

ALTERNATIVAS EDUCATIVAS PARA PACIENTES PSIQUIÁTRICOS...

¿EXISTEN? Análisis casos clínicos

Autor/es: ARMELONI, Hernán, FANTINI, Lucía, PASSINI, Antonella

Procedencia institucional: Cate Psi

Dirección electrónica: luciafantini@outlook.com

Número de teléfono celular: (0351)153297459

Eje temático: Escuela, familia y comunidad

Campo metodológico: Experiencia educativa

Palabras clave: adolescencia, deserción / inserción escolar, salud mental.

Resumen

El siguiente trabajo se desarrolla en el marco de un abordaje terapéutico interdisciplinarios de adolescentes con trastornos psiquiátricos en el centro de atención terapéutica Cate. Psi.

La problemática abordada es la deserción escolar como consecuencia de un trastorno psiquiátrico.

El objetivo de este trabajo es generar un debate acerca de las alternativas educacionales a jóvenes que presentan estas características diagnósticas.

Nos basaremos en la descripción y análisis de tres casos clínicos, en los cuales el factor común es la deserción escolar a causa de trastornos psiquiátricos con sintomatología positiva, variando las instancias y estrategias de inserción según las alternativas del sistema educativo formal y las características propias de cada caso.

Según la metodología de análisis de casos clínicos haremos foco en la valoración de un grupo minoritario, pero en aumento de pacientes que carecen de opciones educativas.

Surgen de este análisis algunas interrogantes que por el aumento de la prevalencia en de los trastornos psiquiátricos y la deserción escolar consideramos requieren ser abordados:

Familia: ¿Educa?

Escuela: ¿contiene?

Comunidad: ¿incluye? ¿Se responsabiliza? ¿Hay derechos vulnerados?

¿Y el sujeto?

En nuestro análisis observamos limitaciones en cuanto a las posibilidades de respuesta del sujeto en virtud de las demandas del entorno; y del entorno en respuesta a las necesidades particulares de la persona en base alternativas que respeten por los derechos del niño y adolescente.

1. Introducción

Como punto de partida de este trabajo consideramos necesario especificar que entendemos por los siguientes conceptos: adolescencia – deserción escolar- trastorno psiquiátrico. A partir del de estas definiciones, que hacen a la entidad del trabajo y describiendo las características y síntomas que la definen a cada caso, intentaremos comentar el abordaje terapéutico realizado y cuáles fueron los resultados alcanzados, sin perder de vista en ningún momento las alternativas educativas con las que nos fuimos encontrando

La adolescencia es una etapa de la vida por la que transita el hombre que se sitúa entre la niñez y la adultez, comprendida aproximadamente entre los 11 y los 20 años. Su comienzo suele asociarse con la aparición de la pubertad y el final estaría dado por el inicio del proceso de emancipación. Es un momento vital en el que suceden cambios profundos que afectan a todos los aspectos fundamentales de una persona. Según la organización mundial de la salud durante la adolescencia *“los individuos toman una nueva dirección en su desarrollo, alcanzan su madurez sexual, se apoyan en los recursos psicológicos y sociales que poseen y asumen para sí las funciones que les permiten elaborar su identidad y plantearse un*

proyecto de vida propio. Es por ello que en esta etapa cobran suma importancia aquellos recursos personales o sociales que logren atenuar o neutralizar el impacto de posibles agentes o condiciones que comprometan la salud, el proyecto de vida, la calidad de vida, o la vida misma.” (1)

Es importante destacar el rol que cumplen los factores sociales en el desarrollo de este periodo de transición ya que la organización mundial de la salud establece que *“Existe evidencia de que los adolescentes que viven en un medio social que promueve el desarrollo de relaciones significativas, que fomenta la libertad de expresión y que ofrece una estructura contenedora tienen menos probabilidad de exponerse a conductas de riesgo” (1)*

Es a partir lo de afirmado por la OMS que podemos asegurar, que el pertenecer al ámbito educativo para un joven que presenta como diagnóstico un trastorno psiquiátrico es sumamente importante; ya que hace a la funcionalidad de su rutina diaria y lo mantiene conectado con pares, con el conocimiento, etc.

Esta necesidad se encuentra en nuestro país enmarcada bajo la ley de educación nacional. Que sostiene que: *Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la educación pública a y gratuita, atendiendo a su desarrollo integral, su preparación para el ejercicio de la ciudadanía, su formación para la convivencia democrática y el trabajo, respetando su identidad cultural y lengua de origen, su libertad de creación y el desarrollo máximo de sus competencias individuales; fortaleciendo los valores de solidaridad, respeto por los derechos humanos, tolerancia, identidad cultural y conservación del ambiente. Tienen derecho al acceso y permanencia en un establecimiento educativo cercano a su residencia. En el caso de carecer de documentación que acredite su identidad, se los deberá inscribir provisoriamente, debiendo los Organismos del Estado arbitrar los medios destinados a la entrega urgente de este documento. Por ninguna causa se podrá restringir el acceso a la educación debiendo entregar la certificación o diploma correspondiente. Las niñas, niños y adolescentes con capacidades especiales tienen todos los derechos y garantías consagrados y reconocidos por esta ley, además de los inherentes a su condición específica. Los Organismos del Estado, la familia y la sociedad deben asegurarles el pleno desarrollo de su personalidad hasta el máximo de sus potencialidades, así como el goce de una vida plena y digna. (12)*

Así como también, En la Ley de Educación Nacional N° 26206 se establece que se debe garantizar la inclusión educativa a través de políticas universales y de estrategias pedagógicas, brindando a las personas una propuesta pedagógica que permita el máximo desarrollo de sus posibilidades, la integración y el pleno ejercicio de sus derechos; la ley Nacional N° 26061 establece la protección integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, definiendo el derecho de la educación integral que prepara para el ejercicio de la ciudadanía democrática y el trabajo. (3)

Sin embargo, ¿Que sucede cuando el perfil del alumno no cumple las condiciones pensadas por el ámbito educativo?

La deserción escolar es un proceso multidimensional que no debe entenderse ni reducirse solo a factores que busquen pronosticar aisladamente el abandono (Vega y Saez, 2011). Es decir, es un proceso de alejamiento y de expulsión paulatina de la escuela, lo que implica también el abandono de ciertos ritos personales y familiares que inciden en el desarrollo de la identidad y la proyección personal (Comisión Intersectorial de Reinserción Educativa, 2006).

Según el DSM-5 un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la prevalencia mundial de los trastornos mentales en niños y adolescentes es aproximadamente del 20%, del cual entre un 4% y 6% requiere una intervención clínica. En los adolescentes la ansiedad y depresión son los padecimientos más frecuentes, estando ambas patologías fuertemente asociadas al comportamiento suicida, el cual incluye desde la ideación suicida y la elaboración de planes e intentos de suicidio, hasta el suicidio consumado.

Todo diagnóstico psiquiátrico se acompaña de alteraciones emocionales que comprometen el normal desempeño del sujeto en los espacios de la vida cotidiana.

En Argentina no hay cifras oficiales de prevalencia de TCA pero se calcula que alrededor de un 3-4% de la consulta a los servicios de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires corresponde a TCA (Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 2005)

13. (2)

A pesar del incremento en las tasas de incidencia y prevalencia de los trastornos en la infancia y adolescencia, son pocos los trabajos con muestras amplias y representativas de niños y adolescentes con síntomas psicopatológicos.

DESCRIPCION DE CASO CLINICO

A continuación describiremos los tres casos clínicos que seleccionamos para desarrollar el trabajo, la elección de los mismos surge por las similitudes que presentan, ya que a pesar de las diversas etiologías es notoria la poca flexibilidad del sistema y las pocas opciones para la permanencia en el sistema educativo con que contamos para la inserción de este tipo de pacientes.

El primer caso es de una joven de 17 años que llamaremos Josefina, manifiesta trastornos de la conducta alimenticia, según relatos de su familia, desde su infancia. Sin embargo inicia tratamiento en septiembre del año 2015.

Genograma.

Mama: docente, mediadora

Papa: Empleado publico

Hna 1: arquitecta 27 años

Hna 2: estudiante de odontología 25 años

Hna 3: Estudiante de Diagnóstico por Imágenes 23 años

Hna 4: JOSEFINA

Hno 5: estudiante secundario (RM) 15 años

Antecedentes

El equipo tratante de ese momento, dada la gravedad del caso, decide que le joven no estaba apta para sostener una escolaridad normal, indicando la suspensión de la escuela.

La familia sostiene el tratamiento en este centro hasta enero.

En febrero comienza ausentarse a las sesiones dado que la familia había decidido que Josefina rindiese dos asignaturas que habían quedado aplazadas del ciclo lectivo anterior. El equipo terapéutico, dadas las inasistencia, decide suspenderle el tratamiento.

Posteriormente, la familia concurre a su obra social, en busca de un nuevo equipo. De este modo comienza tratamiento con una pediatra especialista en adolescentes, una psicóloga y una psiquiatra infanto- juvenil. En el mes de abril el equipo sugiere la reinserción escolar de Josefina por lo que se incorpora al equipo el tratamiento psicopedagógico.

La escuela quedaba supeditada a su pesaje, por lo que la posibilidad de la reinserción era impulso motivacional en este aspecto.

Al comienzo del tratamiento psicopedagógico pudo observarse que aunque reconocía la temática que se trabaja en cada asignatura, sus materiales de estudio estaban incompletos. Josefina se encontraba en ese momento en un periodo de reorganización de su rutina. Lo que la diferenciaba del ritmo escolar que sus pares.

Josefina oscilaba en momentos de no reconocer ninguna dificultad a momentos de mucha ansiedad por cumplir con todas las actividades.

El proceso de reinserción se realiza de manera cuidada y periódica, con sugerencias pedagógicas y de normas específicas, de manera gradual asistiendo la primer semana una hora y media, la segunda semana tres horas y la cuarta hasta la actualidad 4 horas y media por día.

Entrar nuevamente al ámbito educativo la lleno de entusiasmo. Los horarios pactados para estar en la escuela, no fueron siempre respetados por la familia. Esta irregularidad también se vio reflejada en la asistencia algunos tratamientos.

Josefina no manifestó ninguna dificultad en el acceso a los contenidos pedagógicos planteados por la escuela. Sin embargo se la observa desorganizada en los tiempos de estudio.

Estudiar, genera muchas ansiedad en la joven, lo que sumando a su diagnóstico de base, provocan trastornos del sueño generando malos hábitos de estudio; por ejemplo repasar una materia hasta horas de la madrugada; estudiar temas que no le fueron asignados; etc. Esta es la razón por la que aún no se ha extendido la jornada escolar.

En cuanto a sus padres están concurriendo al espacio de orientación a padres y fueron derivados a espacios individuales, al cual por el momento solo asiste la mamá.

Al iniciar el último trimestre del año escolar, la escuela comienza a manifestar desacuerdos con el equipo terapéutico y la familia, no cumpliendo con las pautas sugeridas por el equipo, por ejemplo no realiza adecuaciones curriculares a fin de recuperar los contenidos que no ha cursado y en el momento de las evaluaciones incluye los mismos. Esto pone en riesgo el año escolar de la joven y conflictúa la relación del equipo con la escuela y la familia, o sea que indirectamente se pone en riesgo el tratamiento también.

El segundo paciente es un joven de 17 años al que llamaremos Nicanor, que consulta por abandono de la escuela, falta de contacto social y dificultades vinculares en el hogar.

El paciente asiste a consulta acompañado por su madre, ambos se muestran colaborativos y plantean su preocupación por la reinserción al colegio secundario.

Asisten desde Septiembre 2014, han facilitado estudios previos que refieren a antecedentes escolares que denotan dificultades de adaptación.

El paciente refiere como motivos de su abandono escolar su falta de responsabilidad, su incapacidad para levantarse temprano y completar carpetas. El abandono de la escolaridad surge de un episodio de crisis que culmina con su internación en el sanatorio Morra en el mes de mayo de 2014.

Se refieren dificultades para interactuar con su grupo familiar, encierro y falta de interés para realizar actividades fuera del hogar. No obstante Nicanor se mostraba preocupado por la posibilidad de perder un nuevo año en el colegio, al tiempo que su red afectiva también demuestra preocupación y plantean su disposición para participar en el proceso terapéutico y de acompañamiento familiar.

Según la valoración realizada hasta el momento: test de WISC IV, Nicanor tiene un CI total de 91 puntos, Normal. De lo analizado mediante el instrumento M.I.N.I. KID podemos inferir que si bien el paciente presenta rasgos depresivos, obsesivos y de ansiedad social, por el momento no llegan a configurar un trastorno de este tipo según todos sus criterios. No obstante si aplica para el criterio de Trastorno Adaptativo con alteración de las emociones y el comportamiento (DSM IV: 309.4). La valoración clínica actual corrobora dicha sintomatología aunque por el momento no excluye dificultades en la integración de la personalidad.

Hasta fines del año 2015 durante las entrevistas Nicanor había mejorado respecto de su capacidad para concentrarse en una tarea, disminuyó su expresión de ansiedad, denotaba mayor tolerancia a la frustración y la espera, así como también mayor adhesión al tratamiento. A su vez había tenido avances significativos en la regulación de sus emociones y de su comportamiento.

Aunque aún se expresaba malestar por dificultades vinculares en el ámbito familiar y no había podido incorporarse a actividades fuera de su casa. Había recibido el alta desde psiquiatría y se sugirió continuar con la suspensión de la medicación.

En ese momento las sugerencias terapéuticas contemplaban para el año 2016, continuar con tratamiento psicológico individual iniciado, sesiones Vinculares con la familia nuclear, acompañamiento terapéutico, debería considerarse una estrategia de integración del paciente a actividades fuera de su casa, así como la incorporación de hábitos saludables y organizadores respecto de horarios de alimentación, sueño, esparcimiento y responsabilidades. Iniciar el colegio secundario a distancia/acelerado.

Lamentablemente luego del receso vacacional el paciente no pudo retomar el tratamiento, su madre se acercó al equipo para informar que ya no vivía con él y se

trabajó con ella para generar adherencia al tratamiento por parte de Nicanor, pero la mama no pudo sostener el espacio, dejando de concurrir.

El tercer caso es Lucy quien es la más pequeña de 5 hermanas, tiene 15 años, al momento de la consulta.

Antecedentes Familiares:

Sus padres están separados desde hace 3 años, en su familia hay antecedentes de esquizofrenia (por parte de la familia del papa un tío y su abuela) y de adicciones (por parte de la familia materna).

Antecedentes de Enfermedad Actual:

Durante un viaje escolar de una semana de duración la paciente inicia con sintomatología de inestabilidad emocional, llama a la mama y hermanas llorando, cambia su conducta habitual pasa del llanto a la euforia, se torna más aniñada cambiando la forma de comunicarse, refiere miedos.

Por solicitud de la mama telefónicamente a la docente a cargo, es evaluada en Mendoza donde le realizan estudios descartando que sea un problema clínico y solicitan interconsulta psiquiátrica, donde sospechan brote psicótico. Ese mismo día regresaban a Córdoba durante el viaje en colectivo Lucy empeoro por relato de una compañera, hablaba cada vez en tono más bajo, fijo la mirada hacia un punto, estaba cada vez más rígida, se orino en el asiento.

Al llegar a Córdoba fue llevada al Morra donde es evaluada por guardia y le colocan Haloperidol y le dan biperideno, no fue internada por no haber cama, luego al ver que no mejoraba y los síntomas progresaban la familia la lleva a la clínica Saint Michel donde permanece 15 días internada.

La primera entrevista posterior al alta se realiza con los padres, que según refieren durante el 2015 Lucy realizo psicoterapia por presentar ansiedad, estaba a disgusto con su peso, no se evidencian síntomas psicóticos durante el tratamiento.

Refieren que en Lucy no se presentaron síntomas previos, si observaban la dificultad en la puesta de límites, que se hace muy responsable de los demás, según refieren no hubo un evento traumático y al preguntarle a la paciente tampoco los refiere.

Luego de varias entrevistas con el seno familiar, se logra detectar una pelea entre el padre de Lucy y una de las hermanas que desencadeno una disputa familiar importante previo a la fiesta de 15 años de Lucy.

A la entrevista con la paciente se la observa, callada, mirada fija, cuando se habla de banalidades eleva el tono de voz, al encarar temas como su viaje o sus emociones disminuye el tono de voz y se retrae, refiere miedo a quedarse sola.

Se encuentra medicada con Aripiprazol 10 mg al día.

Estrategia de trabajo:

- Psicoterapia
- Orientación a padres
- Psiquiatría
- Psicopedagogía
- Acompañamiento Terapéutico
- Apoyo escolar

Antecedentes Escolares:

Al momento de iniciar el tratamiento la paciente había abandonado la escuela por estar internada, quedando pendiente de rendir matemáticas de 4 año.

Durante las vacaciones realizo tratamiento, y se decidió que inicie la escuela con horario reducido y sin instancias evaluatorias.

Desde la escuela y por solicitud de la inspección, solicitan reuniones para establecer objetivos pedagógicos específicos. Adecuaciones de acceso, y solicitan indicaciones para los docentes.

Se observa Evolución favorable, reducción de síntomas, mayor flexibilidad cognitiva. Por lo tanto se decide iniciar con jornada completa, la cual sostiene por dos semanas. Y luego se observa que la paciente estaba con alteraciones senso perceptivas visuales, (veía círculos de colores) e ideas delirantes, una semana después durante la clase de natación empieza a decir que todos mienten, cambia el tono de voz, la mirada y se torna más rígida, por lo que se suspende el examen que tenía al otro día y la asistencia a la escuela a partir de ese momento hasta la actualidad.

Actualmente la paciente se encuentra estable, no concurre a la escuela, se focalizo sobre el tratamiento y se están estableciendo estrategias para la inserción escolar el próximo año, que probablemente se realice en una escuela diferente con menor carga horaria y un grupo de alumnos reducidos.

2. Referentes teóricos - conceptuales

En el siguiente apartado realizaremos una descripción teórica de cada uno de los trastornos psiquiátricos descritos en los tres pacientes.

- a) Trastorno de la conducta Alimentaria
- b) Trastorno adaptativo con alteración mixta de las emociones y el comportamiento
- c) Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico

- a) Trastorno de la conducta alimentaria (TCA)

Recabando información sobre los TCA la historia relata que desde los años 1874 William Gull describió en la Real Academia de Medicina Londinense un curioso trastorno al que denomino anorexia nerviosa presentando una serie de pacientes (todas mujeres jóvenes) a las que había tratado con éxito. Un mes después, en Paris Charles Lasegué, hacia lo propio, bautizando al trastorno en cuestión como

anorexia histérica. De esta forma se introdujo en la arena médica el más conocido y alarmante de los trastornos de la conducta alimentaria. No obstante es conveniente recordar que algunos años antes hacia 1860 otro médico francés Marce ya se refería a este peculiar trastorno como delirio hipocondriaco. Y casi dos siglos antes, en Inglaterra Richard Morton describió dos casos de una curiosa pthysis que afectaba a un muchacho y a una chica y que actualmente se consideran los primeros pacientes anoréxicos de la literatura médica.

Cuando Gull y Lasegué decidieron denominar anorexia a este trastorno lo atribuían a una ausencia de hambre, una perturbación del apetito que alteraba la conducta alimentaria. Al no encontrar etiología médica, pensaron que debía tratarse de una enfermedad de origen nervioso o hipocondriaco. Las pacientes descritas por estos médicos no parecían estar muy preocupadas por su peso o su cuerpo según rezan las descripciones, no comían y perdían peso por que habían perdido el apetito y esto se debía a que la comida les producía repugnancia o porque si comían acababan vomitando (al parecer involuntariamente).

Estos hechos resultan muy valiosos para entender la etiopatogenia de la anorexia nerviosa que presentan las pacientes actuales. En estos la insatisfacción corporal es una constante, como también lo es la decisión de practicar dietas hipocalóricas (tomadas por razones estéticas). Alrededor del 85% de las pacientes con TCA experimentan un intenso impulso para adelgazar y en parte su diagnóstico se confirma en función de la intensidad de dicho impulso. Ello supone que las pacientes de Gull y Lasegué probablemente no se diagnosticarían actualmente de anorexia nerviosa sino del trastorno del comportamiento alimentario no especificado. La gran diferencia entre aquellas pacientes y las de hoy, radica que las del siglo XIX no vivían en la cultura de la delgadez. En otras palabras en patologías inherentes a la anorexia nerviosa, desde el siglo XX se ha incorporado una potente razón cultural de decidir no comer voluntariamente: el anhelo de estar delgada. Por ello la anorexia nerviosa y los TCA en general pueden ser considerados la patología más relevante del siglo XX.

La evolución histórica de la bulimia nerviosa también es ilustrativa no tanto de la naturaleza intrínseca del diagnóstico, sino de la cultura en la que se desarrolla. Aunque hay pocas dudas de que patología bulímica ha existido siempre de alguna

manera no se reconoce como patología sindrómica hasta que Russell en 1979 la describe y le da el nombre y es él quien ha considerado a la bulimia nerviosa como una forma de anorexia nerviosa propia de la segunda mitad del siglo XX. Este trastorno es un ejemplo de la maleabilidad de una enfermedad ante la influencia de factores históricos o de circunstancias sociales modificadas.

Los TCA constituyen un conjunto de trastornos psiquiátricos, cuyo denominador común es la aparición y desarrollo de importantes irregularidades en la ingestión de alimento, que no son causadas por perturbaciones médicas. Esto conlleva alteraciones nutricionales y metabólicas, que mantienen y/o potencian las alteraciones cognitivas, emocionales y conductuales, que dieron origen a la irregularidad ingestiva y en última instancia al TCA en sí.

Tienen una etiología sumamente compleja como todos los trastornos psiquiátricos son multi causados, los factores de riesgo son:

-Factores genéticos: reactividad a la desnutrición, reactividad al estrés, sexo femenino, edad puberal, IMC, neuroticismo, impulsividad, obesidad, perfeccionismo, rigidez cognitiva, evitación de daños, disfunción del sistema serotoninérgico.

- Trastornos perinatales:

De la anorexia nerviosa: anemia materna, diabetes mellitus, pre-eclampsia, infarto placentario, problemas cardíacos perinatales, hipo-reatividad.

De la bulimia: infarto placentario, dificultades alimentarias tempranas, bajo peso para edad gestacional, talla corta para edad gestacional.

- Las influencias socioculturales: insatisfacción corporal, medios de comunicación, influencia familiar, grupo co-etario.

-Actividad física y deportiva: deportes estéticos como danza, gimnasia rítmica, patinaje artístico, natación y natación sincronizada, etc. (4)

-Factores precipitantes:

1- Hacer dieta para perder peso

2- tener presiones laborales o sociales para estar delgado

3- recibir comentarios críticos sobre el peso o la figura

4- haber sufrido abuso sexual (5)

Los criterios diagnósticos del DSM IV son:

Criterios para el diagnóstico de F50.0 Anorexia nerviosa (307.1)(6)

A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperable). En la clasificación del DSM V el peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal teniendo en cuenta la edad, sexo, etapa de desarrollo y salud física. (7)

B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos.). En el DSM V se eliminó este criterio.

Especificar el tipo:

Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas). (6)

b) Trastorno adaptativo con alteración mixta de las emociones y el comportamiento

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno adaptativo es el desarrollo de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante psicosocial identificable. Los síntomas deben presentarse durante los 3 meses siguientes al inicio del estresante (Criterio A).

La expresión clínica de la reacción consiste en un acusado malestar, superior al esperable dado la naturaleza del estresante, o en un deterioro significativo de la actividad social o profesional (o académica) (Criterio B).

Esta categoría no debe utilizarse si el trastorno cumple los criterios para otro trastorno específico del Eje I (p. ej., trastorno por ansiedad o del estado de ánimo) o es simplemente una exacerbación de un trastorno preexistente del Eje I o del Eje II (Criterio C). Sin embargo, puede diagnosticarse un trastorno adaptativo en presencia de otro trastorno del Eje I o del Eje II si este último no explica el conjunto de síntomas que han aparecido en respuesta al estresante.

El diagnóstico de trastorno adaptativo no se aplica cuando los síntomas representan una reacción de duelo (Criterio D).

Por definición, un trastorno adaptativo debe resolverse dentro de los 6 meses que siguen a la desaparición del estresante (o de sus consecuencias) (Criterio E). Sin embargo, los síntomas pueden persistir por un período prolongado de tiempo (p. ej., más de 6 meses) si aparecen en respuesta a un estresante crónico (p. ej., una enfermedad médica incapacitante y crónica) o a un estresante con repercusiones importantes (p. ej., dificultades económicas y emocionales a partir de un divorcio). El estresante puede ser un acontecimiento simple (p. ej., la terminación de una relación sentimental) o deberse a factores múltiples (p. ej., dificultades importantes en los negocios y problemas conyugales). Los estresantes son a veces recurrentes

(p. ej., asociados a crisis estacionales en los negocios) o continuos (p. ej., vivir en un barrio de criminalidad elevada).

El estresante puede afectar a una persona, a una familia, a un grupo o comunidad (p. ej., como sucede en una catástrofe natural). También hay estresantes dependientes de acontecimientos específicos del desarrollo (p. ej., ir a la escuela, abandonar el domicilio familiar, casarse, ser padre, fracasar en los objetivos profesionales, jubilarse).

Subtipos y especificaciones

Los trastornos adaptativos son codificados de acuerdo con el subtipo que mejor caracteriza los síntomas predominantes.

-F43.20 Con estado de ánimo depresivo [309.0]. Este subtipo debe usarse cuando las manifestaciones predominantes son síntomas del tipo del estado de ánimo depresivo, llanto o desesperanza.

- F43.28 Con ansiedad [309.24]. Este subtipo debe usarse cuando las manifestaciones predominantes son síntomas como nerviosismo, preocupación o inquietud; o, en los niños, miedo a la separación de las figuras con mayor vinculación.

-F43.22 Mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo [309.28]. Este subtipo debe usarse cuando las manifestaciones dominantes son una combinación de ansiedad y depresión.

-F43.24 Con trastorno de comportamiento [309.3]. Este subtipo debe usarse cuando la manifestación predominante es una alteración del comportamiento, en la que hay una violación de los derechos de los demás o de las normas y reglas sociales apropiadas a la edad (p. ej., vagancia, vandalismo, conducción irresponsable, peleas e incumplimiento de las responsabilidades legales).

-F43.25 Con alteración mixta de las emociones y el comportamiento [309.4]. Este subtipo debe usarse cuando las manifestaciones predominantes son tanto síntomas emocionales (p. ej., depresión y ansiedad) como trastorno de comportamiento (v. subtipo anterior).

-F43.9 No especificado [309.9]. Este subtipo debe usarse para las reacciones desadaptativas (p. ej., quejas somáticas, aislamiento social, inhibición académica o laboral) a estresantes psicosociales que no son clasificables como uno de los subtipos específicos de trastorno adaptativo.

La duración de los síntomas de un trastorno adaptativo puede indicarse mediante la elección de una de las siguientes especificaciones.

- Agudo. Esta especificación puede utilizarse para indicar la persistencia de síntomas durante menos de 6 meses.

-Crónico. Esta especificación puede utilizarse para indicar la persistencia de síntomas durante 6 meses o más. Por definición, los síntomas no pueden persistir durante más de 6 meses después de la desaparición del estresante o de sus consecuencias. La especificación crónica se aplica cuando la duración de la alteración es superior a 6 meses en respuesta a un estresante crónico o a un estresante con consecuencias permanentes.

Los trastornos adaptativos están asociados a un aumento del riesgo de suicidio e intentos de suicidio. La aparición de un trastorno adaptativo puede complicar el curso de una enfermedad en individuos que tengan patología médica (p. ej., incumplimiento terapéutico o ingresos prolongados en el hospital).

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo

Debe considerarse el contexto cultural del individuo al hacer la valoración clínica de si la respuesta individual al estresante es desadaptativa o de si el malestar asociado excede del que cabría esperar. La naturaleza, el significado y la experiencia de los estresantes y la evaluación de la respuesta a ellos pueden variar en las diferentes culturas. Los trastornos adaptativos pueden presentarse en cualquier grupo de edad y en los dos sexos.

Prevalencia

Los trastornos adaptativos son en apariencia frecuentes, aunque el patrón epidemiológico varía ampliamente en función de la población estudiada y de los

métodos de evaluación. El porcentaje de individuos tratados en régimen ambulatorio con un diagnóstico principal de trastorno adaptativo se sitúa entre el 5 y el 20 %.

Los individuos con circunstancias vitales poco afortunadas experimentan una tasa elevada de estresantes y tienen un riesgo mayor de presentar este trastorno.

Curso

Por definición, la alteración en el trastorno adaptativo empieza dentro de los 3 meses del inicio del estresante y no más tarde de 6 meses después de que el estresante o sus consecuencias hayan cesado. Si el estresante es un acontecimiento agudo (p. ej., un incendio en el lugar de trabajo), el inicio de la alteración suele ser inmediato (o en los próximos días) y la duración es relativamente breve (p. ej., unos pocos meses).

Si el estresante o sus consecuencias persisten, el trastorno adaptativo puede persistir también.

Diagnóstico diferencial

El trastorno adaptativo constituye una categoría residual utilizada para describir alteraciones que aparecen en respuesta a un estresante identificable y que no cumplen los criterios para otro trastorno específico del Eje I. Por ejemplo, si un individuo tiene síntomas que cumplen los criterios para el diagnóstico de episodio depresivo mayor en respuesta a un estresante, el diagnóstico de trastorno adaptativo no es aplicable. El trastorno adaptativo puede diagnosticarse conjuntamente con otro trastorno del Eje I únicamente si en este último no hay síntomas característicos de los que aparecen en la reacción al estresante. Por ejemplo, un individuo puede presentar un trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo después de perder un trabajo y, simultáneamente, merecer un diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo. Puesto que los trastornos de la personalidad son acentuados frecuentemente por el estrés, no se suele establecer el diagnóstico adicional de trastorno adaptativo. Sin embargo, si en respuesta a un estresante aparecen síntomas que no son característicos del trastorno de la personalidad (p. ej., una persona con trastorno paranoide de la personalidad desarrolla un estado de ánimo depresivo en respuesta a la pérdida del trabajo), puede ser apropiado el diagnóstico adicional de trastorno adaptativo.

El diagnóstico de trastorno adaptativo requiere la presencia de un estresante identificable, en contraste con las presentaciones atípica o subclínica que se diagnosticarían como trastorno no especificado (p. ej., trastorno por ansiedad no especificado). Si los síntomas del trastorno adaptativo persisten durante más de 6 meses después de que el estresante o sus consecuencias hayan cesado, el diagnóstico debe cambiarse al de trastorno no especificado. El trastorno adaptativo, el trastorno por estrés postraumático y el trastorno por estrés agudo requieren la presencia de un estresante psicosocial. El trastorno por estrés postraumático y el trastorno por estrés agudo se caracterizan por la presencia de un estresante extremo y una constelación de síntomas específicos. En cambio, el trastorno adaptativo puede ser desencadenado por un estresante de intensidad variable y expresarse a través de una amplia gama de síntomas posibles. En los factores psicológicos que afectan el estado físico, los síntomas psicológicos específicos, los comportamientos y otros factores que empeoran la patología médica, complican el tratamiento de las enfermedades o aumentan la probabilidad de que se presenten. En el trastorno adaptativo, la relación es la inversa (p. ej., los síntomas psicológicos aparecen en respuesta al estrés de recibir un diagnóstico médico). En algunos individuos pueden darse las dos alteraciones. En general, el duelo es diagnosticado en vez de trastorno adaptativo cuando se da una reacción esperable en respuesta a la muerte de un ser querido. El diagnóstico de trastorno adaptativo puede ser apropiado cuando la reacción excede o es más prolongada de lo que cabría esperar. El trastorno adaptativo debe distinguirse también de otras reacciones no patológicas al estrés que no provocan un malestar superior al esperable y que no causan un deterioro significativo de la actividad social o laboral. (5)

c) Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico

Los trastornos esquizofrénicos, probablemente, dentro del conjunto de los trastornos psiquiátricos, son los que presentan una mayor variedad y riqueza de síntomas. Históricamente, se ha usado el término esquizofrenia para denominar un trastorno que podría ser etiológica y fisiopatológicamente heterogéneo, y que, en realidad, podrían ser múltiples enfermedades. (9)

Actualmente se prefiere utilizar la expresión episodio psicótico para calificar a un tipo de síntomas (delirios y alucinaciones) que pueden aparecer en diversas

enfermedades médicas o psiquiátricas y que implican una distorsión de la realidad, bien en la esfera del pensamiento (delirios), bien en la esfera perceptiva (alucinaciones).

Por delirio entendemos una alteración del contenido del pensamiento que supone la aparición de una idea falsa y vivida con total certeza subjetiva, que no se modifica con la argumentación lógica. En ocasiones esta idea o creencia tiene un tema prácticamente imposible (influencia de seres extraterrestres en mi cuerpo) pero también podemos ver delirios con temas cotidianos (celos, culpa, persecución); en cualquier caso el paciente vive su delirio con la misma certeza de realidad que las ideas normales.

En la "interpretación delirante" el paciente distorsiona el sentido o la intención de sus vivencias adaptándola a un delirio preformado o generando una ideación delirante. En el diagnóstico diferencial del delirio entran las ideas erróneas, las ideas sobrevaloradas y las ideas obsesivas. Una idea errónea surge de la falta de información (la Tierra es redonda) o de una capacidad intelectual limitada; en ocasiones un estado de ánimo alterado conduce a creencias erróneas (cuando estamos ansiosos podemos pensar que los demás se dan cuenta); este tipo de ideas se corrigen con la información y no son irreversibles. Las ideas sobrevaloradas se sostienen con firmeza e influyen en nuestro comportamiento (ideas políticas o religiosas) pero se reconoce su carácter subjetivo; no son vividas como una convicción si no como una opción. Las ideas obsesivas aparecen en la mente del enfermo con carácter involuntario y repetitivo; suelen ser absurdas o al menos improbables (ideas de contaminación); el paciente reconoce que parten de su propia mente y lucha contra ellas para eliminarlas de su pensamiento; pueden conducir modificaciones del comportamiento (compulsiones) con la finalidad de disminuir la ansiedad. No existe una correlación suficiente entre el contenido de un delirio y la enfermedad que lo produce.

El delirio más frecuente es el de persecución o perjuicio; puede verse en la práctica totalidad de enfermedades psiquiátricas graves, si bien toma especial importancia en la esquizofrenia (poco estructurado) y en la paranoia (en donde se estructura de una forma muy lógica).

Los pacientes con deterioro cognitivo grave (demencias, delirium) también tienden a presentar este delirio, aunque su estructura interna suele ser muy pobre.

En la depresión se describen como típicos los delirios de culpa, ruina y enfermedad, mientras que en la manía el delirio típico es el de grandeza. Los delirios de influencia y control (lectura del pensamiento, control de los movimientos) son típicos de la esquizofrenia, pero se pueden ver en otras enfermedades.

Las alucinaciones son alteraciones de la percepción; en ellas el paciente tiene una percepción en ausencia de estímulo externo que la produzca.

Las más frecuentes son las alucinaciones auditivas, pero se pueden ver en todas las modalidades sensoriales.

Las alucinaciones visuales sugieren un origen orgánico (delirium, tóxicos) y las olfativas y gustativas se han relacionado con alteraciones en el lóbulo temporal.

El enfermo puede variar en su grado de convicción con respecto a las alucinaciones; cuando es capaz de reconocer la imposibilidad del fenómeno aunque lo perciba se habla de alucinosis; son típicas de alteraciones en los sistemas de percepción, bien por enfermedades (p.ej. el vértigo de la enfermedad de Meniere) bien por tóxicos (p.ej. las alucinaciones inducidas por LSD).

Aunque las alucinaciones sugieren un trastorno mental grave existe una excepción; en la transición vigilia-sueño se pueden ver alucinaciones (hipnagógicas) de tipo visual o auditivo que no implican necesariamente la existencia de patología.

Las ilusiones sensoriales pueden calificarse erróneamente como alucinaciones, pero en ellas existe un objeto externo que es deformado por diversos factores; el estado de ánimo origina cambios en la percepción de los objetos (cuando estamos asustados vemos personas un donde sólo hay sombras); también el nivel de conciencia, el cansancio, los tóxicos y las condiciones en las que se produce la percepción pueden inducir errores sensoriales (por la noche todos los gatos son pardos).

La aparición de delirios y alucinaciones indica la presencia de un trastorno mental grave pero ambos son síntomas con los que muchos pacientes se sienten incómodos y son reacios a comunicarlos. Es frecuente que un enfermo oculte sus

ideas delirantes o sus alucinaciones por lo que necesitaremos conducir la entrevista con cuidado para no provocar su negativa a hablar; puede ser necesaria recoger información de terceras personas que nos describan su comportamiento por si hay signos de que esté influido por síntomas psicóticos.

La duración de un episodio psicótico y el funcionamiento mental previo al episodio, más que la gravedad o intensidad de los síntomas, van a determinar en gran medida su comprensión y filiación diagnóstica-pronóstica. (10)

Clasificación del CIE 10 de los trastornos psicóticos agudos:

F23	Trastornos psicóticos agudos y transitorios.
F23.0	Trastorno psicótico agudo polimorfo sin síntomas de esquizofrenia.
F23.1	Trastorno psicótico agudo polimorfo con síntomas de esquizofrenia.
F23.2	Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico.
F23.3	Otro trastorno psicótico agudo con predominio de ideas delirantes.
F23.8	Otros trastornos psicóticos agudos transitorios.
F23.9	Trastorno psicótico agudo transitorio sin especificación.

F23.2 Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico

Trastorno psicótico agudo en el cual los síntomas psicóticos son comparativamente estables y satisfacen las pautas de la esquizofrenia (F20.-) pero cuya duración ha sido inferior a un mes. Puede estar presente hasta cierto punto una inestabilidad o variabilidad emocional, pero no con la extensión descrita en el trastorno psicótico agudo polimorfo (F23.0).

Pautas para el diagnóstico

- A. El comienzo de los síntomas psicóticos sea agudo (desde un estado no psicótico a otro claramente psicótico en dos semanas o menos).
- B. Hayan estado presentes síntomas que satisfacen las pautas de la esquizofrenia (F20.-) durante la mayor parte del tiempo desde que el cuadro clínico psicótico se estableció de forma evidente.
- C. No se satisfacen las pautas del trastorno psicótico agudo polimorfo.

Si los síntomas esquizofrénicos duran más de un mes, este diagnóstico deberá sustituirse por el de esquizofrenia (F20.-). (11)

3. Aspectos metodológicos

El siguiente trabajo se basa en la descripción de tres casos clínicos que se trabajaron entre el 2014 y 2016 en el centro terapéutico Cate Psi con un abordaje interdisciplinario.

Los tres pacientes son adolescentes con diagnóstico de patologías psiquiátricas y tienen en común el haber necesitado la suspensión de la asistencia a la escuela por su sintomatología, donde se debieron realizar diferentes estrategias para lograr la reinserción escolar, la que en algunas oportunidades fue exitosa y en otras no.

La intención del trabajo es estimular el debate respecto a la dificultad que implica la reinserción, establecer quiénes son los actores que participan y el rol que tiene cada uno.

4. Resultados alcanzados y/o esperados

A partir de las situaciones descritas podemos concluir que la deserción escolar en estos jóvenes no fue su elección. Por el contrario fue la única opción que encontraron en el sistema educativo que se mejor se acomodaba a la situación por la que se encontraban atravesando.

En los tres casos el sistema educativo común no pudo flexibilizar sus condiciones de cursado. Lo que llevo a que los jóvenes tuvieran dificultad o no lograran sostener el ritmo áulico.

La oferta de escuelas especiales en la provincia de Córdoba es baja y a su vez estas están destinadas a niños y adolescentes que posean un nivel cognitivo por debajo de la media. Característica que tampoco es compatible con los casos descritos.

Una situación similar a lo constatado por las escuelas especiales ocurre con la escuela hospitalaria, es ya que un espacio de aprendizaje no formal que atienda las necesidades educativas de niños internados y ambulatorios.

5. Bibliografía

(1) http://www.msal.gob.ar/ent/images/stories/vigilancia/pdf/2014-09_informe-EMSE-2012.pdf fecha de acceso 01/08/2016

(2) <http://www.postgradofcm.edu.ar/ProduccionCientifica/TrabajosCientificos/91.pdf> fecha de acceso 10/08/2016

(3) <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/120000124999/123542/norma.htm> fecha de acceso 15/08/2016

(4) Castro Fornieles J., Toro Trallero J., Trastorno de la Conducta Alimentaria, Capitulo 11. En: Soutullo Esperón C., Mardomingo Sanz M. J. Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente, primera edición. Madrid España: editorial Medica Panamericana S.A. 2010 p. 181-185.

(5) Garner, D. M. Artículo 2 desarrollo EDI-3 ítem y escala. En: adaptación española Paula Elosua, Alicia López Jáuregui, Fernando Sánchez Sánchez. EDI 3 Inventario de trastornos de la conducta alimentaria-3, 3 edición. Madrid TEA ediciones S.A; 2010. P. 31-43.

(6) Pichot P, Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Trastorno de la conducta alimentaria no especificado: Trastorno de la Conducta Alimentaria. En: López Ibor Aliño JJ, Valdés Miyar M. DSM IV Breviario criterios diagnósticos, segunda ed. Barcelona, España: Masson editorial, 2000, p. 249.251.

(7) American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

(8) Trastornos Adaptativos *López-Ibor Aliño, J. J. y Valdés Miyar, M. "DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales." Ed. MASSON, pág.759-761.*

(9)) Kraepelin, utilizando Téllez G., Sánchez R., Jaramillo L. 50 Rev. Colomb. Psiquiat., vol. 41 / No. 1 / 2012

(10) Mingote Adán, J., Pino Cuadrado, P., Huidobro, Á., Gutiérrez García, D., Miguel Peciña, I., & Gálvez Herrer, M. (2007). El paciente que padece un trastorno psicótico en el trabajo: diagnóstico y tratamiento. *Med. Secur. Trab.*, 53(208). <http://dx.doi.org/10.4321/s0465-546x2007000300005>

(11) Organización Mundial de la Salud. CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico. Madrid: Meditor; 1992.

12 <http://www.primerosanios.gob.ar/publicaciones/Ley.pdf> Fecha de acceso 16/08/2016.