

J. R. Gutiérrez-Casares
T. Alcaina
A. Pérez
I. Gálvez

Planificación clínico-terapéutica en psiquiatría del niño y del adolescente

Unidad de Psiquiatría Infantil
Hospital Infanta Cristina
Badajoz

Correspondencia

J. R. Gutiérrez-Casares.
Godofredo Ortega Muñoz 18, 4º, B.
06011 Badajoz

Clinical and therapeutical planning in child and adolescent psychiatry

RESUMEN

La utilización de una adecuada planificación clínico-terapéutica en psiquiatría del niño y del adolescente conlleva la realización de una serie de pautas específicas.

En la presente revisión se valora la integración de estas pautas en base a la consecución de una adecuada aplicación terapéutica.

PALABRAS CLAVE

Formulación clínica; Planificación terapéutica;
Historia clínica; Anamnesis.

ABSTRACT

The use of adequate clinical and therapeutic planning in child and adolescent psychiatry involves the performance of a series of specific rules.

In the present paper we evaluate the integration of these rules based on the acquisition of an adequate therapeutic application.

KEY WORDS

Clinical formulation; Treatment planning; Clinical card; Anamnesis.

128

"A DSM-II diagnosis is, however, not sufficient for treatment planning in most clinical situations. Psychiatrists need more data with which to plan clinical interventions. These data are obtained through a variety of clinical procedures, which collectively are called a psychiatric evaluation"

Lewis and Usdin 1982.

Cualquier esfuerzo dirigido a la consecución de una adecuada planificación clínico-terapéutica del niño y el adolescente debe comenzar por el conocimiento de las dificultades que esta tarea conlleva y del gran volumen de datos involucrados en ella.

No abundan los estudios específicos ni las normas generales que definan los méritos y las indicaciones específicas de cada una de las distintas modalidades terapéuticas en psiquiatría infantil, ni existe un acuerdo consensuado de como deben definirse y medirse las variables críticas implicadas en ellas.

Se acepta que, con sólo algunas excepciones, todos los tratamientos usados en adultos pueden ser utilizados en niños y adolescentes. El número de tratamientos utilizados así como su indicación y duración debe realizarse en base a una estructura racionalmente planificada que se conoce como *planificación terapéutica*.

Por regla general, en situación clínica cotidiana, el psiquiatra de niños y adolescentes realiza una *historia clínica* (Tabla 1). Entendemos por ésta el documento que contiene todos los datos médicos referentes a un determinado enfermo (anamnesis, examen físico/neurológico, examen mental, estudios analíticos y exploraciones complementarios) y que conducen a un diagnóstico específico y al tratamiento adecuado⁽¹⁾.

Formando parte del proceso de búsqueda de un diagnóstico, el psiquiatra realiza una *anamnesis* o recuerdo subjetivo propio (o comunicado por familiares)

de enfermedades o situaciones anteriores vistas como la historia previa de una enfermedad actual. Estos datos personales se complementan con datos acerca de la familia (anamnesis familiar) los cuales se extienden más allá de las enfermedades del individuo y abarca las que se han detectado en la estructura familiar⁽¹⁾.

Además, el psiquiatra lleva a cabo un *examen mental* basado en la situación psicopatológica actual así como una *exploración física* y, si es necesario, *neurológica*. Algunas veces, pueden solicitarse estudios especiales (estudios analíticos o exploraciones complementarias: psicometría, etc.).

Una vez recogidos todos los datos se realiza un *diagnóstico*, centrado en la valoración de los síntomas y signos que nuestro paciente comparte con otros y que pueden ser englobadas en una de las categorías psicopatológicas mayores (Tabla 2)⁽²⁾ y en uno, o varios, de los grupos diagnósticos de una de las clasificaciones generalmente aceptadas (DSM-III-R, CIE-10).

Una vez diagnosticado el cuadro clínico del paciente debemos realizar una adecuada *evaluación psiquiátrica*, la cual puede ser entendida como aquella actividad clínica dirigida a entender y definir la conducta de un niño o adolescente determinado (ya con un diagnóstico específico), a diferenciar sus características individuales y particulares y a valorar las posibles etiopatogenias implicadas en el trastorno⁽³⁾.

Ya que la conducta del niño en gran medida depende del contexto, se deben utilizar métodos específicos para evaluar el comportamiento del niño en el hogar (por los padres), en la escuela (por los maestros) y en la situación clínica (mediante la comunicación por el mismo niño y/o mediante la utilización de escalas clínicas específicas)⁽⁴⁾.

En la actualidad disponemos de métodos normalizados para valorar influencias de factores tales como la

Tabla 1 Planificación clínico-terapéutica. Historia clínica psiquiátrica

• Anamnesis	AMN
Personal/familiar	
Previa/Actual	
• Exploración física/neurológica	RF/FN
• Examen mental	EM
• Estudios analíticos	EAN
Exploraciones complementarias	ECO
• Diagnóstico	DgC ^o
• Evaluación psiquiátrica	EPSQ
• Formulación clínica	FC
• Planificación terapéutica	PT

Tabla 2 Categorías psicopatológicas mayores en niños y adolescentes

1. Trastornos del desarrollo
2. Trastornos mentales orgánicos
3. Trastornos del pensamiento
4. Trastornos afectivos, ansiedad y conflictos o síntomas neuróticos
5. Trastornos psicofisiológicos
6. Reacciones a un ambiente no favorable

Tabla 3 Factores que pueden condicionar la evaluación psiquiátrica

1. Fuente de referencia del niño
2. Quejas de los padres
3. Presencia de una determinada incertidumbre y su manejo por parte del psiquiatra
4. Estilo evaluativo del psiquiatra
5. Conocimiento de las posibilidades terapéuticas

discrepancia conyugal, la autoestima o la sensibilidad de un progenitor hacia los hijos. Funciones tales como el progreso escolar, el número y el tipo de amigo que hace y la autonomía general del niño o adolescente pueden ser evaluados de manera adecuada por maestros, compañeros o las personas que cuidan del niño o del adolescente⁽⁴⁾.

La evaluación psiquiátrica puede estar influenciada por distintos factores (Tabla 3).

La fuente de referencia puede influenciar la evaluación psiquiátrica a través de la "etiqueta" diagnóstica de derivación. Así los niños enviados desde las escuelas suelen llegarnos bajo la etiqueta de "trastornos del aprendizaje" y los niños bajo la protección de la administración con la de "mal comportamiento", "alteraciones de conducta" o "delincuencia".

Las quejas de los padres pueden reflejar sus propias quejas en relación con ellos mismos, así como las filias o las fobias familiares.

Toda situación exploratoria conlleva una determinada incertidumbre para el evaluador. El conocimiento, control y manejo, por parte del psiquiatra, de esta inevitable incertidumbre condiciona la estructura, duración e intensidad de las actividades dirigidas a la recogida de datos.

Hay evidencias de que los clínicos tienden a desarrollar estilos característicos de evaluación (estilos evaluativos) los cuales vienen a reflejar dos dimensiones básicas. Una se relaciona con el grado de estructuración dado a la entrevista y la otra, con el tipo de pensamiento usado por el clínico y que oscila desde la casi completa dependencia de la lógica a una dependencia mayor del pensamiento intuitivo.

Otra condicionante de la evaluación es el conocimiento por parte del psiquiatra de las posibilidades terapéuticas a través de las cuales puede influenciar los datos que emergen de la situación clínica actual.

Tal y como la entendemos actualmente, la Evaluación psiquiátrica habla del papel de los múltiples factores etiológicos en la producción del síndrome psiquiátrico específico de un niño o adolescente y tiene como resultado la construcción, por parte del psiquiatra, de un modelo del paciente llamado *Formulación clínica* (FC). Este modelo a pesar de nuestros intentos, es sólo una representación parcial del paciente y por ello debe estar abierto a continuas revisiones realizadas a partir de los datos aportados en el curso de la actividad clínica⁽⁵⁾.

La FC es una estructura necesaria para la posterior *Planificación terapéutica* (PT), la cual tiene como finalidad la formulación de el/los problemas que aquejan a un paciente y la elección, entre un amplio abanico de posibilidades, de las modalidades terapéuticas más eficaces. Puede definirse como el proceso que transcurre entre la formulación clínica y las recomendaciones terapéuticas finales (*Aplicación terapéutica*) (Fig. 1)^(5,6).

Una *Formulación clínico-terapéutica* (FCT) debe producir modelos que guíen al clínico en la práctica diaria y que faciliten el desarrollo, la asimilación y la integración de nuevos conocimientos derivados del paciente y de las circunstancias que le rodean.

Las características generales de una FCT adecuada son: su capacidad de integración de todos los datos disponibles, su adaptación a la situación clínica actual y a los diferentes diagnósticos y su adecuación a los recursos terapéuticos disponibles.

Pacientes con diferentes características personales o con diferentes diagnósticos es probable que respondan a distintos tratamientos. Algunos tratamientos pueden ser más efectivos para unos pacientes que para otros.

El terapeuta debe ser consciente de las intervenciones disponibles. Esto implica el conocimiento de las evidencias empíricas, de la utilidad de los distintos recursos terapéuticos, de la manera en que los tratamientos actúan y la posesión de un grado aceptable de experiencia en su uso. Finalmente, el terapeuta debe tener un conocimiento extenso de los posibles efectos secundarios de cada una de las modalidades terapéuticas.

Una vez realizado el diagnóstico, el primer componente de la formulación clínico-terapéutica es relacionar dicho diagnóstico con algún conocimiento científico que haya sido efectivo en el tratamiento de otros pacientes con ese mismo diagnóstico; el segundo componente es considerar las posibles causas del trastorno y relacionar el tratamiento con las hipótesis etiopatogénicas realizadas y el tercero es modificar las decisiones, tomadas en

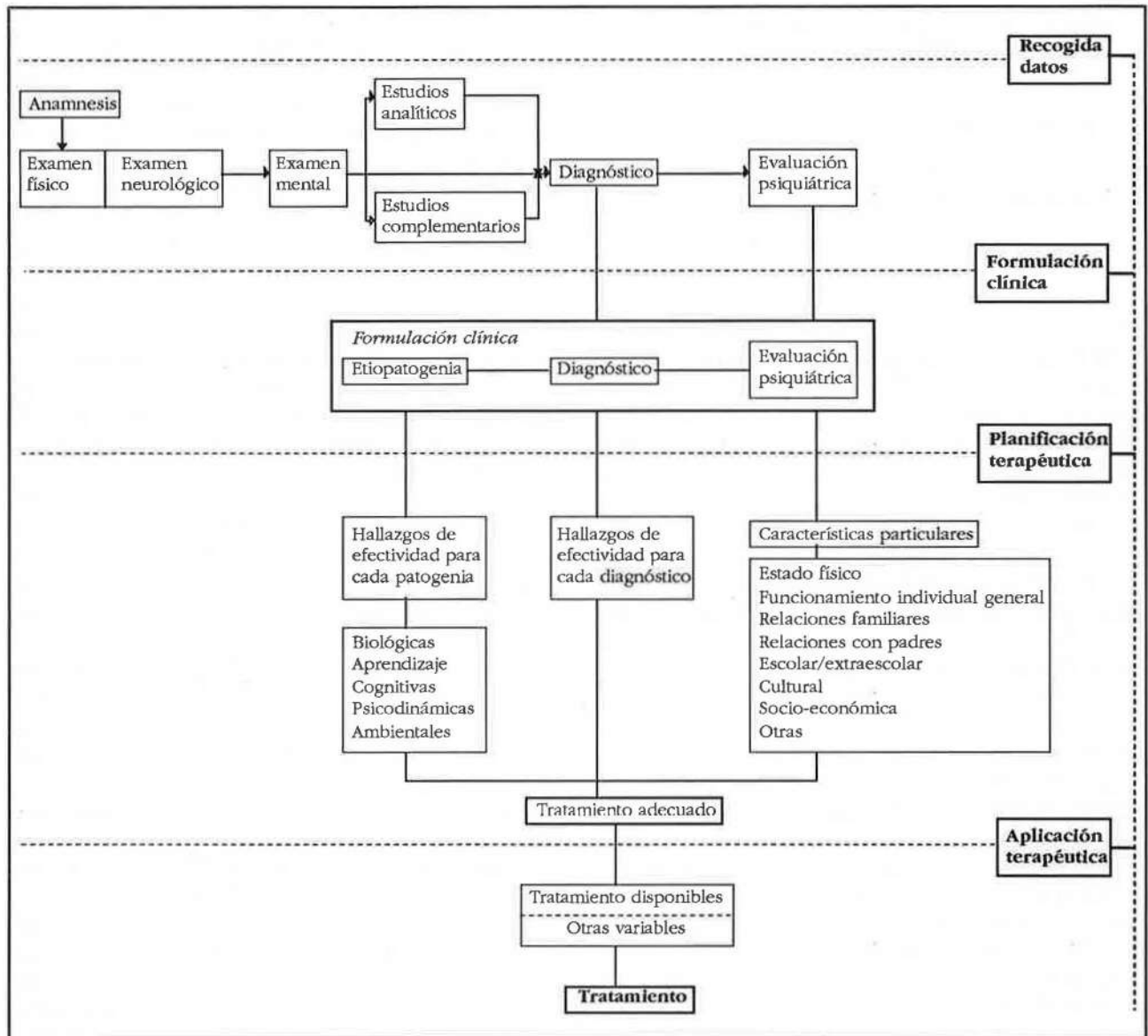


Figura 1. Planificación Clínico-Terapéutica. Diagrama de flujo.

función de los dos primeros componentes, para adaptarlas a la variables específicas del niño o adolescente a tratar.

PRIMER COMPONENTE: DIAGNÓSTICO

Se sabe que algunas intervenciones terapéuticas tienen una clara eficacia en el tratamiento de algunos diagnósti-

cos específicos (p. e. el uso de metilfenidato en los trastornos por déficit de atención o de imipramina en la enuresis nocturna) pero que en otras ocasiones puede no estar claro qué tipo de tratamiento es el de elección. En estos casos el clínico debe buscar en su experiencia intentando encontrar similitudes entre el paciente actual y algún otro paciente tratado anteriormente y utilizar aquellas intervenciones que tuvieron éxito en circunstancias similares.

Tabla 4 Formulación clínico-terapéutica: adaptación a las circunstancias individuales

- Estado físico
- Funcionamiento individual general
- Relaciones con pares
- Escuela y actividades extra-escolares
- Datos socio-económicos y culturales

SEGUNDO COMPONENTE: ETIOPATOGENIA

Así como las etiopatogenias de los distintos trastornos vayan siendo descubiertas, las posibilidades terapéuticas se volverán más específicas y definidas. Cuando un clínico realiza hipótesis sobre las distintas variables etiopatogénicas es necesario que investigue la actuación y la importancia de estas variables como factores predisponentes, desencadenantes o mantenedores de la psicopatología actual. Una aproximación etiopatogénica adecuada debe considerar cinco tipos de hipótesis: Hipótesis biológicas, Hipótesis de aprendizaje, Hipótesis cognitivas, Hipótesis psicodinámicas, e Hipótesis ambientales.

TERCER COMPONENTE: ADAPTACIÓN

El tercer apartado es la adaptación de las decisiones tomadas en base al diagnóstico y a la etiopatogenia a las circunstancias individuales del niño y el adolescente. Las más importantes aparecen especificadas en la tabla 4 y, como podemos ver, algunas de ellas guardan una importante correspondencia con los Ejes III (Enfermedad física coexistente o complicaciones), IV (Grado de estrés que precede al comienzo de la sintomatología) y V (Nivel adaptativo máximo en el año previo) de la DSM-III-R.

Otras variables a tener en cuenta a la hora de realizar una adecuada formulación clínico-terapéutica aparecen en la tabla 5.

PLANIFICACIÓN CLÍNICO-TERAPÉUTICA

Una vez que el clínico ha determinado si existen problemas en alguna de las categorías psicopatológicas mayores debe decidir si todos los problemas encontra-

Tabla 5 Formulación clínico-terapéutica: otras variables implicadas (modificado de Halleck)⁽⁷⁾

1. Capacidad para comunicarse verbalmente
2. Aceptación o rechazo del tratamiento
3. Edad y fase de desarrollo
5. Estilo atributivo del paciente
6. Cumplimiento del tratamiento
7. Factores culturales
8. Estatus familiar actual:
 - a) Rol en la familia
 - b) Patrón de hermandad
 - c) Estructura familiar, inmediata y extendida
 - d) Estatus marital
9. Peligro para él mismo o para otros
10. Grado y cualidad de la motivación
11. Historia del desarrollo precoz
12. Educación
13. Estatus financiero
14. Historia familiar/genética
15. Factores geográficos
16. Historia de tendencias antisociales
17. Pólizas de seguros (Seguridad Social)
18. Inteligencia
19. Interés y actividades
20. Estatus legal (padres/tutores)
21. Ocupación o estatus escolar
22. Experiencias de tratamientos pasados
23. Presencia y naturaleza de algún trastorno del aprendizaje
24. Episodios previos de la enfermedad
25. Mentalidad psicológica
26. Fortaleza o debilidad psicológica
27. Soporte psicológico disponible
28. Calidad de las relaciones objetales
29. Raza y etnia
30. Factores religiosos
31. Severidad del estrés presintomático
32. Desarrollo sexual. Rol e identidad sexual
33. Estado de la enfermedad

dos requieren intervención. El paciente debe recibir tantos tipos diferentes de intervenciones como sean necesarias, pero no más de las necesarias⁽⁷⁾.

Sólo en raras ocasiones todos los problemas encontrados van a necesitar un tratamiento estructurado. Afortunadamente, en psiquiatría infanto-juvenil es posible realizar una intervención terapéutica en un área determinada y, si la intervención es adecuada, encontrarnos con una mejoría importante de otras áreas o del funcionamiento general del niño o adolescente⁽⁸⁾.

Si después de una adecuada valoración aparecieran varias áreas deficitarias, es muy conveniente valorar el

132 orden en el que vamos a abordarlas o la necesidad de abordar varias de ellas simultáneamente. Si existiera un problema que amenazara la vida o la salud física del paciente, éste debe ser tratado en primer lugar. Una regla general es la actuación sobre los "Puntos de máxima influencia"⁽⁶⁾ o puntos en los que es mayor la capacidad de alianza de las personas implicadas y en los que de su resolución se derivan mayores beneficios para todos los implicados.

Otras circunstancias a tener en cuenta cuando se planifican prioridades en el tratamiento de niños o adolescentes con problemas múltiples son la presencia de resistencias que interrumpan o dificulten el tratamiento; de rasgos indicadores de una mayor motivación para el cambio y el conocimiento de las fuerzas o actuaciones que han sido utilizadas por la familia en el pasado para conseguir progresar adecuadamente⁽⁶⁾.

Planificación terapéutica diferencial

Consiste en la selección, en orden de prioridad, de una aproximación curativa, correctiva o paliativa al niño o adolescente, a su familia y, si fuera necesario, a su medio ambiental⁽⁵⁾.

Es necesario formular el problema con suficiente sentido común como para que pueda ser entendido por el niño y por las personas que nos lo han derivado y con la información necesaria para responder a preguntas relacionadas con los objetivos a corto, medio y largo plazo, así como tener definidos los criterios de alta o de traslado a otros sistemas de tratamientos así como los criterios de revisión y corrección de la propia planificación terapéutica.

En la PT el paciente y el terapeuta deben tener en mente unas metas terapéuticas determinadas. A veces, las metas del clínico y del paciente son idénticas pero no ocurre siempre. La meta terapéutica inicial es devolver al paciente a un estado lo más cercano posible al que tenía antes del episodio actual para lo cual deben elegirse, entre un amplio abanico de posibilidades terapéuticas, aquellas que sean más eficientes.

La ejecución de una PT adecuada debe estructurarse sobre una base de conocimientos entre los que podemos destacar:

- Conocimiento del curso habitual y del pronóstico (en los diferentes estadios evolutivos) de los distintos trastornos psiquiátricos de la infancia, niñez y adolescencia.

- Conocimiento de los principios, técnicas, indicaciones, contraindicaciones y limitaciones de las distintas modalidades terapéuticas que vamos a utilizar: consejo a los padres, tratamiento de los padres, modificación de conducta, psicofarmacología, psicoterapia breve, psicoterapias de larga duración, terapia de familia, terapia de grupo, terapia de "milieu" y consejo matrimonial.
- Conocimiento de otras posibilidades de ayuda y de las habilidades y roles de otras disciplinas así como de las técnicas en las que se basan los tratamientos interdisciplinarios o en colaboración.
- Conocimiento de las estructuras, requerimientos, flexibilidades, rigideces y costes de los distintos acuerdos o conciertos institucionales a través de los cuales se pueden realizar otros tipos de ayudas.
- Conocimiento de instituciones o estructuras sociales que pueden influir sobre el niño o el adolescente (Escuela, Juzgados, Servicios sociales, etc.) y del papel que juegan en el control, apoyo o interferencia del tratamiento.
- Conocimiento de la dinámica familiar y de los aspectos culturales, económicos, religiosos y morales que puedan influenciarla.

Indicadores generales de una PT competente

- Involucrar al niño/adolescente, a la familia y a otra persona relevante. Un tratamiento eficaz de los niños con trastornos debe involucrar a los padres, las autoridades escolares y otras personas que los cuidan, ya sea de forma estructurada (como en la terapia de familia) u oficiosa, mediante la orientación individual⁽⁴⁾.
- Conocimiento y respeto por los valores socio-culturales del paciente y de la familia.
- Aceptación de la buena voluntad y de las resistencias de la familia a iniciar la terapia
- Identificación de metas terapéuticas adecuadas
- Elección adecuada de las modalidades terapéuticas.
- Elección del lugar de tratamiento adecuado.
- Referir, cuando esté indicado, al paciente a otras fuentes de tratamiento.

La OMS⁽⁴⁾ hace hincapié en que el tratamiento no sólo debe tratar de identificar factores de predisposición intrapsíquicos e individuales, sino también considerar al niño como un ser social capaz de actuar y pensar en consonancia con los sistemas donde crece y se desarrolla.

Tabla 6 Opciones actualmente disponibles para el tratamiento de los trastornos emocionales y del comportamiento en los niños

<i>Tipo de tratamiento</i>	<i>Métodos específicos de tratamiento</i>
Tratamiento del comportamiento	Terapia del comportamiento Modificaciones del comportamiento Terapia cognoscitiva de problemas interpersonales Adiestramiento de los padres orientado al comportamiento Métodos de comportamiento aplicados en la escuela
Asesoramiento (Orientación psicológica)	Asesoramiento de los padres
Técnicas educativas y del comportamiento utilizables en programas de tratamiento en el hogar	(en particular para el autismo infantil)
Tratamiento farmacológico	Estimulantes en los estados hiperactivos
Psicoterapia	Orientación psicodinámica del niño Psicoterapia (Individual y en grupo) Terapia familiar

Las opciones actualmente disponibles para el tratamiento de los trastornos emocionales y del comportamiento en los niños aparecen representadas en la tabla 6.

A la hora de aplicar los principios generales de la PT a la psiquiatría del niño y del adolescente debe tenerse en cuenta el rápido crecimiento y los grandes cambios que ocurren durante los años de la infancia y de la adolescencia. Estos cambios se producen tanto en los aspectos físicos como en los mentales, sociales y relacionales.

Estos cambios madurativos no se producen de una manera uniforme ni con un ritmo constante de aceleración sino que ocurren bajo aceleraciones y regresiones bruscas en las que todos ellos están íntimamente relacionados.

Los padres deben incluirse en la PT siempre que sea posible. Este hecho puede ser complicado en el caso de adolescentes que acuden a consulta sin el conocimiento

de sus padres o que no quieran involucrarlos en el tratamiento.

Si bien una buena PT debe ser flexible y continuamente revisable, estas características se convierten en necesidades básicas cuando tratamos a pacientes adolescentes.

Teniendo en cuenta que el GAP⁽⁵⁾ considera que la adolescencia termina cuando determinadas metas han sido alcanzadas, algunos autores⁽⁶⁾ opinan que estas metas son las metas ideales y que es a su consecución donde debe encaminarse la relación terapéutica entre el psiquiatra y el adolescente:

1. Consecución de la separación e independencia de sus padres.
2. Establecimiento de una identidad sexual.
3. Compromiso con una actividad laboral.
4. Desarrollo de un sistema de valores morales.
5. Consecución de la capacidad para mantener relaciones interpersonales estables, para la ternura y para las experiencias sexuales.
6. Retorno emocional a los padres basado en una igualdad relativa.

La evaluación de los resultados del tratamiento en los niños plantea ciertos problemas vinculados específicamente con este grupo de edad. Reviste particular importancia la influencia del crecimiento y el desarrollo normales sobre la historia natural de los trastornos psiquiátricos en la niñez, sobre la sintomatología con que se manifiestan y sobre la interpretación del comportamiento observado. Por consiguiente, al evaluar intervenciones terapéuticas en los niños, siempre se deben estimar las probables contribuciones relativas de la intervención misma y del proceso natural de desarrollo y maduración⁽⁴⁾.

Es preciso considerar si los resultados deben evaluarse en función de los efectos, tanto a corto como a largo plazo, o si se seleccionará un tratamiento específico únicamente sobre la base de su eficacia a corto plazo. Dado que no es seguro que la eficacia de un tratamiento infantil pueda asegurar una buena salud mental en la vida adulta (por estar ésta condicionada por acontecimientos que puedan aparecer posteriormente) es más adecuado identificar como meta primaria del tratamiento la eficacia a corto plazo con respecto a cualquiera de los siguientes aspectos⁽⁴⁾: reducir los síntomas, facilitar el desarrollo biológico, social, cognitivo y afectivo normal, fomentar la autonomía personal y la autodependencia, extender las mejoras específicas logradas en el comportamiento de un área a otras áreas

134 del comportamiento, mantener el comportamiento apropiado para la edad, y alcanzar el grado conveniente de modificación ambiental.

Los métodos de tratamiento de los trastornos psiquiátricos de la niñez y adolescencia deben evaluarse registrando las modificaciones que se produzcan en los síntomas relacionados con el comportamiento y en los

cambios ocurridos en el medio ambiente del niño. El síntoma que se modifica puede representar el déficit principal de un trastorno particular (el déficit de la atención en el trastorno hiperactivo) o una dificultad secundaria pero vinculada con el trastorno (escasa autoestima, habilidades sociales deficientes o problemas de aprendizaje)⁽⁴⁾.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 *Diccionario médico Roche*. Barcelona: DOYMA, 1993.
- 2 Lewis M, Volkmar FR. *Clinical aspects of child and adolescent development*. Philadelphia: Lea and Febiger, 1990.
- 3 Lewis JM, Usdin G. Treatment Planning in psychiatry: Introduction. En: Lewis JM, Usin G. *Treatment Planning in Psychiatry*. Washington: American Psychiatric Association, 1982.
- 4 OMS: *Evaluación de los métodos de tratamiento de los trastornos mentales*. Serie de Informes Técnicos, Informe Nº 812. Ginebra, 1991.
- 5 Group for the Advancement of Psychiatry (GAP): From diagnosis to treatment: an approach to treatment planning for the emotional disturbed child. vol VIII, Report nº 87, September, 1973.
- 6 Schowalter JE, Fisher SM. Special perspectives on treatment planning for adolescents. En: Lewis JM, Usin G. *Treatment Planning in psychiatry*. Washington: American Psychiatric Association, 1982:337-376.
- 7 Halleck SL. Treatment planning. En: APA-Commission on Psychiatric therapies. Chairman: TB Karasu. *The psychiatric therapies*. Washington: APA, 1984.
- 8 Looney JG, Blotcky MJ. Special perspectives on treatment planning for children. En: Lewis JM, Usin G. *Treatment Planning in Psychiatry*. Washington: American Psychiatric Association, 1982:288-336.