CASO AMAIA

Diciembre de 2007.

Amaia, una maestra soltera de 30 años, acude al hospital obligada por sus padres. Cuando la psiquiatra entra en la consulta, la paciente está paseando inquieta y cantando en voz alta. Cuando la médico se presenta, Amaia se da cuenta de que lleva una blusa verde y supone que su nombre es Dra Berdea. Le consuela por tener los ojos marrones, en vez de verdes, asegurándole que podría cambiar el color sólo con desearlo lo suficiente. Su atención pasa inmediatamente a otro asunto. En los dos primeros minutos, Amaia habla de ocho temas distintos.

Aunque al principio parece amistosa y un tanto seductora, mostrando un cardenal en el muslo, cuando la Doctora le sugiere un ingreso hospitalario se pone furiosa y amenaza con golpearla. Dice, a gritos, que sus padres le han sobornado para recluirla en el hospital a fin de poder cobrar del seguro. Asegura tener amigos en ETA que "liquidarán" a sus padres y la médico.

Este episodio se inició súbitamente hace 10 días, poco después que Amaia rompiera con su novio. Desde entonces ha estado durmiendo pocas horas, ha perdido unos 5 Kgs., ha encargado libros especiales para sus alumnos/as por valor de varios miles de euros y ha realizado cientos de llamadas desde el móvil. En el momento de la evaluación, Amaia tiene plaza reservada en un vuelo a Canarias que tiene previsto despegar en pocas horas.

La paciente ha estado oyendo voces, masculinas y femeninas, que le sugieren que se mate y que le dicen que es una "puta estúpida". Cree que las voces están guiadas por sus padres, pero ignora cómo las transmiten. También cree que sus pensamientos pueden influir en el curso de futuros acontecimientos y que sus sueños aparecen de forma subrepticia en el periódico. Asimismo, se observa una aceleración en el curso del pensamiento y fuga de ideas.

Durante los dos últimos años, había padecido tres episodios, que empezaron de forma similar y desembocaron en una depresión que duró entre 4 y 8 semanas. Entre episodios, la paciente no presentaba ideas delirantes, alucinaciones o trastornos del pensamiento. Aunque toma alcohol de forma algo excesiva y consume cannabis varias veces al mes, no parece que esto esté relacionado con el inicio de episodios.

La paciente es hija única y siempre ha sido la "niña mimada" de sus padres. Desde la niñez ha tenido dificultades para ceder, ha presentado frecuentes estallidos temperamentales y se ha mostrado critica y extremadamente codiciosa (aunque se aburría con facilidad cuando conseguía lo que buscaba). Nunca se ha casado a pesar de desearlo fervientemente y de ser una mujer hermosa y atractiva.

Sus relaciones con los hombres se caracterizan por una intensa atracción mutua inicial que rápidamente se deteriora y degenera en un odio mutuo igualmente intenso. Ella suele culpar a cada una de sus parejas de haberla decepcionado y de volverse un "estúpido egoísta como todos los demás". También culpa a sus padres por ser de

clase media y no ofrecerle las oportunidades del "club de campo". Sus relaciones con los hombres acaban en agudas crisis emocionales y en varias ocasiones ha realizado intentos de suicidio exhibicionistas con pastillas. Ocasionalmente suele mostrarse promiscua y una vez fue golpeada por un hombre que conoció en un bar.

Amaia suele sentirse vacía e irreal, desconectada del extraño reflejo que aparece en el espejo, como si fuera una figura de cartón en dos dimensiones. Estos sentimientos son intermitentes y puede interrumpirlos mediante la búsqueda de estimulación (por ejemplo, sexo, drogas o música a todo volumen). Aunque tiende a ser pesimista y a sentirse infeliz, desesperanzada y con ideas de suicidio, estos sentimientos cambian inmediatamente cuando conoce a un nuevo hombre. No presenta síntomas vegetativos de depresión, excepto durante los episodios agudos. A pesar de sus dificultades, Amaia trabaja relativamente bien, es independiente económicamente y es capaz de vivir sola.

Tres años después (Diciembre de 2010), la psiquiatra de Amaia envía este informe de derivación a su médico de Atención Primaria:

Informe de la psiquiatra del CSM para la derivación al Médico de Familia.

Nombre: Amaia.

Edad actual: 33 años.

Estimado colega:

Te envío estas notas referente a Amaia dado que en los tres últimos años ha presentado un agravamiento significativo de su sintomatología depresiva. A pesar de no haber vuelto a sufrir síntomas psicóticos, su estado de ánimo ha caído en picado. No acude a trabajar desde hace 11 meses; lo intentó pero lo niños y las niñas le sobrepasan, no presentando ningún tipo de autoridad sobre ellos, siendo el hazmerreír de la escuela.
Llora con frecuencia y presenta clara minusvaloración de sus capacidades. Ha perdido su encanto personal y aparece abandonada físicamente. Duerme en exceso y ha engordado (sin que la medicación lo explique, dados los análisis realizados).
Ha vuelto vivir con sus padres. Las únicas discusiones que mantiene ahora con ellos son por no querer ducharse a diario (a veces permanece una semana sin ducharse).
Remito esta derivación para que consideres la procedencia de una Incapacitación Laboral Permanente Absoluta, dado que no hay posibilidad de recuperación funcional, ni a largo plazo.
Amaia ha presentado las solicitudes de Reconocimiento de la Discapacidad y de la Dependencia.

PREGUNTAS SOBRE EL CASO "AMAIA"

1) Determinar el diagnóstico de Salud Mental de Amaia según el Primer Informe psiquiátrico fechado en Diciembre de 2007, justificando la respuesta y realizando un diagnóstico diferencial.
2) Analizar el informe de derivación de la psiquiatra al médico de Atención primaria, de fecha Diciembre 2010, al objeto de valorar el posible Grado de Discapacidad (arco de puntuación) que obtendría Amaia después del paso de estos tres últimos años.
3) Analizar el informe de derivación de la psiquiatra al médico de Atención primaria, de fecha Diciembre 2010, al objeto de valorar el posible Grado y Nivel de Dependencia (puntuación aproximada y Grado y Nivel). Se adjunta resultado del BVD (Baremo de Valoración de Dependencia)

RESUMEN DE RESULTADOS DE LA VALORACIÓN

Nombre:

ACTIVIDADES	TAREAS	DESEMPEÑO	PROBLEMAS EN DESEMPEÑO			GRADO DE APOYO	PUNTOS
COMER Y BEBER	Emplear nutrición y/o hidratación artificial	NA	F			SP	0
	Abrir botellas y latas	Si	F			SP	0
	Cortar o partir la carne en trozos	Si	F			SP	0
	Usar cubiertos para llevar la comida a la boca	Si	F			SP	0
	Sujetar el recipiente de bebida	Si	F			SP	0
	Acercarse el recipiente de bebida a la boca	Si	F			SP	0
	Sorber las bebidas	Si	F			SP	0
REGULACIÓN DE LA MICCIÓN/ DEFECACIÓN	Acudir a un lugar adecuado	Si	F			SP	0
	Manipular la ropa	Si	F			SP	0
	Adoptar y abandonar la postura adecuada	Si	F			SP	0
	Limpiarse	Si	F			SP	0
	Continencia micción	Si	F			SP	0
	Continencia defecación	Si	F			SP	0
LAVARSE	Lavarse las manos	No			I	SP	1,08
	Lavarse la cara	No			I	SP	1,08
	Lavarse la parte inferior de cuerpo	No			I	SP	2,52
	Lavarse la parte superior del cuerpo	No			I	SP	2,52
OTROS CUIDADOS CORPORALES	Peinarse	No			I	SP	0,54
	Cortarse las uñas	Si	F			SP	0
	Lavarse el pelo	No			I	SP	0,45
	Lavarse los dientes	No			I	SP	0,54
VESTIRSE	Calzarse	Si	F			SP	0
	Abrocharse botones	Si	F			SP	0
	Vestirse prendas parte inferior del cuerpo	No		C		SP	3,654
	Vestirse prendas parte superior del cuerpo	No		C		SP	3,654
MANTENIMIENTO DE LA SALUD	Aplicarse medidas terapéuticas recomendadas	No		C		FP	2,475
	Evitar riesgos dentro del domicilio	Si	F			SP	0
	Evitar riesgos fuera del domicilio	No		C		SP	2,475
	Pedir ayuda ante una urgencia	Si	F			SP	0
TRANSFERENCIAS CORPORALES	Sentarse	Si	F			SP	0
	Tumbarse	Si	F			SP	0
	Ponerse de pie	Si	F			SP	0
	Transferir mientras sentado	Si	F			SP	0
	Transferir mientras acostado	Si	F			SP	0
DESPLAZARSE DENTRO DEL HOGAR	Realizar desplazamientos vinculados al autocuidado	Si	F			SP	0
	Realizar desplazamientos no vinculados al autocuidado	Si	F			SP	0
	Acceder a todos los elementos comunes de las habitaciones	Si	F			SP	0
	Acceder a todas las estancias comunes de la vivienda habitual	Si	F			SP	0
DESPLAZARSE FUERA DEL HOGAR	Acceder al exterior del edificio	No		C		SP	2,9025
	Desplazarse alrededor del edificio	No		C		SP	2,9025
	Realizar desplazamientos cercanos	No		C		SP	1,161
	Realizar desplazamientos lejanos	No		C		SP	1,7415
	Utilizar medios de transporte	No		C		SP	2,9025
TAREAS DOMÉSTICAS	Preparar comidas	No			I	FP	3,24
	Hacer la compra	No			I	FP	1,8
	Limpiar y cuidar de la vivienda	No			I	FP	1,44
	Lavar y cuidar la ropa	No			I	FP	0,72
TOMAR DECISIONES	Actividades de autocuidado	No			I	SP	4,158
	Actividades de movilidad	No		C		SP	2,772
	Tareas domesticas	No			I	FP	1,386
	Relaciones interpersonales	No		C		SP	2,772
	Gestión del dinero	No		C		SP	1,386
	Uso de servicios a disposición del público	No		C		SP	1,386

PUNTUACIÓN TOTAL		GRADO		NIVEL	

CASO ANE, JULE y ARRENE

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

PERSONAS MENORES DE EDAD:

Ane (3 años)
Jule (18 meses)

Unidad de convivencia:
Madre: Susana (23 años)
Padre: Juan Esteban "Juanes" (25 años)
Abuelo materno: Imanol
Abuela materna: Rosa
Tío materno: José Pablo

ANTECEDENTES Y SITUACIÓN ACTUAL DE ANE y JULE

Susana y Juanes son pareja desde hace 4 años. Susana es la hija mayor de Imanol y Rosa. Imanol es alcohólico y Rosa es una enferma mental (esquizofrenia paranoide). El hermano de Susana, J. Pablo, tiene 18 años y presenta un perfil disocial con antecedentes penales. Susana, además de un ligero retraso mental, presenta un síndrome médico congénito. Este síndrome afecta no sólo a la apariencia física (baja estatura, ojos muy separados...) sino que puede dañar órganos vitales: principalmente corazón, riñón y páncreas. Se transmite por vía genética y existe un 50% de probabilidades de que los hijo/as lo padezcan. De hecho cuando las niñas ingresaron en el centro de acogida, les realizaron pruebas médicas y se comprobó que Ane lo había heredado. La relación de Susana con su familia siempre ha sido muy conflictiva. Los padres nunca aceptaron la relación de su hija con Juanes. Al quedar embarazada tuvieron que aceptar la convivencia con Juanes dada la carencia de medios económicos para un funcionamiento independiente.

Juanes es de origen colombiano y toda su familia reside en Barranquilla. Pertenece a una familia numerosa, desestructurada. Varios de sus hermanos/as se encuentran actualmente en prisión.

Cuando las niñas tenían 2 años y 6 meses respectivamente la D.F.B. asume su Tutela ejerciéndose la guarda en un centro residencial. Los motivos del desamparo que dieron lugar a la asunción de la Tutela se debieron al inadecuado cumplimiento de las funciones parentales:

- negligencia en la atención de las necesidades físicas: 1) Salud: no ha seguido los controles pediátricos y en las ocasiones que han acudido a la urgencia (por golpes, una rotura de fémur...) no han seguido las indicaciones médicas. Ane presenta un estrabismo primario que no ha podido ser corregido todavía; 2) las niñas presentan déficits de higiene (su ropa y cuerpo están muy sucios); sus vestidos no se ajustan a la climatología.

- negligencia en la atención de las necesidades emocionales: 1) falta de empatía con las necesidades psicoemocionales de las niñas; se comunican con ellas a través de gritos e insultos; 2) se observa un retraso en el desarrollo madurativo de ambas;

- exposición a violencia en el hogar: frecuentes agresiones de pareja en presencia de las menores.

- Durante periodos largos Susana ha delegado las funciones marentales en su madre, Rosa. Por otro lado, el padre de Ane y Jule, supone un modelo parental asocial por ejercer violencia física y psicológica en presencia de las menores; ha delegado las funciones parentales en Susana y en Rosa.

Se establece un régimen de visitas (1 hora diaria) con padre y madre de las niñas en el centro, siendo éstas supervisadas por personal del mismo. El cumplimiento de las visitas es muy escaso en el caso del padre (20%) sin que exista justificación y la madre, aunque acude un 75% de los días muestra una actitud pasiva, limitándose a traerles un paquete de chuches y sentarse en el sofá a mirar como se los comen.

Se trata de una familia muy conocida en el Servicio Social de Base, que siempre han vivido de las ayudas sociales y la vivienda que ocupan presenta unas condiciones insalubres: ventanas con cristales rotos; suciedad en todas las habitaciones, duermen sobre colchones llenos de orines ...

La nula conciencia del problema por parte de ambos, padre y madre, así como su falta de colaboración en el programa de intervención familiar hacen que resulte imposible la intervención para una preservación familiar.

Tras 6 meses de acogimiento residencial y un fracaso para el plan de reintegración familiar, desde el Servicio de Infancia se considera necesario ofrecer a las niñas la oportunidad de desarrollarse en un clima familiar estable que satisfaga todas las necesidades de atención de ambas niñas. Dado que no existe ninguna alternativa en su familia extensa, se propone formalizar un acogimiento familiar orientado a la adopción. Se reducen las visitas a Juanes y Susana a 1 cada dos meses en el Punto de Encuentro Familiar.

SITUACIÓN ACTUAL:

- ✓ Tras 1 año de acogimiento se valora que éste está resultando beneficioso para las niñas, aunque se observan dificultades en Ane. La niña se muestra triste y retraída, manteniendo una actitud excesivamente vigilante. No expresa emoción alguna, se comporta de forma inhibida y fría, y rechaza el contacto corporal con sus "padres-acogedores" cuando la quieren consolar. Tiene dificultades en el establecimiento de la mirada, estrabismo primario, lo que le

lleva a evitar el contacto ocular con los adultos. Otra cosa que les sorprende es que con los extraños se comporta con mucha familiaridad y cercanía.

- ✓ Los padres biológicos no han acudido a las 2 últimas visitas
- ✓ Hace 2 días llama el trabajador social del hospital para informar que Susana y Juanes han tenido otra niña "Arrene". La niña nació en casa y la trasladaron en ambulancia al hospital. El estado de salud de Arrene es bueno. Pero la actitud y el discurso del padre y madre de la niña levantan sospechas (dicen que no han dicho a nadie que estaba embarazada y nadie debe saberlo porque si no les va a pasar lo mismo que les pasó con sus hijas mayores "se las quitó la Diputación porque decían que eran malos padres y las han dado en adopción"). Añaden que no van a aceptar que ningún educador/a entre en su casa.

PREGUNTAS SOBRE EL CASO "Ane, Jule y Arrene"

1.- Impresión diagnóstica

Con los datos que se aportan, intenta realizar una aproximación diagnóstica de la situación psicológica de Ane y explica las posibles causas.

2.- Cómo técnico/a del Servicio de Infancia

Valora la situación de desprotección de Arrene

Plantea un posible PLAN DE CASO de acuerdo con el Manual de Intervención de Situaciones de Desprotección

- Psicólogos 2010, BOB nº 80, 30-04-2010 ANEXO I - Caso Amaia, Ane, Jule, Arrene. Plantilla. ACTA 16/2010 498

2º ejercicio.

PREGUNTAS SOBRE EL CASO "AMAIA"

1) Determinar el diagnóstico de Salud Mental de Amaia según el Primer Informe psiquiátrico fechado en Diciembre de 2007, justificando la respuesta y realizando un diagnóstico diferencial.
2) Analizar el informe de derivación de la psiquiatra al médico de Atención primaria, de fecha Diciembre 2010, al objeto de valorar el posible Grado de Discapacidad (arco de puntuación) que obtendría Amaia después del paso de estos tres últimos años.
3) Analizar el informe de derivación de la psiquiatra al médico de Atención primaria, de fecha Diciembre 2010, al objeto de valorar el posible Grado y Nivel de Dependencia (puntuación aproximada y Grado y Nivel). Se adjunta resultado del BVD (Baremo de Valoración de Dependencia)

PLANTILLA DE RESPUESTAS

1. PREGUNTA.

Se trata de un TRASTORNO BIPOLAR I, episodio más reciente maniaco, grave, con síntomas psicóticos. (Diagnóstico del DSM-IV-TR. Obtenido del libro " Estudio de casos " Guía clínica para el diagnóstico Diferencial. A. Frances y R. Ross. Editorial Masson. , pag. 119 y ss.)

2 psicóticos.

Criterios para el episodio maníaco

A. Un periodo diferenciado de un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, que dura al menos 1 semana (o cualquier duración si es necesaria la hospitalización).

B. Durante el periodo de alteración del estado de ánimo han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) y ha habido en un grado significativo:

1. autoestima exagerada o grandiosidad
2. disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado tras sólo 3 horas de sueño)
3. más hablador de lo habitual o verborreico
4. fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado
5. distraibilidad (p. ej., la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes)
6. aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios, o sexualmente) o agitación psicomotora
7. implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial

1/12

para producir consecuencias graves (p. ej., enzarzarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas)

C. Los síntomas no cumplen los criterios para el episodio mixto.

D. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave como para provocar deterioro laboral o de las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos.

E. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej. una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad medica (p. ej., hipertiroidismo).

Nota: Los episodios parecidos a la manía que están claramente causados por un tratamiento somático antidepresivo (p. ej., un medicamento, terapéutica electroconvulsiva, terapéutica lumínica) no deben ser diagnosticados como trastorno bipolar I.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La diferenciación entre el T. depresivo unipolar y el T. bipolar es muy importante porque tanto el tratamiento (con estabilizadores del ánimo y restricción de los antidepresivos) como el pronóstico dependen, en gran medida, de esa distinción.

El Trastorno Bipolar I requiere siempre de, al menos un episodio maníaco. A pesar de ello, supone el 90-95% de todos los trastornos del estado de ánimo.

Hay que distinguir los estados maniformes producidos por abuso de sustancias mediante análisis de orina, o por la aparición de los síntomas justo después del consumo o por su desaparición tras abstinencia.

Durante el periodo maníaco se pueden consumir drogas siendo la manía la causa del consumo y no a la inversa.

Respecto de los Episodios maníacos inducidos por medicamentos se aconseja un diagnóstico doble: trastornos del estado de ánimo y trastorno inducido por sustancias, con síntomas maníacos.

Los síntomas que maníacos pueden aparecer como consecuencia de una enfermedad médica que el clínico deberá descartar.

El diagnóstico de Amaia parece bastante claro: la etiología debida al alcohol o al cannabis no explica la gravedad de los síntomas ni existen episodios previos.

Los tratornos psicóticos (T. Esquizoafectivo, Esquizofrenia y T. Delirante) comparten varios síntomas con el T. Bipolar. Pero si los síntomas psicóticos aparecen en el curso de los episodios de alteración del estado de ánimo, el diagnóstico de T. Bipolar es prioritario. Si los síntomas psicóticos persisten tras

500

la remisión de los síntomas del estado del ánimo, se diagnosticará T. Esquizoafectivo.

Hay que ser prudentes a la hora de diagnosticar un Trastorno de la Personalidad ya que dicho diagnóstico requiere de una observación longitudinal posterior al tratamiento con éxito de los síntomas del estado de ánimo.

(al menos, dos trastornos diferenciales) 1 punto

2. PREGUNTA.

- Clase IV: Limitaciones en la actividad grave **(60-74 %)**: 2 punto
  a. Grave restricción de las actividades de la vida cotidiana (posibilidades de desplazarse, de preparar e ingerir los alimentos, de atender a su higiene personal y al vestido, de cuidar de su hábitat y realizar las tareas domésticas, de comunicarse y tener contactos sociales), lo que obliga a supervisión intermitente en ambientes protegidos y total fuera de ellos.
  b. Grave disminución de su capacidad laboral, puesta de manifiesto por deficiencias importantes en la capacidad para mantener la concentración, continuidad y ritmo en la ejecución de las tareas y repetidos episodios de deterioro o descompensación asociados a las actividades laborales, como consecuencia del fracaso en adaptarse a circunstancias estresantes. No puede desempeñar una actividad normalizada con regularidad. Puede acceder a centros y/o actividades ocupacionales protegidos, aunque incluso con supervisión el rendimiento suele ser pobre o irregular.
  c. Presencia de alguna de las siguientes características clínicas:
     - Depresión mayor encronizada (más de tres años sin remisión apreciable).
     - Trastorno bipolar resistente al tratamiento.
     - Sintomatología psicótica crónica. 1 punto

*** Dado que la situación de Dependencia se ha valorado en un Grado II, nivel 1, es coherente una puntuación del 75% de Grado de Discapacidad, bien independiente o bien combinada con factores complementarios.** 2 puntos

***Por otra parte, una puntuación de 59% (o menos) sería también admisible, siempre y cuando la puntuación total-con factores complementarios, supere el 60% .**

2 puntos

3. PREGUNTA.

La puntuación total obtenida en el BVD es de 53´658 (se admite un arco de 50 a 64) 1 punto

Por tanto, se trata de un Grado II, nivel 1 de Dependencia 2 puntos

Por un examen extraordinario: 1 punto adicional.

3/12

501

78

CLASE V: DISCAPACIDAD MUY GRAVE (75%)

a) Repercusión extrema de la enfermedad o trastorno sobre el individuo, manifestado por incapacidad para cuidar de sí mismo, ni siquiera en las actividades básicas de la vida cotidiana. Por ello necesitan de otra u otras personas de forma constante.

b) No existen posibilidades de realizar trabajo alguno, ni aún en Centros Ocupacionales supervisados.

c) Presencia de alguna de las siguientes características clínicas:

- Trastornos severos en el curso y/o contenido del pensamiento que afectan al sujeto la mayor parte del tiempo.
- Pérdida del contacto con la realidad.
- Trastornos disperceptivos permanentes
- Institucionalización prolongada.
- Conductas disruptivas reiteradas.

3) TRASTORNOS AFECTIVOS

Valoración de la Discapacidad atendiendo a criterios generales de funcionalidad

CLASE I: (0%)

Presenta sintomatología psicopatológica aislada, que no supone disminución alguna de su capacidad funcional.

CLASE II: DISCAPACIDAD LEVE (1 - 24%)

a) La capacidad para llevar a cabo una vida autónoma está conservada o levemente disminuida, de acuerdo a lo esperable para un individuo de su edad y condición, excepto en períodos recortados de crisis o descompensación.

b) Pueden mantener una actividad laboral normalizada y productiva excepto en los períodos de importante aumento del estrés psicosocial o descompensación, durante los que puede ser necesario un tiempo de reposo laboral junto a una intervención terapéutica adecuada.

c) Cumplen los criterios de diagnóstico para cualquier tipo de trastorno afectivo.

CLASE III: DISCAPACIDAD MODERADA (25 - 59%)

a) Restricción moderada en las actividades de la vida cotidiana (la cual incluye los contactos sociales) y en la capacidad para desempeñar un trabajo remunerado en el mercado laboral.

La medicación y/o el tratamiento psicoterapéutico pueden ser necesarios de forma habitual. Si a pesar de ello persiste la sintomatología clínicamente evidente

- que *no interfiere notablemente en las actividades de la persona:* se asignará un porcentaje de discapacidad comprendido entre el 25 y 44%;
- que *interfiere notablemente en las actividades de la persona:* se asignará un porcentaje de discapacidad comprendido entre el 45 y 59%.

b) Las dificultades y síntomas pueden agudizarse en períodos de crisis o descompensación. Fuera de los períodos de crisis:

- El individuo es capaz de desarrollar una actividad normalizada y productiva la mayor parte del tiempo, con supervisión y ayuda: se asignará un porcentaje de discapacidad comprendido entre el 25 y 44%;
- El individuo sólo puede trabajar en ambientes laborales protegidos, con supervisión mínima: se asignará un porcentaje de discapacidad comprendido entre el 45 y 59%.

c) Presencia de alguna de las siguientes características clínicas:

- Episodios maníacos recurrentes.
- Depresión mayor de evolución crónica (más de 18 meses sin remisión).
- Mala respuesta a los tratamientos.
- Trastorno bipolar con recaídas frecuentes que requieran tratamiento. Como posible orientación: más de dos al año, más de cinco en los últimos tres años, más de ocho en los últimos cinco años.
- Depresión recurrente (incluso breve) con tentativas de suicidio.
- Presencia de síntomas psicóticos.

CLASE IV: DISCAPACIDAD GRAVE (60 - 74%)

a) Grave restricción de las actividades de la vida cotidiana (posibilidades de desplazarse, de preparar e ingerir los alimentos, de atender a su higiene personal y al vestido, de cuidar de su hábitat y realizar las tareas domésticas, de comunicarse y tener contactos sociales), lo que obliga a supervisión intermitente en ambientes protegidos y total fuera de ellos.

b) Grave disminución de su capacidad laboral, puesta de manifiesto por deficiencias importantes en la capacidad para mantener la concentración, continuidad y ritmo en la ejecución de las tareas y repetidos episodios de deterioro o descompensación asociados a las actividades laborales, como consecuencia del fracaso en adaptarse a circunstancias estresantes. No puede desempeñar una actividad normalizada con regularidad. Puede acceder a Centros y/o actividades ocupacionales protegidos, aunque incluso con supervisión el rendimiento suele ser pobre o irregular.

c) Presencia de alguna de las siguientes características clínicas:

- Depresión mayor encronizada (más de tres años sin remisión apreciable).
- Trastorno bipolar resistente al tratamiento.
- Sintomatología psicótica crónica.

CLASE V: DISCAPACIDAD MUY GRAVE (75%)

a) Repercusión extrema de la enfermedad o trastorno sobre el individuo, manifestado por incapacidad para cuidar de sí mismo ni siquiera en las actividades básicas de la vida cotidiana. Por ello necesitan de otra u otras personas de forma constante.

b) No existen posibilidades de realizar trabajo alguno, ni aún en Centros Ocupacionales supervisados.

c) Presencia de alguna de las características clínicas siguientes:

- Síntomas de depresión y/o manía (o hipomanía) constantes.
- Hospitalizaciones reiteradas por el trastorno.
- Ausencia de recuperación en los períodos intercríticos.

5/12

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

TRASTORNO BIPOLAR I

❖ Estudio de un caso:
La chica que se encontraba en una montaña rusa emocional

Ágata, una maestra soltera de 30 años, acude al hospital obligada por sus padres. Cuando el clínico entra en la consulta, la paciente está paseando inquieta y cantando en voz alta

«The Battle Hymn of the Republic». Cuando el médico se presenta, Ágata se da cuenta de que lleva una corbata verde y supone que su nombre es Dr. Green. Le consuela por tener los ojos marrones, en vez de verdes, asegurándole que podría cambiar el color sólo con desearlo lo suficiente. Su atención pasa inmediatamente a otro asunto. En los dos primeros minutos, Ágata habla de ocho temas distintos.

Aunque al principio parece amistosa y un tanto seductora, mostrando un cardenal en el muslo, cuando el médico le sugiere un ingreso hospitalario se pone furiosa y amenaza con golpearle. Dice, a gritos, que sus padres le han sobornado para recluirla en el hospital a fin de poder cobrar del seguro. Asegura tener amigos en la Mafia que «liquidarán» a sus padres y al médico.

Este episodio se inició súbitamente hace 10 días, poco después que Ágata rompiera con su novio. Desde entonces ha estado durmiendo pocas horas, ha perdido unos 3 kg, ha encargado libros especiales para sus alumnos por valor de varios miles de dólares y ha realizado docenas de conferencias telefónicas. En el momento de la evaluación, Ágata tiene plaza reservada en un vuelo a la Costa Oeste que tiene previsto despegar en pocas horas.

La paciente ha estado oyendo voces, masculinas y femeninas, que le sugieren que se mate y que le dicen que es una «puta estúpida». Cree que las voces están guiadas por sus padres, pero ignora cómo las transmiten. También cree que sus pensamientos pueden influir en el curso de futuros acontecimientos y que sus sueños aparecen de forma subrepticia en el periódico.

Se realizaron dos evaluaciones que discreparon en cuanto a la caracterización del trastorno del pensamiento de Ágata. Una de ellas describió la aceleración del pensamiento como fuga de ideas; la otra destacó la desconexión y la denominó descarrilamiento. Ambas coincidieron en afirmar que Ágata se mostraba ocasionalmente incoherente.

Durante los dos últimos años, había padecido tres episodios, que empezaron de forma similar y desembocaron en una depresión que duró entre 4 y 8 semanas. Entre episodios, la paciente no presentaba ideas delirantes, alucinaciones o trastornos del pensamiento. Aunque toma alcohol de forma algo excesiva y consume *Cannabis* varias veces al mes, no parece que esto esté relacionado con el inicio de los episodios.

La paciente es hija única y siempre ha sido la «niña mimada» de sus padres. Desde la niñez ha tenido dificultades para ceder, ha presentado frecuentes estallidos temperamentales y se ha mostrado crítica y extremadamente codiciosa (aunque se aburría con facilidad cuando conseguía lo que buscaba). Nunca se ha casado, pero sale frecuentemente y desea ser una mujer hermosa y atractiva.

Sus relaciones con los hombres se caracterizan por una intensa atracción mutua inicial que rápidamente se deteriora y degenera en un odio mutuo igualmente intenso. Ella suele culpar a cada una de sus parejas de haberla decepcionado y de volverse un «estúpido egoísta como todos los demás». También culpa a sus padres por ser de clase media y no ofrecerle las oportunidades del «club de campo». Sus relaciones con los hombres acaban en agudas crisis emocionales y en varias ocasiones ha realizado intentos de suicidio exhibicionistas con pastillas. Ocasionalmente suele mostrarse promiscua y una vez fue golpeada por un hombre que conoció en un bar.

Ágata suele sentirse vacía e irreal, desconectada del extraño reflejo que aparece en el espejo, como si fuera una figura de cartón en dos dimensiones. Estos sentimientos son intermitentes y puede interrumpirlos mediante la búsqueda de estimulación (p. ej., sexo, drogas o música a todo volumen). Aunque tiende a ser pesimista y a sentirse infeliz, desesperanzada y con ideas de suicidio, estos sentimientos cambian inmediatamente cuando conoce a un nuevo hombre. No presenta síntomas vegetativos de depresión, excepto durante los episodios agudos. A pesar de sus dificultades, Ágata trabaja relativamente bien, es independiente económicamente y es capaz de vivir sola.

Diagnósticos DSM-IV-TR

Eje I: F31.2 Trastorno bipolar I, episodio más reciente maníaco, grave con síntomas psicóticos [296.44]
Eje II: V71.09 Sin diagnóstico
Eje III: Ninguno
Eje IV: Ruptura con su pareja
Eje V: EEAG = 35 (actual); 70 (mayor nivel en el último año)

Criterios DSM-IV-TR para el episodio maníaco

A. Un período diferenciado de un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, que dura al menos 1 semana (o cualquier duración si es necesaria la hospitalización).
B. Durante el período de alteración del estado de ánimo han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) y ha habido en un grado significativo:
   (1) autoestima exagerada o grandiosidad
   (2) disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado tras sólo 3 horas de sueño)
   (3) más hablador de lo habitual o verborreico
   (4) fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado
   (5) distraibilidad (p. ej., la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes)
   (6) aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios, o sexualmente) o agitación psicomotora
   (7) implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (p. ej., enzarzarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas)
C. Los síntomas no cumplen los criterios para el episodio mixto.
D. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave como para provocar deterioro laboral o de las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos.
E. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

Nota. Los episodios parecidos a la manía que están claramente causados por un tratamiento somático antidepresivo (p. ej., un medicamento, terapéutica electroconvulsiva, terapéutica lumínica) no deben ser diagnosticados como trastorno bipolar I.

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Criterios DSM-IV-TR para el diagnóstico de F31.x Trastorno bipolar I [296.xx]

A. Actualmente (o el más reciente) en un (F31.0) episodio hipomaníaco [296.40], en un (F31.x) episodio maníaco [296.0x], en un (F31.6) episodio mixto [296.6x], o en un (F31.x) episodio depresivo mayor [296.5x]. Si los criterios se cumplen para uno de estos episodios excepto en la duración, el episodio se considerará (F31.9) no especificado [296.7].

Nota: La x en el código de diagnóstico indica que es necesario el cuarto dígito que especifica gravedad.

B. Previamente se ha presentado al menos un episodio maníaco o un episodio depresivo mayor.

C. Los episodios afectivos en los Criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

Si se cumplen todos los criterios de un episodio maníaco, mixto o depresivo mayor, *especificar* su estado clínico actual y/o los síntomas:
Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos/grave con síntomas psicóticos
Crónico
Con síntomas catatónicos
Con síntomas melancólicos
Con síntomas atípicos
De inicio en el posparto

Si no se cumplen todos los criterios de un episodio maníaco, mixto o depresivo mayor, *especificar* el estado clínico actual del trastorno bipolar I y/o los síntomas del episodio maníaco, mixto o depresivo mayor más reciente:
En remisión parcial/en remisión total
Crónico
Con síntomas catatónicos
Con síntomas melancólicos
Con síntomas atípicos
De inicio en el postparto

Especificar:
Especificaciones de curso longitudinal (con y sin recuperación interepisódica)

(continúa)

Criterios DSM-IV-TR para el diagnóstico de F31.x Trastorno bipolar I [296.xx] *(continuación)*

Con patrón estacional (sólo es aplicable al patrón de los episodios depresivos mayores)

Nota. Este resumen hace referencia a cinco criterios diagnósticos.

Pautas para el diagnóstico diferencial del Trastorno bipolar I

La diferenciación entre el Trastorno depresivo unipolar y el Trastorno bipolar es muy importante porque tanto el tratamiento (p. ej., utilizar un estabilizador del estado de ánimo como el litio o divalproex y restringir los antidepresivos para reducir el riesgo de inducir un Episodio maníaco y una ciclación rápida) como el pronóstico (p. ej., las recurrencias prácticamente seguras en el Trastorno bipolar I) dependen en gran medida de esta distinción. También debe tenerse en cuenta que las personas crónicamente deprimidas pueden malinterpretar un período de eutimia como una elevación anormal del estado de ánimo. Por lo tanto, el clínico debería ser cauto al diagnosticar un Episodio maníaco en este tipo de personas, a menos que los síntomas sean lo bastante graves, duraderos y discapacitantes.

Aunque el diagnóstico de Trastorno bipolar I únicamente requiere la presencia de un Episodio maníaco o mixto, en la práctica tiende a ser el más recurrente de los trastornos, con un 90-95 % de casos en los que se repiten los episodios de alteración del estado de ánimo. En cambio, el curso del Trastorno depresivo mayor es mucho más variable, con un 50 % de probabilidades de padecer otro episodio tras un único Episodio depresivo mayor, un 70 % tras dos episodios y un 90 % tras tres episodios. Una vez que una persona ha sido diagnosticada de Trastorno bipolar I después de haber presentado un Episodio maníaco o mixto bien documentado, el diagnóstico siempre sigue siendo el mismo.

Existen dos cuestiones importantes relacionadas con el abuso de sustancias que pueden afectar el diagnóstico de Trastorno bipolar I. En primer lugar, el abuso de ciertas sustancias puede producir síntomas maniformes que son indistinguibles de los síntomas maníacos primarios. Un análisis de orina positivo, la aparición de los síntomas justo después del consumo de una sustancia o su remisión rápida tras la abstinencia sugieren que dichos síntomas son inducidos por esa sustancia y no forman parte de un Episodio maníaco primario. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que durante un Episodio maníaco, muchas personas tienden a mantener una actividad hedonista, lo que les conduce al consumo de sustancias estimulantes, es decir, la manía puede ser la causa del consumo de drogas y no a la inversa. La presencia de antecedentes familiares de Trastorno bipolar sugiere que el diagnóstico de Episodio maníaco es el más probable.

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Otra cuestión concerniente a la relación entre las sustancias y los Trastornos del estado de ánimo es si los Episodios maníacos inducidos por medicamentos que se producen en aquellas personas que, de otra manera, solamente presentarían episodios depresivos apuntan hacia el diagnóstico de Trastorno bipolar. Algunas medicaciones antidepresivas, la fototerapia y la TEC pueden inducir la manía. El DSM-IV tuvo que valorar el mantenimiento de la convención del DSM-III-R de que tales episodios apuntan hacia el diagnóstico de Trastorno bipolar I y de que, por tanto, obligan a que la ocurrencia de un único Episodio maníaco, inducido por el tratamiento, cambie el diagnóstico de Trastorno depresivo mayor por el inamovible de Trastorno bipolar I. Dado que no está bien establecido el curso en las personas que presentan Episodios maníacos inducidos por el tratamiento, el grupo de trabajo del DSM-IV decidió excluir este tipo de episodios de la definición del Trastorno bipolar I. En su lugar aconsejaron describir este tipo de situaciones mediante un diagnóstico doble: Trastorno depresivo mayor y Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, con síntomas maníacos.

Los síntomas maníacos también pueden aparecer como consecuencia de una enfermedad médica, posibilidad que el clínico debería tener en cuenta, sobre todo cuando los síntomas maníacos presentan un inicio tardío. El Trastorno bipolar suele tener un inicio temprano, en ocasiones anterior a los 25 años. Cualquier síntoma maníaco de inicio tardío sugiere que existe una enfermedad médica o el uso de sustancias o medicación.

El diagnóstico de Ágata parece bastante claro. No es probable una etiología debida al alcohol o a otra sustancia porque no se observan episodios previos de alteración del estado de ánimo y, al parecer, no hay pruebas de un consumo de alcohol o drogas que pueda explicar la gravedad de sus síntomas.

Los Trastornos psicóticos (p. ej., el Trastorno esquizoafectivo, la Esquizofrenia y el Trastorno delirante) pueden compartir varios síntomas con el Trastorno bipolar (p. ej., los delirios de grandiosidad o de persecución, la agitación y la irritabilidad). Sin embargo, cuando los síntomas psicóticos solamente aparecen durante el curso de los episodios de alteración del estado de ánimo, el diagnóstico de Trastorno bipolar es prioritario. En caso de que los síntomas psicóticos persistan tras la remisión de los síntomas del estado de ánimo, debería considerarse el diagnóstico de Trastorno esquizoafectivo.

El clínico debe ser prudente cuando se trata de diagnosticar un Trastorno de la personalidad si existe un Trastorno del estado de ánimo comórbido. Muchas de las conductas que parecen sugerir un Trastorno de la personalidad (p. ej., la irritabilidad, el odio, la inestabilidad o la ira) pueden ser consecuencia de los síntomas del estado de ánimo. Los síntomas del estado de ánimo pueden ser malinterpretados como rasgos característicos del comportamiento previo de la persona. El diagnóstico de Trastorno de la personalidad requiere una observación longitudinal posterior al tratamiento con éxito de los síntomas del estado de ánimo.

El DSM-IV introduce la especificación «con ciclos rápidos» para describir un tipo de Trastorno bipolar especialmente difícil de tratar y en el que se producen al menos 4 episodios de alteración del estado de ánimo durante un período de

12 meses. Aunque el cuadro que presenta Ágata no podría calificarse de ciclos rápidos porque solamente ha tenido 4 episodios de alteración del estado de ánimo durante los pasados 2 años, el clínico debería estar alerta, avisar a la familia de la posibilidad de que estos episodios se produzcan con mayor frecuencia y tomar las medidas oportunas para que esto no suceda. Los factores de riesgo que predisponen a un patrón de ciclos rápidos son el sexo femenino, un elevado nivel de exposición previa a antidepresivos, hipotiroidismo y antecedentes familiares de ciclación rápida. Este tipo de patrón tiene importantes consecuencias sobre el pronóstico y el tratamiento. El Trastorno bipolar con ciclos rápidos se asocia a una mayor morbilidad y riesgo de suicidio, mayores problemas de control y peor respuesta al litio, lo que suele requerir que el clínico deba añadir o utilizar otros estabilizadores del estado de ánimo o tratamiento hormonal tiroideo alternativos.

Tratamiento del Trastorno bipolar I

Una parte crucial del tratamiento del Trastorno bipolar I es la prevención de nuevos episodios de alteración del estado de ánimo. Se trata de un trastorno casi siempre recurrente, por lo que tanto el paciente como su familia deberían recibir información sobre la forma en que la medicación y algunos cambios en el estilo de vida pueden ayudar a prevenir las recaídas. Debería hacerse especial hincapié en la importancia de mantener la medicación estabilizadora del estado de ánimo, reducir el estrés, conservar un patrón de sueño estable y evitar el abuso de sustancias y la sobreestimulación. También se les debería informar de la importancia de estar alerta frente a los signos de recaída, sobre todo frente a la reducción de la necesidad de dormir. El Trastorno bipolar I presenta un elevado riesgo de suicidio, sobre todo al principio de su curso. Por este motivo, en los últimos años se tiende a tratar el trastorno bipolar I de forma más agresiva y persistente mediante una pauta continuada de litio y/u otro estabilizador del estado de ánimo a fin de prevenir el riesgo de suicidio y las recaídas. Por supuesto, es fundamental vigilar cuidadosamente la función tiroidea del paciente, ya que puede alterarse a consecuencia del litio y predisponer los ciclos rápidos. Como ya se dijo, dado que el patrón de ciclos rápidos suele presentar una deficiente respuesta al litio, su presencia debería poner sobre aviso al clínico para que considere tratamientos alternativos, como otros estabilizadores del estado de ánimo y el tratamiento hormonal tiroideo.

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

TRASTORNO BIPOLAR II

Estudio de un caso: El hombre que creía morirse

El Sr. Z es un administrador de 45 años, casado, que acude a la unidad de psiquiatría para ser sometido a una evaluación. Ha sufrido dos hospitalizaciones psiquiátricas por depresión e ideación suicida durante los dos últimos años. En el momento de la admisión, al igual

ANEXO II ACTA 16/2010

5-10

ANE Y JULE

1. Aproximación diagnóstica de la situación psicológica de la niña Ane

Criterios para el diagnóstico del F94.2 Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez (313.89)

A. Relaciones sociales en la mayor parte de los contextos sumamente alteradas e inadecuadas para el nivel de desarrollo del sujeto, iniciándose antes de los 5 años de* edad, y puestas de manifiesto por 1 o 2:

3

1. Incapacidad persistente para iniciar la mayor parte de las interacciones sociales o responder a ellas de un modo apropiado al nivel de desarrollo, manifestada por respuestas excesivamente inhibidas, hipervigilantes, o sumamente ambivalentes y contradictorias (p. ej., el niño puede responder a sus cuidadores con una mezcla de acercamiento, evitación y resistencia a ser consolado, o puede manifestar una vigilancia fría)

   - *Triste y retraída.*
   - *Excesivamente vigilante*
   - *Inhibida, falta de expresión de las emociones*
   - *Rechazo al contacto corporal para ser consolada*

2. vínculos difusos manifestados por una sociabilidad indiscriminada con acusada incapacidad para manifestar vínculos selectivos apropiados (p. ej., excesiva familiaridad con extraños o falta de selectividad en la elección de figuras de vinculación)

   - *Excesiva cercanía y familiaridad con extraños*

B. El trastorno del Criterio A no se explica exclusivamente por un retraso del desarrollo (como en el retraso mental) y no cumple criterios de trastorno generalizado del desarrollo.

C. La *crianza patogénica* se manifiesta al menos por una de las siguientes características:

1. desestimación permanente de las necesidades emocionales básicas del niño relacionadas con el bienestar, la estimulación y el afecto
2. desestimación persistente de las necesidades físicas básicas del niño
3. cambios repetidos de cuidadores primarios, lo que impide la formación de vínculos estables (p. ej., cambios frecuentes en los responsables de la crianza)

D. Se supone que el tipo de crianza descrita en el Criterio C es responsable del comportamiento alterado descrito en el criterio A (p. ej., las alteraciones del criterio A empezaron tras la instauración de los cuidados patogénicos que aparecen en el Criterio C).

2. Como técnico/a del Servicio de Infancia

2.1. VALORA LA SITUACIÓN DE DESPROTECCIÓN DE ARRENE

A. RECEPCIÓN: APERTURA DE EXPEDIENTE:

- **El caso corresponde al Servicio de Infancia.** Pertinencia de apertura de expediente en el Servicio de Infancia. Hermanas con expediente abierto en el S.I. Seguimiento de acogimiento preadoptivo
- Nivel de prioridad 1: urgente por los antecedentes conocidos en el S.I.

B. INVESTIGACIÓN

- ✓ Coordinación con el Trabajador Social del hospital:
- ✓ Remisión de informe-notificación del nacimiento de Arrene.
- ✓ Datos sobre la falta de control de embarazo y sobre el parto extramuros
- ✓ Información sobre la actitud parental de ocultación y evitación de la intervención del S.I.
- ✓ Datos sobre el estado de salud del neonato
- ✓ Coordinación con el Servicio Social de Base para conocer la situación actual de la familia

2

C. VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN DE DESPROTECCIÓN

1. ANTECEDENTES FAMILIARES: Asunción de tutela de las hermanas hace año y medio. Motivos del desamparo:

Inadecuado cumplimiento de las obligaciones parentales:

- negligencia en la atención de las necesidades físicas: 1) Salud 2) higiene ...sus vestidos no se ajustan a la climatología.
- negligencia en la atención de las necesidades emocionales: 1) falta de empatía con las necesidades psicoemocionales de las niñas; se comunican con ellas a través de gritos e insultos; 2) se observa un retraso en el desarrollo madurativo de ambas
- exposición a violencia en el hogar: frecuentes agresiones de pareja en presencia de las menores.
- Delegación de funciones marentales en su madre, Rosa. Padre de Ane y Jule, modelo parental asocial y ha delegado las funciones parentales en Susana y en Rosa

2. Falta de interés en el mantenimiento de la relación y comunicación con sus hijas. Incumplimiento del régimen de visitas

Se establece un régimen de visitas (1 hora diaria) con padre y madre de las niñas en el centro, siendo éstas supervisadas por personal del mismo. El cumplimiento de las visitas es muy escaso en el caso del padre (20%) sin que exista justificación y la madre, aunque acude un 75% de los días muestra una actitud pasiva, limitándose a traerles un paquete de chuches y sentarse en el sofá a mirar como se los comen.

3. Nula conciencia de problema y rechazo a la intervención educativa

4. Fracaso del plan de reintegración familiar relativo a las hermanas Ane y Jule

OTROS FACTORES DE RIESGO:

- ✓ No hay otras personas en el domicilio que puedan compensar las limitaciones de los padres. Abuelo alcohólico, abuela enferma mental y tio disocial: hipótesis de falta de colaboración de estas personas por su propia disfuncionalidad.
- ✓ Embarazo sin control y parto extramuros. Actitud de evitación a la posible intervención de los agentes sociales.
- ✓ Alta vulnerabilidad del bebé, sin posibilidad de supervisión/control externo

3. TOMA DE DECISIÓN Y PLAN DE CASO

OPCIÓN A)

NECESARIA MEDIDA DE PROTECCIÓN URGENTE

Asunción de tutela y guarda:

5

1. Propuesta a la **CPIA** (Comisión De protección a la Infancia y Adolescencia) de la medida de protección de urgencia. Elaboración de la Orden Foral.

2. **Notificación** presencial a los padres en menos de 48 h. Coordinación con el hospital para la no alta médica/ingreso en neonatos hasta la asunción de la tutela.

3. La asunción de la **guarda**. Dos posibilidades:

   Familia de acogida de urgencia. Opción prioritaria

   Centro de acogida lactantes. En caso de no disponibilidad de familia

4. Establecimiento de un **régimen de visitas** para los padres: frecuencia (justificar). Posibilidad de que sean supervisadas para valorar interactuación.

Finalidad : En principio separación temporal, condicionada al desarrollo del Plan de Trabajo con los padres orientado a la reintegración familiar. Pero si se valora falta de motivación y escasa respuesta parental/capacidad de cambio, optar por plan de contingencia en aras a una medida de protección estable.

Plan de trabajo con los padres

- CONSENSUADO/POR ESCRITO/FIRMADO
- OBJETIVOS:
  - Area de la vivienda
  - Area de inserción sociolaboral
  - Area de habilidades educativas
  - Area de las relaciones de pareja
- DURACIÓN: 3-6 meses. Pero si se valora escasa capacidad de cambio cuanto antes, optar por garantizar la adecuada atención de las necesidades de la bebé
- EVALUACIÓN DEL PLAN:
  - Capacidad de cambio para el ejercicio parental
  - Logros conseguidos
  - Motivación para el mantenimiento de la relación y comunicación con sus hijas
- PLAN DE CONTINGENCIA: separación definitiva e integración en una nueva familia

NUEVA MEDIDA DE PROTECCIÓN A PROMOVER:

- Promover el acogimiento en familia ajena orientado a la adopción
- Sondear la posibilidad de acogimiento en la misma familia que las hermanas
- En caso de ser una familia diferente, cuidar el proceso de desvinculación-acoplamiento. En su caso, promover la relación entre las hermanas
- Instar procedimiento judicial de Privación de Patria Potestad

OPCIÓN B)

FINALIDAD: **2**

Programa: PRESERVACIÓN FAMILIAR con seguimiento en el núcleo familiar a través de la figura de un educador:

- Objetivos
- Dificultades
- Valoración del riesgo

Plan de trabajo con los padres

- CONSENSUADO/POR ESCRITO/FIRMADO
- **INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN EL DOMICILIO DE ALTA INTENSIDAD**
- OBJETIVOS:
  - Area de la vivienda
  - Area de inserción sociolaboral
  - Area de habilidades educativas
  - Area de las relaciones de pareja

- EVALUACIÓN DEL PLAN
  - Capacidad de cambio para el ejercicio parental
  - Logros conseguidos
  - Motivación para el mantenimiento de la relación y comunicación con sus hijas

Si fracasa el plan de trabajo:

Programa de Separación definitiva e integración en nueva familia. Orientación hacia adopción

Valorar la posibilidad de que sea acogida por la familia de sus hermanas Ane y Jule como primera opción. Si no, buscar otra familia