar como resultado de una nueva investigación. Los lectores deberán aplicar este conocimiento a los pacientes en concordancia con las directrices y leyes del país de su ejercicio profesional. Algunos medicamentos pueden que no estén disponibles en algunos países por lo que los lectores deberán consultar la información específica del fármaco debido a que no se mencionan todas las dosis ni los efectos no deseados. Las citas de organizaciones, publicaciones y enlaces de sitios de Internet tienen el fin de ilustrar situaciones o se mencionan como una fuente adicional de información; lo que no significa que los autores, el editor o IACAPAP avalen su contenido o recomendaciones, que deberán ser analizadas de manera crítica por el lector. Los sitios de Internet, a su vez, también pueden cambiar o dejar de existir.

©IACAPAP 2018. Esta es una publicación de acceso libre bajo la licencia [Creative Commons Attribution Non-commercial License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/). El uso, distribución y reproducción a través de cualquier medio están permitidos sin previa autorización siempre que la obra original esté debidamente citada y su uso no sea comercial. Enviar comentarios sobre este libro o capítulo a jmrey@bigpond.net.au

Cita sugerida: Henderson SW, Andrés Martín. Formulación de casos e integración de información en Salud Mental infantil y adolescente. (García-Orozco JJ, Irrarázaval M, Martín A, ed. García-Orozco JJ, Placencia P, & Revert L. trad.). En Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría y Profesiones Aliadas de Niños y Adolescentes, 2016.

Ser capaz de formular un caso es una de las de las habilidades fundamentales para los médicos que trabajan en salud mental infantil y adolescente, pero no es una habilidad sencilla de dominar. La formulación de casos implica transformar la narrativa del paciente y toda la información derivada de los exámenes, entrevistas con los padres y profesores, y los informes médicos y escolares en una historia coherente y no necesariamente muy larga, que ayudará a desarrollar un plan de tratamiento (véase el capítulo A.11). La formulación es una síntesis refinada de experiencias complicadas de un niño y su familia, en una sinopsis realizable y con sentido (Winters et al, 2007), pero una buena formulación es más que un resumen: proporciona información que puede no ser evidente en los diferentes apartados que por separado conducen a ella.

EL FORMATO DE UNA FORMULACIÓN

La formulación tiene que transmitir los signos y síntomas relevantes, así como los negativos pertinentes (es decir, síntomas clave ausentes); proporcionar contextos significativos y explicativos para estos signos y síntomas, incluyendo el contexto familiar, social, educativo y cultural; justificar el diagnóstico (o su ausencia, en su caso); y describir las opciones de tratamiento en base a las consideraciones diagnósticas.

Los componentes principales que forman parte de una formulación diagnóstica tienden a seguir una estructura estándar con una serie de puntos comunes para guiar al lector: fuente de referencia, datos de identificación, historia de la enfermedad actual, antecedentes psiquiátricos y médicos significativos, contexto psicosocial, estado mental, consideraciones diagnósticas y planificación del tratamiento (Tabla A.10.1). La coherencia en la arquitectura de la formulación permite a los médicos seguir una ruta común, acorde con los detalles y matices importantes.

Ya sea en estudios de casos psicoanalíticos o en breves presentaciones durante las visitas de sala, y a través de sistemas y países, el formato de la formulación es el mismo. Dentro de este amplio formato, hay dos modelos comunes que pueden ayudar a organizar la columna vertebral conceptual de la formulación. Estos son la *formulación biopsicosocial* y de las *cuatro Ps*.

EL MODELO BIOPSIOSOCIAL

A medida que las ciencias biológicas se hicieron cada vez más sofisticadas y dominantes en el siglo XX, surgió la preocupación sobre el valor de los factores no biológicos en la etiología, presentación y tratamiento de enfermedades y trastornos. A la vista de estos cambios, Meyer (1948) promovió el enfoque *psicobiológico*, posteriormente desarrollado y propuesto por Engel, como el denominado “modelo biopsicosocial”, que describió como una “forma de pensar que permite al médico actuar racionalmente en áreas, hasta ese momento excluidas, de un enfoque racional” (Engel, 1980). Durante las últimas tres décadas, el modelo biopsicosocial se ha convertido en el modelo más común para la formulación de un caso en los círculos de salud mental y ha sido ampliamente aceptado en medicina.

El objetivo fundamental del modelo es prevenir el reduccionismo, particularmente el reduccionismo biológico, asegurando que los factores psicológicos

- ¿Tiene alguna pregunta?
- ¿Alguna sugerencia?

Haga clic aquí para ir a la página de Facebook del libro de texto y poder intercambiar sus puntos de vista sobre el Libro de Texto con otros lectores, consultar a los autores o editor y plantear sugerencias.

Reduccionismo

“Una línea de pensamiento que sostiene que un sistema complejo no es más que la suma de sus partes y que, por consiguiente, puede reducirse al conjunto de los componentes individuales” (<https://es.wikipedia.org/wiki/Reduccionismo>).

En psicología, el reduccionismo por lo general se refiere a teorías o explicaciones que simplifican demasiado los procesos cognitivos o conductuales, a menudo mediante la exclusión de diferentes perspectivas, y al hacerlo de este modo, se ignora las complejidades de la mente. Un ejemplo de reduccionismo sería atribuir conductas de manera exclusiva a procesos biológicos, sin tener en cuenta las influencias familiares y/o sociales.

Tabla A.10.1. Componentes básicos de una formulación diagnóstica

COMPONENTE	CONTENIDO:
<i>Fuentes de información</i>	Paciente, información colateral, registros médicos.
<i>Motivo de consulta</i>	Lo que le trae al paciente.
<i>Historia de la enfermedad actual</i>	Síntomas, curso, severidad, eventos desencadenantes, factores de riesgo.
<i>Historia psiquiátrica previa</i>	Evaluaciones previas, terapias, hospitalizaciones, medicamentos y tratamientos; historia de agresiones o daño a sí mismo o a otros, historia de abuso de sustancias.
<i>Historia médica previa</i>	Enfermedades, hospitalizaciones, cirugías y medicamentos, incluyendo remedios caseros y medicinas alternativas, etc.
<i>Historia psiquiátrica y médica familiar</i>	Factores de riesgo y factores protectores en la historia psiquiátrica y médica familiar, especialmente abuso de sustancias, suicidio e historia cardíaca (p.e., muertes súbitas).
<i>Historia social</i>	Constelación familiar, relación con pares, interacciones con los servicios sociales y legales, eventos clave como la inmigración.
<i>Historia educacional</i>	Escuelas, nivel de estudios, calificaciones, educación ordinaria o especial, cambios de colegio, expulsiones.
<i>Historia del desarrollo</i>	Embarazo, parto y nacimiento, hitos de la infancia; estadios del desarrollo motor, cognitivo, social y conductual.
<i>Pruebas psicológicas</i>	Coficiente Intelectual, pruebas de funcionamiento adaptativo, evaluaciones del habla y lenguaje.
<i>Exploración del estado mental</i>	
<i>Evaluación</i>	Diagnósticos, hipótesis de causalidad.
<i>Plan</i>	Objetivos y opciones de tratamiento, otras personas o recursos de contacto.

y sociales no sean excluidos (ver Tabla A.10.2). El modelo biopsicosocial puede parecer un mediador neutral entre los tres dominios pero, muy específicamente, no es neutral: pretende oponerse al reduccionismo biomédico, psicológico y social. Independientemente de las lesiones anatómicas y de las etiologías psicológicas o sociales obvias, este modelo insiste en que los tres dominios deben ser considerados. De este modo, se ha convertido en un modelo poderoso y exitoso para los médicos en todos los campos de la medicina.

El dominio *biológico* se circunscribe a los aspectos neuropsiquiátricos, genéticos y fisiológicos, centrándose, pero no limitándose, a las operaciones

Tabla A.10.2: Los componentes del modelo biopsicosocial

BIOLÓGICO	PSICOLÓGICO	SOCIAL
<ul style="list-style-type: none"> • Historia familiar • Genética • Desarrollo Físico • Constitución • Inteligencia • Temperamento • Comorbilidades médicas 	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo emocional • Estructura de personalidad • Autoestima • Introspección • Defensas • Patrones de conducta • Patrones cognitivos • Respuestas a sucesos estresantes • Estrategias de afrontamiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Constelación familiar • Relación con pares • Escuela • Vecindario • Influencias étnicas • Aspectos socioeconómicos • Cultura(s) • Religión(es)

Mecanismos de defensa

Los estilos de afrontamiento o mecanismos de defensa son “mecanismos que median las reacciones del individuo a los conflictos emocionales y a los factores estresantes externos” (American Psychiatric Association, 2000 p821). Los mecanismos de defensa disfuncionales permiten que las personas eviten la realidad u ocasionan el agravamiento de los problemas, mientras que las habilidades de afrontamiento funcionales nos ayudan a hacer frente a la realidad.

Los mecanismos de defensa son parte de la vida cotidiana. Normalmente uno no es consciente de su empleo. Las defensas son:

- Un medio importante para la gestión de conflictos y afectos.
- Relativamente inconscientes.
- Diferentes unas de otras
- Reversibles
- Adaptativas, así como patológicas (Vaillant, 2012).

El DSM-IV TR en el Apéndice B (American Psychiatric Association, 2000, pp. 811-813) describe una larga lista de mecanismos de defensa. Los más comunes, desde inmaduros a maduros, incluyen:

- **Negación**, cuando las personas se niegan a aceptar la verdad o enfrentarse a la realidad (al enterarse de la muerte de una mascota, un niño dice “no, mi perro sigue vivo.”).
- **Represión** implica “olvidar” algo malo o desagradable (por ejemplo, olvidar una reunión con alguien que no nos agrada).
- En el caso de la **regresión** volvemos al comportamiento de un niño, por lo general como una respuesta al estrés (por ejemplo, un adulto se abraza a un viejo juguete cuando se siente enfermo con la gripe).
- En el **desplazamiento** uno transfiere los sentimientos propios (por lo general ira) fuera del objeto de cólera a una víctima inocente (por ejemplo, la discusión con la pareja después de tener un conflicto en el trabajo; “patear al gato”).
- **Proyección** nos conduce a proyectar en los demás nuestros sentimientos o inseguridades (por ejemplo, “¿qué estás mirando; no te gusta lo que llevo puesto?” Cuando uno está preocupado por lo que lleva puesto).
- **Formación reactiva** es cuando los individuos expresan en su comportamiento lo contrario de sus sentimientos internos (por ejemplo, llevarle un café al jefe en lugar de decirle que estás enfadado con él).
- En la **racionalización** las personas se ocupan de los factores estresantes conflictivos o desagradables, justificándolos (por ejemplo, un accidente de tráfico debido al exceso de velocidad, explicándolo como un hecho estadístico).
- La **sublimación** se produce cuando el factor estresante o el conflicto emocional son tratados mediante la canalización de los impulsos desadaptativos en actividades productivas (por ejemplo, una persona que fue desatendida durante su infancia canaliza estos sentimientos en ayudar a otras personas).

Para saber más sobre los mecanismos de defensa en los niños puede leer [el artículo de Carol Kurtz Walsh](#).

funcionales del cerebro y lo que podría estar afectándole directamente. La dimensión *psicológica* incluye una evaluación de la estructura psicológica del niño, incluyendo las fortalezas y vulnerabilidades, y ofrece la oportunidad de incluir principios psicodinámicos como mecanismos de defensa, patrones de conducta impulsados consciente e inconscientemente, respuestas al trauma y al conflicto, transferencia y contratransferencia. La dimensión *social* sitúa al niño en su comunidad, explorando las relaciones con la familia y amigos, así como en las organizaciones colectivas culturales, como la escuela, la religión, la clase socioeconómica y el origen étnico.

Los defensores del modelo biopsicosocial argumentan convincentemente que dicho enfoque es necesario debido a que un “enfoque amplio [es] esencial para evitar la conclusión prematura de nuestros esfuerzos para entender las necesidades del paciente, una visión de túnel o un enfoque demasiado estrecho para el tratamiento” (Jellinek y McDermott, 2004). Además, es particularmente útil para los psiquiatras, que están en una posición única dentro de la medicina, para abordar las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales del paciente (Gabbard y Kay, 2001), y por lo tanto son responsables de estar en sintonía con cada uno.

Sin embargo, los críticos del modelo, también convincentemente, señalan que el modelo biopsicosocial “no hace referencia a la manera de comprender estos aspectos en diferentes condiciones y circunstancias” (Ghaemi, 2003, 2009). Al tiempo que se insiste en que el materialismo médico o el dogmatismo psicológico y social no pueden ser suficientes, este modelo no guía al clínico sobre cómo ponderar las contribuciones relativas de cada uno de los componentes en cada paciente concreto. Si un niño está siendo acosado y tiene una tía que está deprimida, y siempre se ha observado que es aprensivo, el modelo biopsicosocial proporcionaría espacio para que cada uno de estos hechos encajase, pero ninguna orientación sobre lo que debe ser abordado en primer lugar, qué es más importante, qué tratamiento debe aplicarse, etc.

Un defecto adicional en este sentido es que debido a que el modelo es escéptico sobre el papel de la biología, la psicología y la sociedad, aquellos que prefieren un ámbito particular pueden dedicar su atención a éste, mientras que se refieren a los otros de manera superficial con un par de frases breves (Jellinek y McDermott, 2004). En particular, el dominio “social” es a menudo el menos explorado (Grunebaum, 2003). Virchow, el médico alemán, dijo que “la medicina es una ciencia social”, y aunque la psiquiatría tiene una larga historia de colaboración con la sociología (Bloom, 2005), las intersecciones académicas y clínicas entre la salud mental y otras ciencias sociales siguen permaneciendo inexploradas. Esto es especialmente cierto en lo que respecta a los niños, muchos de los cuales acuden a los profesionales de la salud mental infantil y adolescente debido fundamentalmente a aspectos sociales, como la impulsividad y la hiperactividad en el aula, conflictos con los padres, absentismo y el rechazo a la escuela u otros trastornos externalizantes (Centers for Disease Control and Prevention, 2005), y donde al componente “social”, no obstante, se le otorga escasa importancia.

La crítica más preocupante al modelo biopsicosocial es que no se combinan o integran las tres dimensiones por más que en líneas generales se unan mediante la proximidad entre sí en la formulación. Por tanto, cómo los factores sociales, biológicos y psicológicos se integran queda sin respuesta (McLaren, 1998).

El modelo biopsicosocial ha sido un paso hacia el replanteamiento del

Materialismo médico, dogmatismo psicológico y social

El materialismo médico es la creencia de que una explicación fisiológica o biomédica es suficiente para explicar los comportamientos anormales o atípicos, y por tanto, es una forma de reduccionismo. El término fue utilizado por [William James](#), que se manifestó en contra de explicar experiencias psíquicas diversas o atípicas como una enfermedad mental.

El dogmatismo psicológico o social es la creencia de que la psicología o el entorno social, respectivamente, son la única causa de comportamientos anormales o atípicos, como cuando, por ejemplo, el comportamiento disruptivo en niños se atribuye únicamente a un entorno social caótico.

reduccionismo y una oportunidad para generar hipótesis sobre las etiologías multideterminadas, lo que puede conducir a la mejora de la capacidad para una mayor síntesis y conocimiento (Freedman, 1995). Sin embargo, esto no es suficiente ni apenas satisfactorio.

LAS CUATRO Ps

El modelo de las Cuatro Ps es más sofisticado que el modelo biopsicosocial ya que proporciona un marco que establece una cronología y una etiología en la formulación y sugiere cómo y dónde pueden realizarse las intervenciones. Este modelo organiza la presentación del paciente en factores *Predisponentes*, *Precipitantes*, *Mantenedores* y *Protectores* (equivalentes en castellano del inglés *Predisposing*, *Precipitating*, *Perpetuating* and *Protective* factors) (Tabla A.10.3):

- Los factores *predisponentes* son la constelación de características que convierten al niño en vulnerable para la presentación de síntomas, como son los antecedentes familiares, la genética, la historia médica y psiquiátrica, y factores estresantes crónicos sociales.
- Los factores *precipitantes* identifican los síntomas actuales y el razonamiento diagnóstico sobre el papel de eventos desencadenantes y enfermedades concurrentes.
- Los factores *mantenedores* son los que hacen que el trastorno perdure, como la gravedad de la enfermedad, problemas de adherencia al tratamiento y factores predisponentes y precipitantes no resueltos.
- La cuarta P, los factores *protectores*, describe las fortalezas de un paciente, su resiliencia y los apoyos. Aunque otros modelos incluyen las fortalezas, este modelo las pone en primer plano de forma explícita.

Tabla A.10.3. Ejemplos donde el modelo biopsicosocial cumple con el modelo de las Cuatro Ps.

LA 'P' CARACTERÍSTICA Y LA PREGUNTA DESENCADENANTE	BIOLÓGICO	PSICOLÓGICO	SOCIAL
Predisponente <i>¿Por qué yo?</i>	Carga genética	Defensas inmaduras	Pobreza y adversidad
Precipitante <i>¿Por qué ahora?</i>	Reacción iatrogénica	Pérdidas recientes	Estresantes escolares
Mantenedor <i>¿Por qué continúa?</i>	Pobre respuesta a la medicación	Falta de apoyo escolar	Incapacidad de asistir a terapia por el horario de trabajo de los padres
Protector <i>¿En qué puedo apoyarme?</i>	Historia familiar de respuesta al tratamiento	Conciencia de estar enfermo	Comunidad y fe como fuentes de apoyo

El modelo de las Cuatro Ps pueden ser fácilmente utilizado en conjunción con otros modelos. Por ejemplo, puede ser combinado con el modelo biopsicosocial (ver Tabla A.10.3). También se puede utilizar como modelo para organizar una formulación psicodinámica, comenzando con las vulnerabilidades *predisponentes*, la estructura de la personalidad, y la historia; seguido de eventos vitales o traumas *precipitantes*; conductas desadaptativas y resistencias *mantenedoras*; y facetas *protectoras* de la identidad.

Las Cuatro Ps se pueden utilizar con el Modelo de Resolución Colaborativa de Problemas (RCP o CPS en inglés) (Greene & Ablon, 2005). El modelo RCP evalúa exhaustivamente los déficits cognitivos en relación con la tolerancia a la frustración, la flexibilidad y la resolución de problemas, y es un ejemplo de un enfoque colaborativo de la formulación, con los cuidadores que se unen para comprender al niño y entonces trabajar con éste para evitar comportamientos peligrosos o agresivos. Ya que el niño también está involucrado en la formulación del plan, las cuatro Ps proporcionan una forma concreta de organizar los diferentes factores que conducen a comportamientos problemáticos de una manera comprensible tanto para el personal como para los pacientes.

El enfoque RCP se extiende en los factores precipitantes y mantenedores, especialmente aquellos relacionados con el aprendizaje del niño (incluyendo su aprendizaje social). Por lo tanto, esto permite al personal clínico formular intervenciones apropiadas, comprobables y específicas para cada paciente, basadas en las conductas observadas y en el análisis de los desencadenantes (eventos precipitantes), factores estresantes continuos (factores mantenedores), y las fortalezas en que se puede apoyar (factores protectores). Esta combinación de la formulación Cuatro P y del modelo CPS puede ser particularmente apropiado en las unidades de hospitalización (Greene et al, 2006).

Del mismo modo, Havinghurst y Downey (2009) proponen una Formulación de Atención Consciente (Mindful). Después de recoger la información, la formulación de la atención consciente utiliza una plantilla de “patrones” en donde las respuestas afectivas, conductas y cogniciones del niño son agregadas en cuatro dominios:

- Funcionamiento del niño.
- Funcionamiento de los padres/cuidadores/hermanos/otros significativos
- Relaciones con el niño y entre otros significativos; y
- Relaciones con y en la comunidad.

El objetivo es tratar de discernir los patrones de fortaleza, así como los patrones de debilidad y vulnerabilidad y después usar estos patrones para dar cuerpo a las cuatro Ps.

Los elementos biológicos, psicológicos y sociales pueden incluirse dentro de cada categoría. Las limitaciones del modelo de las cuatro Ps incluyen: el formato no estandarizado (no se empieza una formulación con “factores predisponentes”) y una incomoda superposición entre las categorías. Hay poca consolidación de muchos factores, excepto en cómo afectan a la sintomatología del paciente, aunque una fortaleza del modelo es que es explícito en la organización de los factores potencialmente etiológicos.



LA VARIEDAD DE FORMULACIONES

Tauber escribe que en la ciencia “las observaciones asumen su significado dentro de un contexto particular, porque los hechos no son sólo productos de la sensación o la medición, como los positivistas afirmaron, sino que residen dentro de un marco conceptual que sitúa el hecho en una imagen inteligible del mundo” (Tauber, 2005). La formulación no tiene un formato neutro que recoge hechos organizados desapasionadamente. Existe la capacidad de elegir qué datos incluir y cuáles rechazar, como ordenarlos y presentarlos, produciendo un producto cargado de valor. La formulación es, de este modo, una condensación de valores que recoge la naturaleza del encuentro entre el médico y el paciente; los objetivos prácticos; la formación y la experiencia; y la ética implícita y explícita.

“La formulación no tiene un formato neutro que recoge hechos organizados desapasionadamente”.

Lugar

La estructura de la formulación puede depender más de donde se realiza la entrevista clínica que de la narrativa del paciente. A modo de ejemplo, en un servicio de urgencias, un excelente profesional en formación con un interés desde hacia tiempo en el psicoanálisis estaba presentando formulaciones razonadas y profundas, concentrándose en el desarrollo de conflictos con la familia y los pares. Aunque esos problemas no eran irrelevantes, no ayudaban al equipo a decidir qué opciones de tratamiento se requerían en ese momento o qué servicios inmediatos deberíamos ofrecer a la familia. Las formulaciones del profesional en formación eran, sin embargo, muy útiles en sus casos en terapia a largo plazo. Al educar sobre cómo hacer formulaciones apropiadas al servicio de urgencias, el alumno fue capaz de construir formulaciones psicodinámicas consistentes con otras observaciones e informaciones que nos permitieron hacer planes de tratamiento para las familias en ese momento.

Una formulación debe reflejar los imperativos del sistema en el que se produce el encuentro con el paciente y por tanto reflejar las prioridades clínicas. Una formulación puede centrarse en la gravedad y la agudeza de los síntomas y las

necesidades de un paciente en un servicio de urgencias; puede desarrollar un plan de trabajo y de planificación de tratamiento en una unidad de hospitalización; puede narrar el florecimiento gradual de relaciones, defensas y catexias (inversiones emocionales) cultivadas y analizadas en un tratamiento psicodinámico. Los valores de cada entorno clínico se reflejan en cómo la evaluación y el tratamiento del niño serán formulados.

“Una formulación debe reflejar los imperativos del sistema en el que se produce el encuentro con el paciente y por tanto reflejar las prioridades clínicas”.

Valor para el tratamiento

Uno de los objetivos de la formulación es guiar el tratamiento (incluyendo el no tratar, si está justificado). Por lo tanto, la estructura de la formulación estará influenciada por las opciones terapéuticas (ver capítulo A.11). Dependiendo del tipo de tratamiento, el médico seleccionará las preguntas y las áreas de evaluación a explorar. La formación, prejuicios y experiencias del médico influyen en qué preguntas hacer y lo que es explorado; una de las ventajas de aprender diferentes perspectivas y técnicas de formulación es que permite al clínico concienciarse de sus propios prejuicios, además de permitirle ser explícito acerca de su punto de vista y por qué se llega a determinadas opciones terapéuticas.

Valores etiológicos

¿Qué causa los trastornos, problemas, afecciones o enfermedades mentales? ¿Qué factores conspiran para hacer que un niño abandone la escuela? El modelo biopsicosocial y el modelo de las cuatro Ps crean un espacio en el que estas preguntas pueden ser contestadas y, sin embargo, no dan una respuesta. Los modelos no son pronósticos por sí mismos. Algunos han sugerido que deberíamos utilizar modelos menos frágiles y menos vagos, modelos que afirmen con más seguridad las causas (no con arrogancia, sino basándose en lo que conocemos como médicos y respetando lo que sabemos de nuestra ciencia e historia, y así sucesivamente).

El modelo de las Cuatro Perspectivas

Para ofrecer una alternativa al modelo biopsicosocial se postula otro modelo, las *Cuatro Perspectivas* (que no debe confundirse con el de las cuatro Ps) (ver Tabla A.10.4). El modelo de las Cuatro Perspectivas, permite caracterizar a las enfermedades mentales no basándose en el modelo biopsicosocial sino en la etiología y las opciones terapéuticas (McHugh y Slavney, 1998). El concepto de pluralismo, definido por Havens (2005) como un proceso de “métodos mejorados, no mezclados”, ha impregnado profundamente el modelo de las Cuatro Perspectivas.

Cada una de las Cuatro Perspectivas, posee un paradigma terapéutico:

- *Enfermedad*, la piedra angular de la perspectiva biomédica, se refiere a una entidad clínica, una condición patológica con una etiología específica y con un pronóstico probable. El tratamiento de la enfermedad implica la prevención y la cura mediante intervenciones que afectan directa o indirectamente al proceso patológico y/o producen alivio sintomático (pudiendo, por supuesto, incluir intervenciones psicológicas).
- *Dimensiones*, que se basan en vulnerabilidades debidas a la posición de una persona dentro de los rangos psicológicos (como la discapacidad intelectual o el temperamento). Son abordadas mediante el



Haga clic en la imagen para escuchar “Un caso, Dos formulaciones: Perspectiva psicodinámica y cognitivo-conductual” (35:17) (en inglés).

asesoramiento.

- *Comportamientos*: acciones desadaptativas o indeseables encaminadas a lograr un fin, que deben mejorarse, parar o interrumpirse, mediante intervenciones sociales, psicológicas y/o médicas.
- La *historia de vida* es la cuarta perspectiva, que se basa en la reconstrucción de narrativas mediante la psicoterapia. El tratamiento generalmente se orienta a estados emocionales de angustia y actúa mediante la interpretación.

McHugh (2005) advierte sobre los posibles efectos adversos de cada intervención: todos los medicamentos pueden ser tóxicos; el asesoramiento puede ser paternalista; la interrupción puede ser estigmatizadora; y las interpretaciones pueden ser hostiles. Evaluar y reconocer los posibles efectos adversos es un punto clave en la formulación, así los profesionales de la salud mental pueden colaborar plenamente de una forma clara y empática con el paciente y su familia.

En una publicación anterior (Henderson & Martin, 2007), propusimos otra categoría, *requisito*, para ser incluida en la formulación de las Cuatro Perspectivas. El requisito es lo que es necesario para la intervención. Para que un tratamiento biomédico sea eficaz, debe haber una evaluación del cumplimiento o adherencia al tratamiento. Mediante el asesoramiento, debe identificarse el potencial para el desarrollo que se puede alcanzar con dicha ayuda. Por ejemplo, al trabajar con un paciente con discapacidad intelectual, deben ser evaluadas las fortalezas intelectuales, vocacionales y profesionales. Cambiar el comportamiento requiere voluntad para cambiar, que puede ser intuitiva, como en el caso de un joven que desea dejar de fumar marihuana y avanzar de la precontemplación a la contemplación, o generada a través de un sistema de refuerzo positivo y negativo. Y para que las interpretaciones sean efectivas, se debe tener en cuenta la visión del paciente.

Una formulación basada en las Cuatro Perspectivas tomaría como punto de partida conceptual una creencia sobre la presentación clínica del paciente, que permanecería versátil en la formulación global, y que luego orientaría la formulación hacia intervenciones específicas. Una de las ventajas del modelo de las Cuatro Perspectivas es que hace “explícitos aspectos del razonamiento sobre pacientes que a menudo son confusos o implícitos” (McHugh y Slavney, 1998).



Algunos de los participantes en el Seminario de Investigación Helmut Remschmidt de la IACAPAP, Pekín, 21-26 Febrero, 2010

Tabla A.10.4 Las Cuatro Perspectivas*

PERSPECTIVA	TRATAMIENTO	PROBLEMA/CRÍTICA	REQUISITO
Enfermedad Lo que el paciente <u>tiene</u>	Fármaco	Los medicamentos pueden ser tóxicos	Adherencia
Dimensión Lo que el paciente <u>es</u>	Asesoramiento	El asesoramiento puede ser paternalista	Identificación de fortalezas
Conducta Lo que el paciente <u>hace</u>	Interrupción	La interrupción puede ser estigmatizadora	Voluntad de cambio
Historia vital Lo que el paciente <u>quiere</u>	Redefinición	Las interpretaciones pueden ser hostiles	Introspección

*adaptado de McHugh and Slavney (1998)

La formulación pluralista se desarrollaría mientras el profesional de salud mental establece qué categorías, perspectivas o dimensiones describen mejor la afección del niño; por lo tanto, la formulación explicaría cómo, una vez evaluadas las necesidades y conociendo las preocupaciones, establecer de forma apropiada la prescripción terapéutica.

El enfoque biológico (modelo de enfermedad), es más apropiado para afecciones como el trastorno bipolar, la esquizofrenia y el síndrome de Rett, que para el dolor. El enfoque conductual, que aborda los comportamientos dañinos conocidos, puede ser más apropiado para el abuso de sustancias (aunque, por supuesto, las intervenciones médicas dirigidas a la adicción como enfermedad pueden aceptarse como complementarias). El *modelo de historia vital* se orienta hacia la comprensión y narración de factores estresantes y sería más útil para el duelo después de una pérdida o el estancamiento en la trayectoria vital.

Cultura

La formulación puede integrar el contexto individual con el cultural, sin el cual puede no ser posible comprender completamente al paciente. La formulación cultural en sí misma incluye varios componentes:

- La identidad cultural del individuo (incluyendo las afiliaciones culturales con las que se autoidentifica, idiomas hablados, y los niveles de participación con las culturas de origen y de acogida/culturas dominantes).
- Las explicaciones culturales de la enfermedad (por ejemplo, los significados locales, las explicaciones culturales para los síntomas y las

expresiones idiomáticas para describir la enfermedad).

- Las adaptaciones culturales al medio ambiente y a los factores productores de estrés (por ejemplo, factores estresantes específicos en la comunidad, así como áreas de apoyo en la comunidad, incluyendo las posibles fuentes de colaboración); y
- Las áreas culturales de convergencia y divergencia entre el clínico y el individuo (American Psychiatric Association, 1994; Pumariega et al, 2013).

Prestando atención a estos puntos permite realizar evaluaciones culturalmente válidas, pero además puede ser esencial en la formulación de planes de tratamiento que sean aceptables para el paciente (Lewis-Fernández y Díaz, 2002). La cultura está en todas partes, y los niños generalmente la exploran con ahínco. De todas las culturas en las que los niños participan, algunas son más importantes que la cultura de la propia infancia. Una buena formulación incluirá la relación del niño con esta rica cultura, incluyendo las interacciones de éste con sus compañeros y la participación en los rituales propios de la infancia, así como la dedicación a la televisión, los videojuegos, los deportes, las películas y los libros.

LOS USOS DE LA FORMULACIÓN

La formulación es un generador de hipótesis que cambia con el tiempo dependiendo de otros encuentros clínicos, nueva información y la evolución de los conocimientos del clínico sobre el niño. Entonces, ¿cuál es el propósito de la formulación?

Antes de centrarse en la práctica, recordemos que la formulación es una forma en la que el clínico entiende y explica lo que le sucede al paciente. Tal y como fue propuesto por Jaspers, la comprensión y la explicación son maneras distintas de conocer al paciente (Jaspers, [1913] 1997). La profundidad de nuestra comprensión de la experiencia de un paciente puede no explicar la etiología de un síntoma que conduzca al tratamiento y, asimismo, un modelo conductista puede no recoger de forma adecuada la experiencia del paciente. Sin embargo, la formulación permite al clínico equilibrar su comprensión del paciente y sus explicaciones.

Entender a un paciente requiere una valoración de sus experiencias, esperanzas e inquietudes, que se adquiere a través de escuchar, hablar y relacionarse con éste (al igual que con su familia y otras personas que tienen un papel importante en su mundo). La explicación de los síntomas del paciente tiene dos dimensiones: interpretativa – donde se utilizan las teorías psicológicas, sociológicas y neurobiológicas, idealmente de una forma explícita y basada en la evidencia – con el fin de identificar los factores que contribuyen; y explicativa – que conecta estos factores con la experiencia del paciente. Comprensión y explicación actúan de forma conjunta.

La formulación es, ante todo, un modo de comunicación. Su utilidad depende de la audiencia: cartas de consulta, informes de alta; informes previos para que una compañía de seguros autorice un tratamiento; propósitos legales, etc.

Etapas del modelo del cambio

Diferentes personas se encuentran en diferentes etapas en relación con el cambio. Identificar en cuál de ellas se encuentra una persona permite una mejor elección de las intervenciones de tratamiento.

Las etapas del cambio ampliamente utilizadas son cinco:

- **Precontemplación**, cuando el joven no ve la necesidad de cambiar.
- **Contemplación**: se reconoce la necesidad de cambiar, pero uno es ambivalente respecto a tomar las medidas necesarias para cambiar o se está demasiado preocupado por los aspectos negativos del cambio.
- **Preparación**: cuando la persona es consciente de los beneficios de cambiar y da pequeños pasos para lograrlo.
- **Acción**: el joven está dando pasos hacia un cambio significativo.
- **Mantenimiento**: el joven ha logrado el cambio y es capaz de evitar con éxito una recaída.

Este modelo fue desarrollado inicialmente para el tratamiento de abuso de sustancias, pero ahora es ampliamente utilizado para describir situaciones en las que se busca el cambio conductual.

Una formulación es un modo de comunicación y una manera en la que el clínico puede entender y explicar lo que le sucede al paciente.

ESCRIBIR UNA CARTA DE CONSULTA

Las cartas de consulta son otra área en la que la formulación es esencial. Generalmente se cree que la escasa comunicación entre los profesionales de la salud es responsable de muchos problemas. En un preocupante estudio, los autores revisaron 150 cartas de evaluación de psiquiatras en una clínica en Rotherham, Reino Unido, y descubrieron que el 94% de ellas no incluía una formulación del caso (Abbas et al, 2013).

¿A qué debe asemejarse una carta de consulta? Keely et al (2002) proporcionan una guía útil.

Información

- Explicar el propósito de la consulta desde el principio.
- Explicar la función que tendrá la carta (por ejemplo, qué se incluirá en la carta, por ejemplo información clínica, diagnóstico y recomendaciones de tratamientos).
- Incluir una formulación adecuada del caso.
- Incluir la justificación del diagnóstico y planes claros para el seguimiento.
- La carta es también una herramienta educativa, por lo que puede incluir referencias y explicaciones para educar a los distintos destinatarios potenciales de la carta.

Redacción

- Conozca a su público: escriba la carta sabiendo quién va a leerla (incluyendo potencialmente a múltiples profesionales diferentes, padres, abogados, compañías de seguros y organismos forenses).
- Recuerde que su público puede incluir al paciente y a su familia.
- Asegúrese de que sea comprensible para todos sus lectores, incluyendo la información necesaria.
- Debe ser clara y bien organizada.



- Fácilmente legible (y, en la era de los ordenadores, digitalizable): párrafos claros, puntos clave.
- Asegúrese de que los aprendices adquieran experiencia y son supervisados escribiendo cartas.

¿Qué *no* se debe incluir en una carta de consulta?

Ser capaz de escribir discretamente sobre actividad sexual, drogas, conflictos con la familia y otros temas es una habilidad importante a desarrollar. Esto plantea la cuestión más amplia de que la formulación requiere habilidades de comunicación que sean sensibles a las relaciones éticas y clínicas. La formulación incluye estos *valores*, así como también los de exactitud y veracidad – debe transmitir el material clínico teniendo en cuenta al paciente, confidencialidad y privacidad; no debe incluir información que no es relevante para los problemas actuales.

En esta era de Twitter y mensajería de texto, las cartas deben ser breves e ir al grano. Es poco probable que profesionales lean una carta de más de una o dos páginas. Por ejemplo, los médicos generales/médicos de familia querrán hallar en la carta: la formulación del psiquiatra, incluyendo un diagnóstico provisional; una explicación de la afección del paciente, incluyendo lo que se le ha dicho al paciente/familia; una evaluación del riesgo de suicidio, cuando sea pertinente; el tratamiento recomendado o administrado; sugerencias para el seguimiento, si las hay; y el pronóstico, si es posible (Wright, 1997).

NIÑOS Y FORMULACIONES

Los modelos para la formulación han sido derivados típicamente de la psiquiatría del adulto. A pesar de que la psiquiatría infantil y adolescente ha contribuido mucho a la psiquiatría del adulto, y viceversa, el *mantra* de que los niños no son simplemente “adultos pequeños” es más cierto que nunca con respecto a la salud mental y la experiencia de los jóvenes de hoy en día.

¿Cómo adaptamos específicamente las formulaciones para los niños?

Argot

El lenguaje de la formulación debe ser preciso y relevante para la vida del niño. Esto significa resistirse a usar terminología técnica, debiendo usar con precaución lenguaje que puede haber sido derivado y epidemiológicamente justificado en poblaciones adultas. Los niños son frecuentemente remitidos para la evaluación del estado mental, incluso por otros profesionales de salud mental, siendo el motivo de consulta “alucinaciones auditivas”, aunque no necesariamente tienen que estar teniendo alucinaciones auditivas, sino que pueden haber contestado “sí” a preguntas que para ellos son confusas y extrañas y que posiblemente se aproximan a su experiencia, o que son contestadas de forma concreta (“¿oyes voces?”). Aunque el motivo de derivación puede justificar la evaluación experta, la posterior formulación debe resistirse a usar el término *alucinación auditiva*, a menos que dicho término esté clínicamente justificado y no, por ejemplo, cuando el niño está

acostado en la cama, intentando dormirse, y está asustado por recuerdos vivos de una película de terror que vio la noche anterior.

Motivo de consulta

Por lo general es una sola línea o un síntoma, pero con niños que son traídos por los adultos, vale la pena considerar la evaluación de dos motivos de consulta principales: el motivo de los adultos y el del niño (que, ciertamente, será a menudo “no sé”).

Inclusión de la escuela y la familia como categorías explícitas y separadas

Aunque esto también podría ser bueno para los pacientes adultos (enfocándose en el empleo, en lugar de la escuela), estas áreas deben ser evaluadas explícita y exhaustivamente en los niños, y por lo tanto deben ocupar secciones propias en una formulación, en vez de estar incluidas dentro del general apartado “social”. Los factores estresantes en la familia y la escuela pueden reflejar los síntomas de un niño, exacerbarlos o, incluso, ser fundamentalmente etiológicos. De hecho, no hay situaciones en las que la clínica que presenta un niño en consulta no refleje dificultades en alguna de estas áreas, ya sea porque el niño esté reaccionando a factores estresantes, provocando problemas con su conducta en estas áreas, o que los síntomas estén siendo exacerbados por lo que está experimentando en casa o en la escuela.

Ver el Apéndice para un ejemplo de formulación focalizada en diferentes aspectos de acuerdo con diferentes modelos.

Desarrollo

Los niños necesitan una evaluación más profunda del desarrollo. Gran parte del diagnóstico y plan de tratamiento se basará en lo que es típico o atípico en la edad de ese niño y cómo los síntomas de presentación afectarán al desarrollo posterior.

El desarrollo a menudo tiene su propia sección en la formulación, pero se puede correr el riesgo de hacer una breve sinopsis de las etapas del desarrollo, sin integrar específica y cuidadosamente las mismas en todos los aspectos de la formulación. Esto puede ser un problema porque, por ejemplo, frecuentemente hay una sensación de *gestalt* si la hiperactividad o el mal humor se consideran excesivos, y porque, a veces, muchos comportamientos bastante “típicos” se unen para producir una constelación de síntomas que serían perjudiciales.

Modelos del desarrollo

La formulación no puede ir de etapa en etapa, como las de Freud, Erikson y Piaget, por ejemplo, sin exceder la longitud de este capítulo; la formulación requiere tomar decisiones. En este sentido, al igual que en otros, los niños sufren las consecuencias de las desavenencias y malentendidos entre las diferentes profesiones de la salud mental y las orientaciones teóricas. Usar varios paradigmas no implica necesariamente lealtad o dogmatismo. Esto no quiere decir que todos los modelos de desarrollo son igualmente válidos, pero la capacidad de utilizar o rechazar diferentes modelos no debe basarse en la competición profesional. Aunque todo el mundo cambia con el tiempo, los niños están en un torbellino de crecimiento y maduración, acumulando lenguaje y conocimientos, experimentando con su mundo en expansión, adquiriendo pericia en unas tareas, mientras se introducen en otras más complicadas diariamente. Este proceso no es sencillo y debe verse mejor como una evolución puntuada que como una progresión suave y uniforme;

el curso trazado por el niño en desarrollo depende de factores biológicos, de la constelación familiar y de las circunstancias sociales. Sin embargo, una apreciación básica de los logros esperados puede situar al niño y alertar al clínico de retrasos y trastornos. Al respecto, una herramienta útil para la formulación puede ser una evaluación de las tareas del niño en los ámbitos del desarrollo motor, cognitivo y social, basada en modelos que incluyan las etapas de Piaget del desarrollo cognitivo y las tareas de Erikson. Expresando el desarrollo del niño en estos términos, la formulación tendrá un valor longitudinal adicional, al igual que las tablas de crecimiento son un mapa de la trayectoria física del niño.

El enfoque individual en la formulación

Los niños pueden ser los “canarios en la mina de carbón”. Los factores estresantes familiares pueden manifestarse en el comportamiento del niño, y saber que estos deben ser abordados – y cómo se articulan en el plan terapéutico – no sólo evitará que el niño reciba un tratamiento innecesario cuando mejores intervenciones podrían hacer frente a la situación, sino que además evitará que fracase el abordaje de los síntomas predisponentes y precipitantes.

CONCLUSIÓN

La formulación es una emocionante confluencia de ideas, donde los valores de los profesionales de salud mental infantil y adolescente convergen con la experiencia del paciente para crear una narrativa sobre dicho paciente que conduzca al tratamiento. Siendo un formato reiterativo y flexible, la formulación puede adaptarse a diferentes teorías y perspectivas para explicar qué les está sucediendo a nuestros pacientes mientras nos esforzamos para entenderlos mejor. A pesar de todas estas variables, la formulación no debe intimidar o ser incómoda. La ciencia de la formulación genera hipótesis, se modifica con nueva información y al servicio de explicaciones causales. El arte de la formulación no consiste en aportar instantáneamente el diagnóstico correcto sino más bien en proporcionar un retrato reflexivo y comprensivo de un niño en su mundo.

- ¿Tiene alguna pregunta?
- ¿Alguna sugerencia?

Haga clic aquí para ir a la página de Facebook del libro de texto y poder intercambiar sus puntos de vista sobre el Libro de Texto con otros lectores, consultar a los autores o editor y plantear sugerencias.

POR FAVOR IR AL APÉNDICE A.10.1 PARA REALIZAR EJERCICIOS DE APRENDIZAJE AUTÓNOMO Y PREGUNTAS DE AUTOEVALUACIÓN

REFERENCIAS

- Abbas MJ, Premkumar L, Goodarzi A, Walton R (2013). Lost in documentation: a study of case-formulation documentation in letters after outpatient assessment. *Academic Psychiatry* 37:336-338.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bloom SW (2005). The relevance of medical sociology to psychiatry: A historical view. *The Journal of Nervous and Mental Diseases* 193:77-84.
- Centers for Disease Control and Prevention. *Mental Health in the United States: Health Care and Well Being of Children with Chronic Emotional, Behavioral, or Developmental Problems—United States, 2001. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2005 Oct 7; 54(39):985-9.
- Engel GL (1980) The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry* 137:535-544.
- Freedman AM (1995). The biopsychosocial paradigm and the future of psychiatry. *Comprehensive Psychiatry* 36:397-406.
- Gabbard GO, Kay J (2001). The fate of integrated treatment: Whatever happened to the biopsychosocial psychiatrist? *American Journal of Psychiatry*. 158:1956-1963.
- Ghaemi SN (2003). *The Concepts of Psychiatry: A Pluralistic Approach to the Mind and Mental Illness*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Ghaemi SM (2009). *The Rise and Fall of the Biopsychosocial Model*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Greene RW, Ablon JS (2005). *Treating Explosive Kids: The Collaborative Problem Solving Approach*. New York: Guilford Press.
- Greene RW, Ablon JS, Hassuk B et al (2006). Use of collaborative problem solving to reduce seclusion and restraint in child and adolescent inpatient units. *Psychiatric Services* 57:610-612.
- Grunebaum H (2003). Biopsychosocial psychiatry. *American Journal of Psychiatry*. 160:186.
- Havens L (2005). *Psychiatric Movements: From Sects to Science*. New Brunswick : Transaction Publishers.
- Havighurst SS, Downey L (2009). Clinical reasoning for child and adolescent mental health practitioners: The Mindful formulation. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 14:251-271.
- Henderson SW, Martin A (2007). Formulation and integration. In A Martin & FR Volkmar (eds) *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook, 4th ed.* Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Jaspers K (1997 [1913]) *General Psychopathology, Volume 1*. Translated J Hoenig and Marian W Hamilton. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Jellinek MS, McDermott JF (2004). Formulation: Putting the diagnosis into a therapeutic context and treatment plan. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 43:913-916.
- Keely E, Dojeji S, Myers K (2002). Writing effective consultation letters: 12 tips for teachers. *Medical Teacher* 24:585-589.
- Lewis-Fernández R, Díaz N (2002). The cultural formulation: A method for assessing cultural factors affecting the clinical encounter. *Psychiatric Quarterly*, 73:271-295.
- McHugh PR (2005). Striving for coherence: psychiatry's efforts over classification. *Journal of the American Medical Association* 293:2526-2528.
- McHugh PR (2005). *The Mind Has Mountains*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- McHugh PR, Slavney PR (1998). *The Perspectives of Psychiatry* (2nd ed). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- McLaren N (1998). A critical review of the biopsychosocial model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 32:86-92.
- Meyer A (1948). *The Commonsense Psychiatry of Dr. Adolf Meyer*. New York: McGraw-Hill.
- Pumariega AJ, Rothe E, Mian A et al (2013). Practice parameter for cultural competence in child and adolescent psychiatric practice. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 52:1101-1115.
- Tauber AA (2005). Medicine and the call for a moral epistemology. *Perspectives in Biology and Medicine* 48: 42-53.
- Vaillant GE (2012). Lifting the field's "repression" of defences. *American Journal of Psychiatry* 169:885-887.
- Winters NC, Hanson G, Stoyanova V (2007). The case formulation in child and adolescent psychiatry. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 16:111-132.
- Wright AF (1997). What a general practitioner can expect from a consultant psychiatrist. *Advances in Psychiatric Treatment* 3:25-32.

Apéndice A.10.1

EJERCICIOS

Lea esta viñeta y escriba:

1. Una formulación siguiendo el modelo biopsicosocial centrándose en el riesgo de presentar un trastorno depresivo clínicamente significativo.
2. Una formulación siguiendo el modelo de las Cuatro Ps centrado en las tendencias suicidas.
3. Una carta al profesional de referencia indicando el resultado de su evaluación y sus recomendaciones.

Vea el modelo de respuestas en las páginas siguientes

FORMULACIÓN DE UN CASO

Se presenta un caso, seguido de una formulación biopsicosocial centrada en los factores de riesgo para la depresión, y una formulación según las Cuatro Ps centrada en las tendencias suicidas.

Una niña de catorce años, Sara, acude a consulta después de intentar tragarse un puñado de pastillas de litio durante una discusión con su padre. El padre la detuvo y acto seguido, ella tiró las pastillas al suelo.

En la entrevista el motivo de consulta es que estaba deprimida y enojada. Dice que estaba enfadada porque su padre quería que volviera a su ciudad natal para vivir con su madre. El padre se había ido enfadando cada vez más porque Sara estaba fumando mucha marihuana y fallando en la escuela. Sara dice que su estado de ánimo deprimido precedió al hecho de irse a vivir con su padre. Refiere que lleva meses con problemas para conciliar el sueño debido a que piensa en los fracasos del día, y después no puede despertarse porque está agotada tras una larga noche dando vueltas en la cama. Refiere que no puede concentrarse en su nueva escuela por lo que sale de clase todos los días y se va a fumar marihuana. Dice que le ayuda a concentrarse y relajarse, siendo el único momento en que disfruta de sus nuevos amigos. Echa de menos estar con sus antiguos amigos. Refiere no tener ningún deseo de morir en este momento pero que cuando se siente muy disgustada, piensa que le gustaría irse para siempre, sobre todo porque sus padres se arrepentirían y la echarían de menos.

Su padre añade que Sara ha estado irritable durante dos meses aproximadamente, desde que vino a vivir con él y que ella no era así cuando era una niña. Cuenta que ha empeorado recientemente, así como también su rendimiento escolar. Refiere que durante las discusiones que han tenido, ha dicho cada vez con mayor énfasis que desearía no estar viva. La llevó a un médico que le recetó litio para la labilidad emocional, la irritabilidad y los síntomas depresivos. Ni Sara ni su padre comentan que haya habido episodios psicóticos o síntomas maníacos, a pesar de que ha estado ansiosa a veces, de la misma forma que le pasaba a su madre. Su padre refiere que no tiene antecedentes psiquiátricos, pero la madre de Sara era “depresiva” y trató de suicidarse cuando éste le dijo que se iba a la ciudad.

Formulación biopsicosocial centrada en el riesgo de padecer un trastorno depresivo clínicamente significativo

Sara es una chica de catorce años con síntomas de depresión, incluyendo humor depresivo e irritabilidad, problemas de sueño, empeoramiento de concentración, rumiaciones negativas y una tentativa de suicidio frustrada reciente. Los riesgos biológicos para un trastorno depresivo incluyen la historia de labilidad emocional; el abuso de sustancias que puede estar exacerbando su depresión o afectando su rendimiento escolar; y la toxicidad del litio. Los factores psicológicos incluyen el estrés por la separación actual de los padres, el sentirse en medio de la relación de los padres y el fracaso escolar. Los factores sociales incluyen la disminución de la supervisión ahora que ella se ha ido a vivir con su padre, el distanciamiento de sus antiguos amigos y familia, y los conflictos con los nuevos amigos en la escuela.

Una formulación desde las Cuatro Ps para las tentativas suicidas

Sara es una chica de catorce años con síntomas de depresión y una tentativa de suicidio reciente. Los factores predisponentes para la tentativa suicida incluyen la historia de tentativas de suicidio de la madre; la ideación suicida de Sara, expresada como amenazas durante las discusiones con su padre; el tener menos supervisión y estar aislada en un nuevo entorno. Los factores precipitantes incluyen el estrés de mudarse a una nueva ciudad, ser nueva en la escuela y las peleas con su padre. Los factores mantenedores incluyen el tratamiento insuficiente y el empeoramiento de los síntomas depresivos. Los factores protectores incluyen las sólidas relaciones sociales anteriores a la mudanza, que pueden ser desarrolladas, y la voluntad de iniciar nuevos tratamientos.



Carta del psiquiatra infantil para el médico de familia

20 de enero de 2014

Estimado Dr NN,

Gracias por derivar a Sara, una chica de 14 años que vive con su padre, para evaluar las tentativas suicidas. La he visto a solas y junto a su padres en dos ocasiones. También he hablado con uno de sus profesores.

Motivo de consulta

Sara refiere haberse sentido infeliz y de mal humor desde hace unos meses, fumando marihuana y no rindiendo adecuadamente en la escuela. Su padre confirmó estos comportamientos y dijo que estaban teniendo cada vez más discusiones, motivadas por la preocupación por el consumo de marihuana y su deseo de que lo interrumpiera. En una de estas discusiones, ella trató de intoxicarse con los comprimidos de litio (prescritos por otro médico) en presencia de su padre. Ella negó tener un plan autolesivo en ese momento. Todo esto llevó a la derivación a Salud Mental. Su maestra refirió que Sara estaba teniendo dificultades para encontrar su sitio en la nueva escuela, teniendo pocos amigos y relacionándose con personas problemáticas.

Resumen de la historia

Sara es hija única. Los padres se divorciaron hace varios años, tras una considerable falta de armonía conyugal y después de que el padre decidiera venirse a vivir a la ciudad. Sara solía pasar las vacaciones con su padres y pidió venir a vivir con él hace dos meses. La relación entre Sara y su madre había sido tensa desde hace un tiempo. Su padre dice que no tiene antecedentes psiquiátricos pero que la madre de Sara era "depresiva" y trató de suicidarse cuando él dijo que se iba a vivir a la ciudad.

Resumen de la situación familiar

Sara nació después de un embarazo y un parto normales. Los hitos del desarrollo fueron normales y fue descrita como una niña brillante, feliz y cooperativa. Su rendimiento escolar estaba en la media y tenía algunos amigos. Tuvo la menarquia a los 12 años. Sus comportamientos parecieron cambiar en ese momento: se volvió malhumorada, tenía discusiones frecuentes con su madre y comenzó a desafiar los límites.

Breve historia del desarrollo

Sara acude bien peinada, apropiadamente vestida para tratarse de una mujer joven, y aparentando ser mayor de la edad que tiene. Fue elocuente y capaz de relatar una buena historia.

Sin embargo, era evidente la tensión entre ella y su padre. Cuando fue evaluada a solas, Sara era capaz de relatar una adecuada historia. Describió haber sido infeliz cada día desde hace un tiempo; había perdido interés en las actividades diarias y pasatiempos, había tenido pensamientos recurrentes de que estaría mejor muerta, principalmente tras las discusiones con su padre. Su rendimiento escolar, concentración y motivación se habían deteriorado también. Estaba durmiendo y comiendo más que de costumbre (atribuía esto al uso de la marihuana). Negaba alucinaciones y delirios, obsesiones y compulsiones y no había pruebas de ello. Parecía tener una inteligencia media, pero no se había evaluado formalmente. Sara parecía ser en parte consciente de su comportamiento y estar preparada para cooperar con el tratamiento, pero no estaba motivada para dejar de usar la marihuana en ese momento ("es la única cosa que disfruto ahora"). En una escala de valoración de la depresión puntuó como ligeramente deprimida.

Resumen de la Exploración del Estado Mental

Síntomas presentes

Síntomas clave ausentes

Conciencia del problema

Investigaciones

En resumen, Sara es una chica de catorce años con síntomas de depresión y una tentativa de suicidio reciente. Considero que su actual riesgo suicida es de leve a moderado. Como factores predisponentes para tentativas suicidas se incluyen la historia materna de tentativas de suicidios; la ideación suicida de Sara, expresada como amenazas durante las discusiones con su padre; el tener menos supervisión y el estar aislada en un nuevo entorno. Como factores precipitantes se incluyen el estrés de trasladarse a una nueva ciudad, estar en un nuevo colegio y peleas con su padre. Como factores mantenedores se incluyen el tratamiento inadecuado y el empeoramiento de los síntomas depresivos. Como factores protectores se incluyen las sólidas relaciones sociales antes de mudarse, que pueden ser desarrolladas, y la voluntad de iniciar nuevos tratamientos.

Formulación

Los síntomas de Sara son consistentes con una depresión mayor de severidad leve a moderada, comórbida con un trastorno por uso de marihuana. No se ha beneficiado del tratamiento con carbonato de litio.

Diagnóstico

Sugiero un manejo prudente, donde Sara sea tratada con terapia interpersonal o cognitivo conductual, dirigida inicialmente a sus síntomas depresivos y al uso de sustancias. Puede ser necesario incluir a su padre en la terapia. La medicación no se recomienda en esta etapa.

Resumen del manejo

Saludos.