



Distrito Sanitario Jaén  
Servicio Andaluz de Salud  
Consejería de Salud

# Atención integral al adolescente

## Casos clínicos 2011



*Coordinadores:*  
Alejandro Pérez Milena  
Andrés Moreno Corredor  
Javier Valverde Bolívar

**ud** JAÉN  
unidad docente  
MEDICINA FAMILIAR

grupo de estudio  
del Adolescente

SAMFyC  
Gredol

© 2011 Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Jaén.

Distrito Sanitario de Jaén.

**greAdOI** (Grupo de Estudio del Adolescente de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria)

Avda Ejercito Español 10. (23007) Jaén.

Todos los derechos reservados, ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida o transmitida en cualquier forma por medios electrónicos, mecánicos o fotocopias sin la autorización previa de los coordinadores de la obra y los propietarios del *copyright*.

No obstante, la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Jaén y el Grupo de Estudio del Adolescente de SAMFyC estimulan y autorizan la utilización del material siempre que se cite su procedencia.

Coordinadores:

Alejandro Pérez Milena

Andrés Moreno Corredor

Javier Valverde Bolívar

ISBN 978-84-694-6341-3



## Índice

	Introducción.....	1
	Herramientas para la práctica de la Atención Familiar. Protocolo para el abordaje biopsicosocial del adolescente.....	2
	<i>Luis de la Revilla Ahumada</i>	
Caso nº 1	Mi hijo no quiere seguir viviendo..... <i>Erika Milena Gómez Otálora, M<sup>a</sup> Ángeles López Alba</i>	14
Caso nº 2	Un embarazo bien recibido ..... <i>Fernando Gámez Gámez, Margarita Morales Guerrero</i>	18
Caso nº 3	Un embarazo mal recibido ..... <i>Olivia Medina Medina</i>	21
Caso nº 4	Un adolescente con mala relación familiar ..... <i>Verónica Marín Parrilla</i>	25
Caso nº 5	Adolescencia e identidad biológica ..... <i>Ángel Jesús Mendaro Díaz, Pablo Olmedo Carrillo</i>	29
Caso nº 6	Conductas violentas en una familia desestructurada ..... <i>Juan Andrés Ramos Ruiz, Alejandro Pérez Milena</i>	34
Caso nº 7	Problemas con las redes sociales ..... <i>Beatriz Muñoz Jiménez, Manuel Aparicio Mora</i>	38
Caso nº 8	Mi hijo no me come ..... <i>Carolina Guerrero González, M<sup>a</sup> Carmen Rubio Miguel</i>	42
Caso nº 9	Una adolescente con diarrea y ansiedad ..... <i>Manuel Osuna Díaz, Montserrat Rueda Rojas</i>	45
Caso nº 10	Una adolescente con problemas de peso ..... <i>Inmaculada Mancilla Mariscal, Luis Alberto Luciani Huacac</i>	47
Caso nº 11	Violencia de género y absentismo escolar ..... <i>Juan José Gómez Priego, Edgar Cesar Guidi</i>	50
Caso nº 12	Influencia de los pares en hábitos de vida nocivos ..... <i>José María Conchilla, José Manuel Suarez Sánchez, Juan Ramón Toribio Onieva</i>	52
Caso nº 13	Una adolescente con ansiedad y disfunción familiar ..... <i>Gonzalo Palma Gómez de la Casa, Siham El Fazazi</i>	56
Caso nº 14	Consumo de drogas y cambio de comportamiento ..... <i>Luisa María Leiva Hervás, Rocío Escudero Garzás</i>	60
	Índice de autores .....	64

## INTRODUCCIÓN

La adecuada formación biopsicosocial de los médicos residentes de Medicina Familiar es una tarea primordial durante los cuatro años de actividad del MIR. Las características diferenciadoras de la Medicina de Familia y de la labor médica en Atención Primaria hacen prioritario conocer y practicar una atención sanitaria holística que integre en un mismo paciente sus parámetros biológicos, psicológicos, familiares y sociales para poder ofrecer soluciones integrales a los problemas planteados.

Dentro de las competencias propias de un médico de familia se encuentran las relacionadas con la atención al individuo, siendo necesario un conocimiento del abordaje de los adolescentes, considerados como un grupo poblacional con características especiales. Pese a la baja frecuentación de este colectivo, los cambios corporales y psicosociales del adolescente lo hacen especialmente vulnerable. Esto provoca además numerosos conflictos familiares derivados del cambio de ciclo vital, lo que se traduce en síntomas que desconciertan al médico que atiende al adolescente y a su familia.

La Atención Familiar (como área de conocimiento específica), el Estudio Integral de los Casos Clínicos y, por último, la Resolución de Problemas basada en la realización de Tareas, como técnica terapéutica específica, son los elementos que permiten a los médicos residentes valorar y tratar más eficientemente los problemas que los adolescentes y su familia presentan en cada una de sus consultas.

**Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Jaén  
Grupo de Estudio del Adolescente (Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria)**

Jaén, septiembre de 2011.

## HERRAMIENTAS PARA LA PRÁCTICA DE LA ATENCIÓN FAMILIAR PROTOCOLO PARA EL ABORDAJE BIOPSIICOSOCIAL DEL ADOLESCENTE

Luis de la Revilla Ahumada

Para Ríos González<sup>1</sup>, la adolescencia es un periodo muy maltratado y mal tratado. Maltratado porque se le han dado calificativos cargados de negativismo: edad difícil, ingrata, edad tumultuosa. Mal tratado porque se ha ignorado que en ella tiene lugar un fenómeno crucial para la estabilidad, cohesión y progreso de lo que será el adulto que va a nacer ahí. El contexto familiar va a ser la clave para que esta evolución siga adelante o frene el desarrollo, produciendo fijaciones disfuncionales y su consecuente sintomatología. La adolescencia, por tanto, tiene unos rasgos distintivos que le confieren la denominación de **crisis del desarrollo**, en la que los cambios físicos y la consolidación de las capacidades cognitivas y de la identidad así como la integración social son evidentes. Sin embargo, es necesario no ver este periodo sólo desde un prisma lleno de visiones tremendistas y conflictivas puesto que, aunque es importante, no es tan diferente ni definitiva como en muchas ocasiones se ha querido destacar.

La llegada de un hijo a la adolescencia lleva consigo adaptaciones en la estructura y organización familiar. La familia debe transformarse de una unidad que protege y cría a los niños en una unidad que es el centro de preparación del paso del adolescente al mundo de las responsabilidades y compromisos de los adultos. Esta metamorfosis de la familia incluye profundos cambios en los modelos de relación existentes durante generaciones y aunque normalmente su comienzo esté señalado por la madurez física del adolescente, a menudo coincide con los cambios que se producen en los padres al llegar a los cuarenta años y en los abuelos al llegar a la tercera edad.

La presencia de un adolescente produce cambios estructurales y funcionales familiares y obliga a una negociación de los roles familiares de, al menos, tres generaciones de parientes. Es frecuente que los padres y los abuelos tengan que redefinir sus relaciones durante este periodo, del mismo modo que los cónyuges tengan que renegociar su matrimonio y que los hermanos se empeñen en una lucha por ocupar su lugar en la familia<sup>2</sup>. Debido a la importancia que tienen las necesidades y demandas de los adolescentes, éstos suelen actuar como catalizadores para reactivar problemas y establecer triángulos relacionales en continuo movimiento. La lucha por satisfacer estas necesidades, a veces saca a la luz conflictos sin resolver entre los padres o entre padres y abuelos. La tensión y el estrés que causa un adolescente en su familia pueden verse acentuados cuando los padres se encuentran insatisfechos y se sienten obligados a hacer cambios en ellos mismos. Al mismo tiempo, los abuelos pasan por la jubilación, enfermedad o muerte. Por otra parte, la demanda de una mayor autonomía e independencia suele conllevar la aparición de miedos de pérdida y rechazo en los padres. Para conseguir su autonomía, el adolescente necesita ser cada vez más responsable de sus propias decisiones, pero sin dejar por ello de necesitar la supervisión de los padres.

Existen factores socioculturales que influyen en el desarrollo de esta etapa del ciclo vital familiar (CVF). Los modelos de relación se ven muy influenciados por el origen étnico y la cultura que se ha transmitido a lo largo de generaciones y mientras los anglosajones tienden a promover una temprana separación de los adolescentes de sus familias, los mediterráneos, especialmente españoles e italianos, intentan mantener a sus adolescentes en casa durante más tiempo.

El lugar de residencia es otro factor que también influye, así mientras que los adolescentes que crecen en las ciudades se ven rodeados de una mayor diversidad de estilos de vida y modelos de roles, lo que puede aumentar las distancias con los padres e intensificar los conflictos normales de esta etapa, los adolescentes de áreas rurales se ven más aislados y dependen más de la familia para el transporte y la estimulación social. También el divorcio de los padres afecta al desarrollo de esta etapa: el cambio en la estructura familiar difuminaría los límites y se estrecharían los vínculos entre padres y adolescentes. Los adolescentes asumirían roles de adulto intentando reemplazar al padre que falta y apoyando al otro. La familia, el entorno social próximo y la escuela se conforman como los espacios donde se origina el estrés social, que en muchas ocasiones son capaces de originar problemas psicosociales en el adolescente<sup>3</sup>.

El nuevo enfoque requiere un soporte, un protocolo, que permita almacenar los datos para el estudio psicosocial de los adolescentes que permite verter en él, de forma ordenada, todos los datos que se recogen en la entrevista clínica. Para que el protocolo sea un documento útil es necesario que la entrevista clínica, vinculo de la relación y comunicación entre el médico y el paciente tenga en cuenta algunos aspectos y determinadas peculiaridades del adolescente. De forma sucinta vamos a señalar algunas peculiaridades y recomendaciones en relación con la entrevista con adolescentes.

### Recomendaciones generales para realizar la entrevista.

La entrevista con adolescentes puede facilitarse si se atiende a estas recomendaciones.

1. **El acto social.** Salvo en aquellos casos en los que el adolescente conoce al médico por haberlo visto en anteriores consultas, se deberá iniciar la entrevista con su presentación, así como la de otros profesionales que estén en la consulta, luego se presentara el adolescente, recabando información acerca del nombre o apodo con el que quiere que se le trate.
2. **Comunicación no verbal.** Se atenderá a su comportamiento desde que entra en la consulta, forma de sentarse, ropa, gestos, etc.
3. **Escuchar** cuidadosa y atentamente **todo lo que nos cuenta**, aunque los problemas que refiera parezcan poco importantes.
4. **Ser cuidadoso con el lenguaje** que se usa, a veces puede ser contraproducente utilizar el "argot" al uso y de moda entre los adolescentes.
5. El proceso de **atender a un adolescente** debe realizarse **de forma integral**, como se recomienda en este protocolo, que tiene en cuenta tanto los aspectos personales como los familiares y sociales. Es interesante, para seguir este caminos usar el acrónimo F.A.C.T.O.R.ES, propuesto por García Tornel<sup>5</sup>: **Familia:** interacción con padres, hermanos y miembros de las familias de origen. **Amistades:** relaciones escolares y con los pares, actividades lúdicas y deportivas. **Colegio-trabajo:** rendimiento escolar o en el trabajo. **Tóxicos:** abuso de alcohol, drogas, tabaco. **Objetivos:** plantear metas en el trabajo, estudio con la familia y los amigos. **Riesgos:** de accidentes, de regímenes dietéticos, violencia, abuso sexual. **Estima:** valoración positiva de la propia imagen, autoestima. **Sexualidad:** actividades, información, identidad.
6. **Realizar connotaciones positivas**, siempre que se pueda, recalando sus habilidades, sus acciones positivas, su generosidad, etc.
7. **Tener en consideración las conductas de riesgo**, entendiéndolas como aquellas actividades que pueden afectar o comprometer el desarrollo psicosocial normal durante este periodo del desarrollo.
8. **Escuchar** y observar **más que hablar**, se deberá atender de forma receptiva todas las demandas, observaciones y preocupaciones que comunique el adolescente, al mismo

tiempo que observaremos su conducta en la consulta, forma de vestirse, forma de comportarse y su estado de ánimo.

### Actitudes del médico y el adolescente en la consulta

Como señalan Cornellá y Llusent<sup>5</sup>, en el espacio de la consulta los dos protagonistas, el médico y el adolescente, pueden adoptar posiciones o roles que debemos de conocer, ya que en ocasiones pueden tener un carácter negativo y en consecuencia dificultar la entrevista, la recogida de datos y especialmente las relaciones entre ambos.

4

#### ▪ Por parte del adolescente:

En ocasiones, el adolescente adopta una actitud, que dificulta mantener una buena comunicación y una relación normal, como ocurre en las siguientes circunstancias:

**Adolescente agresivo.** En estos casos, el consultante se muestra una vez enojado, otras negativo e incluso agresivo, lo que dificulta la entrevista e impide conocer sus sentimientos o las causas de esta actitud.

**Adolescente hablador.** A veces el adolescente permanece durante la entrevista hablando de forma continua, tratando asuntos intrascendentes y ajenos al problema que motivó su demanda, como si quisiera no tratar aquellos temas que considera conflictivos o difíciles de contar.

**Adolescente silencioso.** Esto ocurre sobre todo cuando el adolescente es obligado por sus padres a acudir a la consulta. Con esta actitud expresa una vez el miedo a verse frente al médico y otras el temor a tener que abordar temas o hechos que le resulta difícil contar.

#### ▪ Por parte del médico:

Durante la entrevista el médico puede asumir un papel receptivo, ayudando al adolescente a comprender su enfermedad y a implicarlo en la recuperación de la salud, pero especialmente a entender los problemas psicosociales, ayudándole a resolver los conflictos con la familia y su entorno social. Otras, por desgracia adoptando roles que hacen difícil la relación médico-paciente. Son los casos siguientes:

**Médico aliado con los padres.** Esta actitud puede ser vivida por el adolescente como una alianza entre mayores, que no entienden ni quieren comprender sus problemas. Es una situación que cierra la posibilidad de ayudar al paciente.

**Médico moralizante.** Se muestra crítico con la visión que tiene el adolescente de la vida, sobre sus aventuras personales, acerca de la sexualidad, etc., dando consejos negativos, planteando una visión estrecha y rígida ante cualquier proyecto o actividad que sugiera el adolescente.

**Médico aliado del adolescente.** Se posiciona en el otro extremo, es decir, adopta un rol de "colega", que rechaza sistemáticamente las ideas de los padres, en una exagerada alianza con el adolescente.

### Análisis del Protocolo para el estudio biopsicosocial del adolescente.

Con la **terapia basada en la resolución de problemas** intentamos ayudar a los pacientes a identificar los conflictos que son el origen de sus manifestaciones clínicas y a buscar las soluciones más eficientes. A esta técnica individual, cognitivo-conductual, le añadimos el **abordaje familiar**, utilizando instrumentos que permitan conocer el papel de la estructura y el desarrollo familiar, de la interacción y de los conflictos relacionales entre sus miembros, así como de los recursos que puede encontrar en la familia para resolver los problemas.

Este proceso terapéutico, individual y familiar, consistente en reconocer la existencia de un problema, su formulación y definición, buscar las soluciones factibles y adecuadas, toma de decisiones, puesta en marcha de las tareas y evaluación de la solución intentada. A lo que se



añadirá el estudio de variables familiares que guarden relación con el problema y sus soluciones. El proceso de resolución de problemas se llevara a cabo en cuatro etapas, que seguirán una cronología previamente establecida, que no será rígida, puesto que pueden producirse circunstancias que modifiquen los tiempos e incluso las metas a alcanzar y la toma de decisiones. A continuación se exponen las etapas del proceso terapéutico.

**Primera etapa:**  
**Selección del caso y explicación del método terapéutico.**

El primer paso del proceso será el de seleccionar, en la consulta a demanda, a aquellos pacientes en los que por su clínica pensemos que puede tratarse de un problema psicosocial que necesite este tratamiento. Existen determinados motivos de consulta que pueden sugerirnos que detrás del paciente subyace un problema relacionado con la familia o el entorno social. Por ello, recomendamos utilizar este método terapéutico, basado en la resolución de problemas ante las situaciones clínicas.

Una vez seleccionado al paciente, el siguiente paso será preguntarle si en este último año ha sufrido eventos estresantes y, en caso afirmativo, explicarle que es posible que sus manifestaciones clínicas estén relacionadas con los problemas o eventos estresantes que ha referido. Hay que indicar también que para resolverlos será necesario seguir un tratamiento distinto, encaminado a profundizar sobre los problemas, a evaluar su relación con variables familiares, generar soluciones y ofertar directivas de cambio.

**Segunda etapa:**  
**Descubrir, definir y clasificar los problemas, luego construcción del genograma.**

En esta fase del proceso terapéutico, primero se clasificarán los problemas o acontecimientos vitales estresantes que refiere el enfermo y luego se estudiará la situación del paciente en el contexto familiar. Para ello en primer lugar se construirá el genograma para estudiar las variables familiares y del entorno social y después se elaborará una lista con todos los problemas.

**1. Elaborar la lista de problemas**

Le pediremos al adolescente que nos cuente cuales son los problemas o eventos estresantes que ha sufrido últimamente y luego le invitaremos a que nos ayude, con los datos que nos ha aportado, a escribir la lista de problemas. Para descubrir mejor los problemas, o cuando el paciente tenga dificultades para comunicarlos o expresarlos, podemos utilizar una lista de factores psicosociales o de acontecimientos vitales estresantes a modo de guía.

**2. Usar el genograma para el estudio de la familia y el entorno social.**

Para realizar esta fase de la intervención debemos construir, leer e interpretar el genograma. En la lectura del genograma se evaluará la estructura familiar, la etapa del CVF, los eventos estresantes y pautas generacionales, la red y el apoyo social, las interacciones y conflictos entre los miembros de la familia y el entorno social y se interpretan los datos obtenidos en la lectura siguiendo los criterios señalados por De la Revilla<sup>6</sup>.

**3. Relacionar los datos obtenidos tras la lectura e interpretación del genograma y la lista de problemas elaborada por el paciente**

Durante esta fase del proceso debemos seguir los siguientes pasos:

- Evaluar las diferencias y similitudes entre los datos que aportan el genograma y los problemas referidos por el paciente.

- Configurar una nueva lista con los problemas elaborados por el paciente y los datos aportados por la lectura e interpretación del genograma.

#### 4. Seleccionar los problemas sobre los que se va a intervenir

<b>Tercera etapa:</b> <b>Generar soluciones y elegir la más idónea.</b>
--

Durante esta etapa se invitará al paciente a que exponga todo tipo de alternativas para solucionar el problema, sin ninguna limitación, incluyendo todas aunque sean impracticables o disparatadas. En esta fase debemos incorporar los datos aportados por la lectura del genograma para, en caso necesario, enriquecer o modificar las alternativas propuestas. Se trata como vemos de generar y elegir las soluciones más idóneas.

##### 1. Generar soluciones

Una vez seleccionado el problema sobre el que se va a intervenir se pedirá al paciente señale y describa todas las soluciones que se le ocurran para resolver el problema. Se recomienda que en este proceso tenga en cuenta estos aspectos:

- Cuantas más soluciones se propongan, más posibilidades existen de elegir la más idónea.
- La lista inicial de soluciones se puede aumentar mediante un proceso de modificación y elaboración.

##### 2. Utilización del genograma en la generación de soluciones

La lectura e interpretación del genograma, lo deberemos usar para mejorar las soluciones propuestas y analizar lo que puede aportar el estudio de las dimensiones de la red y el apoyo social en la solución de los problemas.

##### 3. Elegir la solución más idónea.

En esta fase el paciente revisará detenidamente las soluciones planteadas, para elegir aquellas que se considere pueden tener más éxito en la solución del problema. Para llevar a cabo esta elección se tendrán en cuenta estas consideraciones

- Las soluciones propuestas deberán alcanzar unos **objetivos determinados**.
- Se utilizarán los **datos aportados en la interpretación del Genograma** para aclarar aspectos que permitan elegir las soluciones más útiles, atendiendo de forma especial a los problemas de pareja, las que tienen que ver con conflictos en las relaciones entre las familias de origen y procreación o con los problemas relacionales entre los miembros de la familia o con las persona del entorno social. También se valorarán los recursos con que cuentan para poner en marcha la solución elegida, etc.

##### 4. Las tareas para solucionar el problema

Se especificarán con claridad las tareas que debe de realizar para solucionar los problemas.

<b>Cuarta etapa:</b> <b>Puesta en práctica de la solución elegida y evaluación.</b>
--

Esta etapa tiene dos fases. La primera de ellas consta de los siguientes puntos:

1. **Lista de soluciones al problema.** Se anotarán todas las soluciones que se ocurran al paciente para resolver el problema. No hay que olvidar anotar dos soluciones extremas, una de absoluta inmovilidad y otra de ruptura.

2. **Datos aportados por el Genograma para cambiar o ampliar la lista de soluciones.** Se describirán los datos procedentes de la lectura e interpretación del genograma en las que se incorporan nuevas soluciones o modifican y enriquecen las propuestas anteriores.
3. **Recursos con que cuenta para solucionar el problema.** Tras la lectura del genograma se indicará si el paciente tiene o no recursos para potenciar la solución a los problemas. Luego a partir del estudio de las dimensiones de la red y el apoyo social se evaluará los recursos que tiene para solucionar el problema.
4. **Las soluciones seleccionadas.** Se expondrán las soluciones elegidas y las razones de su elección, señalado además los objetivos a alcanzar y los datos aportados por la lectura del genograma para elegir la solución. En hoja aparte se escribirán los datos recogidos con la técnica de los “pros y contras”. En hoja aparte se describirá el proceso de la intervención de red, en caso de usarse.
5. **Tareas a cumplimentar.** Se describirán las tareas recomendadas para solucionar el problema. Se describirá la intervención propuesta, asesoramiento familiar anticipatorio, consejo, directivas o asesoría.

La fase final de la intervención requiere una evaluación de los resultados. Periódicamente se evaluarán los resultados, se rectificará en caso necesario o se plantearán nuevas hipótesis e intervenciones. Todo esto se escribirá en el protocolo.

#### El Protocolo para el estudio biopsicosocial del adolescente.

El protocolo recoge de una forma ordenada todos los datos, tanto clínicos como psicosociales, de comportamientos de riesgo y familiares, que permiten una aproximación integral e integrada al adolescente. El protocolo sobre el abordaje biopsicosocial del adolescente, consta de seis partes: la **primera** se ocupa de los datos de filiación, la **segunda** se refiere a los problemas de salud, comenzando por el motivo de consulta y siguiendo por los problemas clínicos y los planes terapéuticos recomendados. La **tercera** se ocupa del estudio de la familia, en ella la parte más importante corresponde a la construcción y lectura del genograma, le sigue la identificación y evaluación cuantitativa y cualitativa de los acontecimientos vitales estresantes, el conocimiento de las dimensiones de la red y el apoyo social y el análisis de la función familiar. La **cuarta** atiende a las características medio-ambientales, a través de la construcción del mapa del hogar para conocer sus características, los confines territoriales y emocionales del adolescente y la circulación y ocupación de los espacios. En la **quinta** parte se recoge la hipótesis sistémica o diagnóstico biopsicosocial y la intervención y en la **sexta** se recoge de la evolución del caso así como los resultados terapéuticos. En el anexo final exponemos de forma pormenorizada los distintos elementos que configuran el protocolo.

A continuación se expone la forma más adecuada de cumplimentar el protocolo:

#### **1. PROTOCOLO NUMERO:                      HISTORIA CLINICA Nº:**

Cada protocolo se identifica por un número, que indica el orden en que se incorporó el paciente al protocolo y la letra inicial del centro de salud (Ejemplo: 2-Ch= se trata del segundo protocolo incorporado al programa del adolescente que se realizó en el centro de salud de la Chana).

Se anotará el número de la historia clínica del paciente

#### **2. CIUDAD:**

Se escribirá el nombre de la ciudad o pueblo donde se encuentra el Centro de Salud u Hospital

#### **3. CENTRO DE SALUD/HOSPITAL**

Se anotará el nombre del Centro de Salud u Hospital donde se pone en marcha el protocolo

**A) DATOS DE FILIACION**

**1. PACIENTE:** .....

Edad:.....

Se escribirá el nombre y apellidos del adolescente y su edad

**2. ADOLESCENCIA:**

Colocar el número correspondiente a la etapa en que se encuentre el paciente: (1) Adolescencia temprana (entre los 11 y los 13 años). (2) Adolescencia media (Entre los 14 y los 19 años). (3) Adolescencia tardía (entre los 20 y los 23 años).

**3. NIVEL DE ESTUDIOS:**

Se pone el número que corresponde al nivel de estudios: (1) Primarios, (2) Bachiller, (3) Universitarios.

**B) DATOS CLINICOS**

**1. MOTIVO DEL ESTUDIO:**

Se anota el número que corresponda con el motivo de la consulta: (1) Asesoramiento anticipatorio. (2) Conflictos familiares. (3) Problemas escolares. (4) Comportamientos de riesgo. (5) Problemas clínicos. (6) Otros motivos (se describen).

**2. MANIFESTACIONES CLINICAS:**

**2.1. Tratamientos prescritos:**

En este apartado se escribirán las manifestaciones clínicas motivo de la consulta, el diagnóstico y los antecedentes clínicos de interés

**3. LISTA DE PROBLEMAS**

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....
- 6.....

ÉSTA ES UNA DE LAS PARTES MÁS IMPORTANTES DEL PROCESO: Se anotarán todos los problemas o eventos estresantes que cuente el paciente, colocándolas en mismo orden el orden que los relata y utilizando sus propias palabras.

**4. COMPORTAMIENTOS DE RIESGO:**

Se enumeran: (1) accidentes, (2) alcohol, (3) drogas, (4) embarazo, (5) delincuencia, (6) otros (describir).

**5. PROBLEMAS ESCOLARES:**

(1) fobia escolar, (2) absentismo escolar, (3) fracaso escolar, (4) problemas con los escolares, (5) problemas con los compañeros, (6) otros: describir.

**6. PROBLEMAS CON LOS PARES:**

(Describir)

**C) ESTUDIO DE LA FAMILIA**

**1. GENOGRAMA**

**CONSTRUCCIÓN y LECTURA:** Una vez construido el genograma, se escribirán los datos de la lectura:

**1.1. ESTRUCTURA FAMILIAR**

Se escribirá la tipología estructural: (1) familia nuclear, (2) f. nuclear ampliada con parientes, (3) familia monoparental, (4) familia reconstituida.

**1.2. CICLO VITAL FAMILIAR**

(1) etapa II-B, III (2), IV (3), V (4) Ciclo vital desestructurado (5)

**1.3. ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES:**

Se escribirán los AVE que estén descritos en el genograma.

**1.4. RED SOCIAL y APOYO SOCIAL:**

Número de personas que forman la red, número de personas de la red familiar, número de personas de la red extra familiar. También se marca: (1) apoyo instrumental, (2) apoyo afectivo, (3) apoyo confidencial (4) interacción social positiva.

**1.5. MAPA RELACIONAL:**

**2. USO DE OTRAS TECNICAS DE ABORDAJE FAMILIAR**

**2.1. Escala de Reajuste Social:**

Aquí se coloca la suma de las unidades de cambio vital (UCV) que corresponda a los eventos estresantes señalados por el paciente en la escala de Holmes y Rahe (Usar solo en caso necesario para completar la lista problemas).

**2.1. Cuestionario MOS:**

Se usa el cuestionario para identificar la red social y las dimensiones del apoyo social.

**2.2. APGAR FAMILIAR**

Se coloca el resultado obtenido con la suma de los puntos de las cinco preguntas del cuestionario.

***D) ESTUDIO MEDI-AMBIENTAL: MAPA DEL HOGAR***

Se invitará al adolescente a dibujar su casa en el plano de su hogar, e iremos anotando con él los datos de características del hogar, circulación y ocupación de los espacios

**1.- CARACTERISTICAS DEL HOGAR:**

**1.2. CALEFACCION:**

(1) butano, (2) eléctrica (3) gas, (4) central.

**1.3. HIGIENE:**

(1) normal, (2) mala, (3) riesgo.

**1.4. ILUMINACIÓN:**

(1) normal, (2) deficiente.

**2.- LOS CONFINES TERRITORALES Y EMOCIONALES:**

**2.1. ¿TIENES UN ESPACIO PARA TI SOLO?:**

Si (1), no (2). EN CASO AFIRMATIVO, INDICAR CUAL ES:

**2.2. ¿TIENES BIEN DELIMITADO EL ESPACIO PARA DEFENDER TÚ INTIMIDAD?:**

Si (1), no (2)

**2.3. ¿CREES QUE DEBERIAN HACERSE CAMBIOS EN TU CASA PARA VIVIR MEJOR?:**

Si (1), no (2). EN CASO AFIRMATIVO, INDICA CUALES SON LOS CAMBIOS

**3.- CIRCULACIÓN Y OCUPACIÓN DE LOS ESPACIOS:**

Se indica con una doble flecha la circulación del paciente y otros miembros de la familia.

***E) ANALISIS FINAL DE LOS PROBLEMAS E INTERVENCION***

## Bibliografía.

1. Ríos González JA. El sistema familiar. En: Ríos González JA, ed. Manual de orientación y terapia familiar. Madrid: Instituto de ciencias del hombre, 1994.
2. Marcos B. La adolescencia en el contexto familiar. En Revilla L de la. Manual de Atención familiar. Bases para la práctica familiar en la consulta. Granada, Fundación para el Estudio de la Atención a la Familia, 1999.
3. De la Revilla Ahumada, L, De los Ríos Álvarez A. Abordaje familiar de los problemas psicosociales. En: Martín Zurro A, Cano Pérez, JF. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Barcelona, Elsevier España, 2008.
4. García-Tornel S, Gaspá J. Control de salud en la población adolescente. *Pediatría Integral* 1997; 2: 285-295
5. Cornella Canals J, Llusent Guillamet A. La relación médico-adolescente. La entrevista clínica. En: Castellano Barca G, Hidalgo Vicario MI, Redondo Romero AM. Medicina de la adolescencia. Atención integral. Madrid. Ergon, 2004.
6. De la Revilla L. Bases teóricas, instrumentos y técnicas de la atención familiar. Granada: Ed. Adhara-Fundesfam 2005.

**PROTOCOLO: ABORDAJE BIOPSIOSOCIAL DEL ADOLESCENTE**

1. PROTOCOLO NUMERO:                      HISTORIA CLINICA N°:  
2. CIUDAD:  
3. CENTRO DE SALUD/HOSPITAL

**A) DATOS DE FILIACION**

1. PACIENTE: .....  
    Edad:.....

**2. ADOLESCENCIA:**

Podemos dividir a la adolescencia en tres etapas:

(1) Adolescencia Temprana (entre los 11 y los 13 años). (2) Adolescencia Media (entre los 14 y los 19 años). (3) Adolescencia Tardía (entre los 20 y los 23 años)

3. NIVEL DE ESTUDIOS:

**B) DATOS CLINICOS:**

**1. MOTIVO DE LA CONSULTA:**

(1) Problemas clínicos. (2) Problemas escolares (3) Conflictos familiares.  
(4) Comportamientos de riesgo. (5) Asesoramiento anticipatorio (6) Otros motivos

**2. MANIFESTACIONES CLÍNICAS:**

2.1. Tratamientos prescritos:

**3. LISTA DE PROBLEMAS**

- 1.....  
2.....  
3.....  
4.....  
5.....  
6.....

**4. COMPORTAMIENTOS DE RIESGO:**

(1) accidentes, (2) alcohol, (3) drogas, (4) embarazo, (5) delincuencia, (6) otros: describir.

**5. PROBLEMAS ESCOLARES:**

(1) fobia escolar, (2) absentismo escolar, (3) fracaso escolar ,(4) problemas con los escolares, (5) problemas con los compañeros, (6) otros: describir.

**6. PROBLEMAS CON LOS PARES:** (Describir)

**C) ESTUDIO DE LA FAMILIA**

**1. GENOGRAMA**

1.1. ESTRUCTURA FAMILIAR

1.2. CICLO VITAL FAMILIAR

1.3. ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES:

1.4. RED SOCIAL y APOYO SOCIAL:

1.5. MAPA RELACIONAL:

**2. USO DE OTRAS TECNICAS DE ABORDAJE FAMILIAR**

2.1. ERS:

2.2. MOS

2.3. APGAR FAMILIAR

***D) ESTUDIO MEDI-AMBIENTAL: MAPA DEL HOGAR***

**1.- CARACTERISTICAS DEL HOGAR:**

**2.- LOS CONFINES TERRITORALES Y EMOCIONALES:**



**3.- CIRCULACIÓN Y OCUPACIÓN DE LOS ESPACIOS:**

**E) ANALISIS FINAL DE LOS PROBLEMAS E INTERVENCIÓN**

**A) PRIMERA PARTE**

**1.-LISTA DE PROBLEMA:**

.....  
.....  
.....

**2.- AMPLIACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE LA LISTA DE PROBLEMAS EN RELACIÓN CON LA LECTURA DEL GENOGRAMA Y DE OTRAS TÉCNICAS:**

.....  
.....

**2.- LISTA DEFINIVA DE PORBLEMAS**

.....  
.....  
.....

**3.- PROBLEMAS SELECCIONADOS (Descripción)**

.....  
.....

**B) SEGUNDA PARTE**

**1. Soluciones seleccionadas:**

.....  
.....  
.....

**2. Tareas a cumplimentar:**

.....  
.....  
.....

**F) EVALUACION**

.....  
.....

## CASO CLÍNICO 1. MI HIJO NO QUIERE SEGUIR VIVIENDO...

Erika Milena Gómez Otálora, M<sup>a</sup> Ángeles López Alba.

Centro de Salud Federico del Castillo (Jaén)

Hombre de 16 años (adolescencia media), nivel de estudios 4º ESO.

**Motivo de consulta:** Acude la madre del paciente a consulta muy preocupada porque su hijo se encuentra muy triste, irritable y le ha manifestado que no quiere seguir viviendo, refiere que le nota muy extraño, retraído y aislado además de que ha tenido un deterioro progresivo en su rendimiento escolar durante los últimos meses. La madre nos confiesa que cree que su hijo necesita ayuda urgente y que tiene mucho temor de que llegase a hacerse daño.

### Manifestaciones clínicas:

Manifestaciones clínicas: El paciente refiere que desde hace algo más de un año se encuentra muy triste, con ganas de llorar constantes, anhedonia e ideas de desesperanza, minusvalía, soledad y en algún momento ha tenido ideas de muerte. También manifiesta haber tenido ideas de autolisis y un intento hace algunos meses en el que llegó a ingerir "muchas pastillas" con el objetivo de quitarse la vida (de este hecho no se enteró nadie de su familia, el paciente no buscó ni requirió atención médica). Refiere mucho cansancio que empeora con su estado de ánimo, además de somnolencia sobre todo

durante las horas de instituto. Últimamente manifiesta tener poco apetito y la madre nos comenta que cree que ha perdido peso.

Su rendimiento escolar también ha experimentado un deterioro progresivo durante el último semestre, al igual que las relaciones con sus compañeros de instituto de los cuales se ha alejado progresivamente debido a sus pocas ganas de salir, hablar y hacer vida social.

Desde hace dos semanas refiere estar un poco mejor y esto ha coincidido con una charla que ha mantenido con su madre durante la cual le ha confesado parte de su malestar. En el momento de la consulta refiere no tener ideas de autolisis pero confiesa que estas ideas suele tenerlas con relativa frecuencia.

### Enfoque terapéutico

\*Se solicita una analítica general.

\*Recomendaciones sobre higiene del sueño.

\*Se dan recomendaciones a la madre sobre signos de alarma que puedan indicarnos riesgo de autolisis, recomendamos que el paciente no permanezca solo durante mucho tiempo.

\*Se programa nueva consulta y se deriva a salud mental ante posible riesgo de autolisis.

14

### Lista de problemas

Síndrome depresivo: tristeza, anhedonia, ideas de desesperanza y muerte, alteraciones en la esfera del sueño. Ideas e Intento de autolisis. Fracaso escolar. Deterioro en las relaciones familiares. Aislamiento social.

### Comportamientos de riesgo:

- Intento de autolisis.
- Aislamiento social: El paciente dejó de frecuentar a sus amigos y compañeros porque se sentía muy triste y solo, también admite que sus compañeros le han buscado pero él no tiene ganas de estar con ellos, prefiere la soledad.

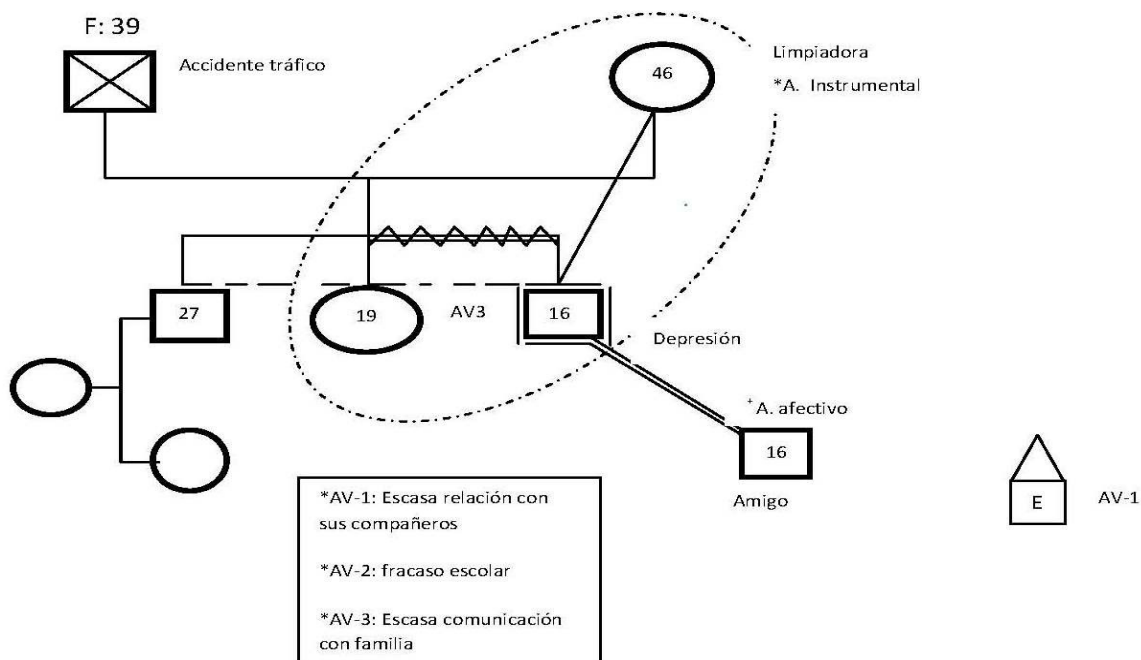
**Problemas escolares:** Fracaso escolar. Escasa relación con sus compañeros.

### Problemas con los padres:

Ausencia de figura paterna: padre del paciente fallece en un accidente cuando este tenía 5 años de edad. Escasa comunicación con sus familiares cercanos: específicamente con su madre y hermana que son las personas con las cuales convive.

## ESTUDIO FAMILIAR

### Genograma



15

La familia de nuestro paciente es de tipo monoparental sin parientes próximos y se encuentra en la IV etapa del ciclo vital familiar (de contracción). En general las relaciones entre los miembros de la familia en el momento de la entrevista eran escasas, aunque no siempre ha sido así ya que nuestro paciente nos manifiesta que antes de haber experimentado la sintomatología que le aqueja, mantenía buena relación con su hermana. Con su madre habla poco aunque lo justifica por su trabajo. Su hermano mayor vive en otra ciudad y esto impide que tengan una relación fluida.

#### Lista de problemas tras la lectura del genograma

Síndrome depresivo. Ideas e intento de autolisis. Fracaso escolar. Deterioro en las relaciones familiares. Aislamiento social. Escasa comunicación con los miembros de su familia

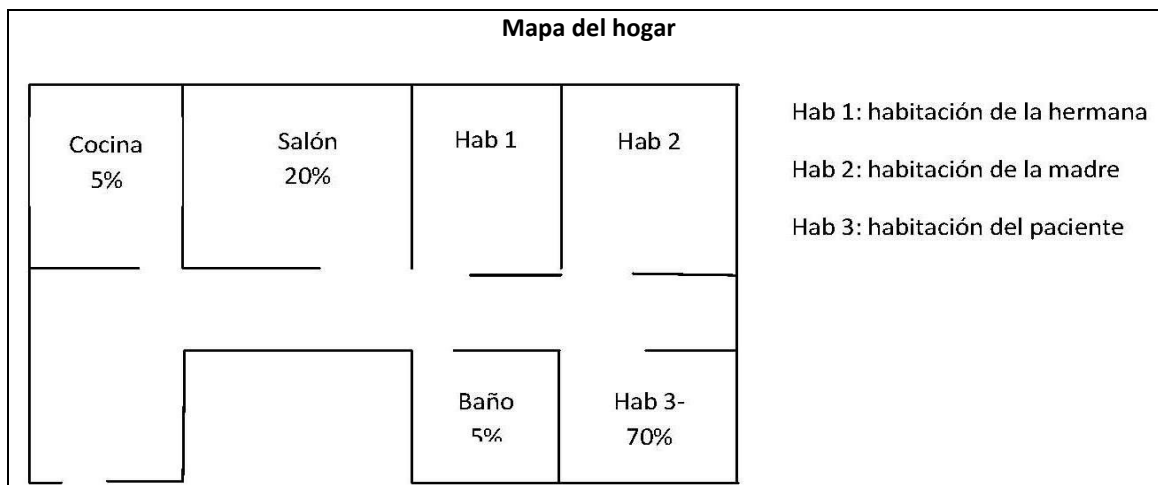
<b>Función familiar:</b> Test Apgar familiar 1 punto Disfunción familiar grave	<b>Apoyo social:</b> Test MOS 42 puntos Apoyo social bajo	<b>ERS: 75 UCV</b> Los AVE no necesariamente llegan a afectar a la familia
--	---	---

## ESTUDIO MEDIOAMBIENTAL

CARACTERÍSTICAS DEL HOGAR: Calefacción eléctrica, Higiene normal, Iluminación normal.

CONFINES TERRITORIALES Y MATERIALES:

- ¿Tienes un espacio para ti solo? Sí, su habitación.
- ¿Tienes bien delimitado el espacio para defender tu intimidad? Sí.
- ¿Crees que deberían hacerse cambios en tu casa para vivir mejor? No.



#### Lista definitiva de problemas

- **Síndrome depresivo:** Que al parecer no tiene una causa desencadenante. El paciente niega consumo de drogas y/o alcohol. La madre refuerza esta información diciéndonos que aunque lo ha pensado dado su comportamiento, no ha encontrado ningún indicio de ello.
- **Fracaso escolar:** Que el paciente explica a su falta de motivación, además asegura sentirse incapaz de retener la información que lee.
- **Disfunción familiar grave:** Llama la atención el poco tiempo que comparten los miembros de la familia (aproximadamente 1,5 horas al día), el resto del tiempo cada miembro se encuentra realizando alguna actividad fuera de casa o en solitario. El adolescente suele pasar mucho tiempo solo en su habitación (en el ordenador o con videojuegos). Dice tener buena relación con su madre, pero se queja de que no le escucha ni le dedica tiempo suficiente.
- **Escasa relación con sus compañeros de estudio:** El adolescente solo tiene un amigo y con él no puede verse fuera de las horas de instituto ya que los padres de este le consideran una mala influencia para su hijo (debido a su bajo rendimiento escolar). Con el resto de sus compañeros tiene poca relación (aunque hace un año no era así). Cuando se le pregunta la razón por la cual las relaciones han cambiado nos confiesa que parte de la culpa la tiene él, ya que se alejó de ellos cuando cambió su estado de ánimo.
- **Aislamiento social:** Desde que inicia la sintomatología depresiva.

#### INTERVENCIÓN

##### Lista de soluciones a los problemas

1. Se deriva al adolescente a salud mental (por riesgo de autolisis) quienes hacen diagnóstico de síndrome depresivo moderado e inician apoyo psicológico y plantean tratamiento farmacológico que inicialmente la madre rechaza.
2. Se plantea la posibilidad de reforzar las asignaturas pendientes con clases extra escolares, se le anima a buscar apoyo en su hermana para que le ayude a mejorar su rendimiento académico.
3. Buscar espacios que aumenten y refuercen la comunicación familiar: Intentar comer juntos, ver la televisión juntos en el salón, organizar salidas los fines de semana, etc.
4. Encontrar un espacio en el cual poder hablar sobre los problemas del día a día e intentar darles solución en familia.
5. Hablar con sus compañeros de instituto e intentar mejorar las relaciones con ellos.
6. Buscar actividades de ocio que le permitan mejorar sus relaciones interpersonales y aumentar sus relaciones sociales (practicar algún deporte, inscribirse a algún curso...

### Soluciones seleccionadas

- Pasar más tiempo juntos en familia.
- Hablar y discutir sobre los problemas del día a día.
- La hermana del paciente se compromete a ayudarlo en las asignaturas en las que no ha tenido buenos resultados.
- Hacer un viaje juntos (intentaran visitar al hermano que vive fuera y/o al abuelo paterno) en las próximas vacaciones.
- Continuar el tratamiento psicológico.

El listado de problemas fue realizado por el equipo médico pero siempre con la ayuda y aprobación del paciente y su madre. Las tareas también fueron consensuadas en conjunto y se plantearon al paciente y su familia buscando su aprobación.

### Tareas a cumplimentar

- Aprovechar las horas de las comidas para estar en familia y hablar
- Utilizar más los espacios comunitarios de la casa (salón, cocina)
- Buscar actividades que puedan disfrutar todos los miembros de la familia (ver la televisión, salir a comer...)
- Dedicar más tiempo a las actividades escolares
- Buscar orientación sobre cómo mejorar las técnicas de estudio
- Recurrir a su hermana si necesita ayuda para realizar alguna actividad escolar
- Intentar mejorar las relaciones con sus compañeros de instituto (pasar más tiempo juntos, inscribirse en alguna actividad que le permita hacer nuevos amigos y mejorar las relaciones que ya tiene)

## HIPÓTESIS SISTEMICA Y RESUMEN

Se trata de un paciente, que presenta desde hace un año sintomatología compatible con un cuadro depresivo, al parecer sin un evento que lo desencadenara, pero con factores de riesgo como ser miembro de una familia disfuncional, con graves problemas de comunicación y con escasa presencia de una figura de autoridad.

Huérfano de padre desde los 5 años y con una madre que a raíz de este hecho ha tenido que encargarse sola del cuidado de su familia y los gastos del hogar. Se asocia además un bajo rendimiento académico que se ha visto acusado desde el inicio de la sintomatología descrita, con escasa relación con los compañeros de instituto, y una red social de apoyo escasa y deficiente.

Tras la intervención los resultados que se han obtenido han sido satisfactorios. Tras tres meses de tratamiento, el paciente ha mejorado su sintomatología depresiva, no ha vuelto a tener problemas en la esfera del sueño y el apetito se ha normalizado, aunque la tristeza no ha desaparecido, el paciente se encuentra mejor y no ha vuelto a presentar ideas de autolisis. Las relaciones familiares han experimentado un cambio a positivo desde que se ha iniciado el tratamiento y al parecer el paciente también ha aumentado su círculo de amistades. Destacar que el paciente siempre se ha mostrado receptivo y motivado con el tratamiento.

## CASO CLÍNICO 2. UN EMBARAZO BIEN RECIBIDO.

Fernando Gámez Gámez, Margarita Morales Guerrero

Centro de Salud San Felipe (Jaén)

Mujer de 18 años (adolescencia media), nivel de estudios 2º ESO.

**Motivo de consulta:** Comportamiento sexual de riesgo.

resultado; tiene la determinación de continuar la gestación, por lo que iniciamos el Proceso de Embarazo.

### Manifestaciones clínicas:

Acude a consulta, acompañada de su madre, por presentar amenorrea de 40 días, por lo que se le realiza test de gestación, dando resultado positivo: GESTACIÓN. Tanto la paciente como su madre no se sorprenden ante dicho

### Enfoque terapéutico

\* Se incluye en el proceso de embarazo.

\* Ácido Fólico 5mg 1comp/24horas, Ioduro Potásico 262microgr 1comp/24horas.

18

### Lista de problemas

- Acoso escolar
- Abandono escolar
- Dificultad para las relaciones sociales
- Relaciones sexuales de riesgo.

### Comportamientos de riesgo:

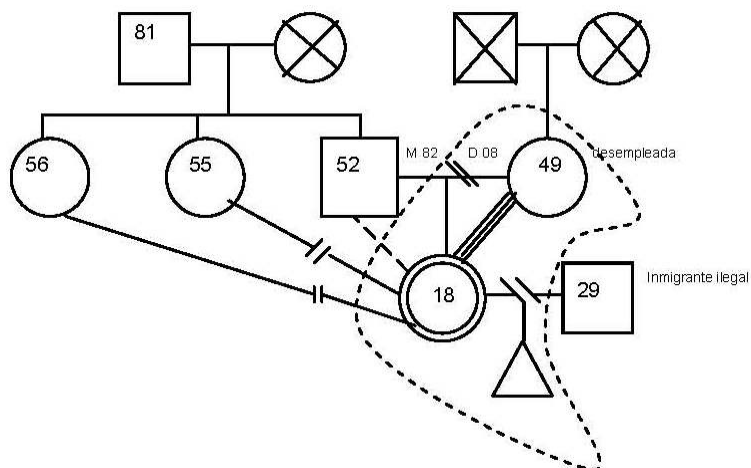
- Relaciones sexuales de riesgo, lo que ha dado lugar a una gestación no planeada.

### Problemas escolares:

- Problemas con los compañeros, llegando al punto de abandonar, hace 3 años, sus estudios de 2ºESO por “acoso escolar” por parte de sus compañeros, “mientras sus profesores no hacían nada para evitarlo”.
- Problemas con los pares: La paciente presenta dificultad para las relaciones sociales, llegando hasta el punto de no tener ningún amigo.

## ESTUDIO FAMILIAR

### Genograma

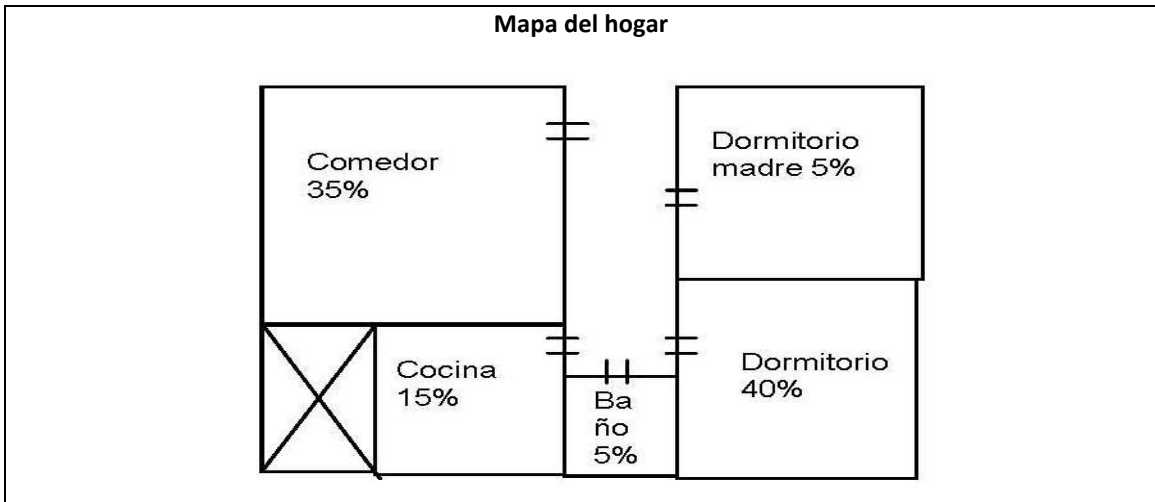


Se trata de una familia monoparental con parientes próximos (divorcio hace 2 años). Su red social quedaba reducida a su novio y a su madre. La relación con su madre es perfecta, siendo su mejor amiga y de la que recibe todo lo que necesita. La relación con su padre es distante, viéndose una o dos veces al mes, y sin confianza entre ellos (aún desconoce su estado de gestación). Por otra parte, no existe ninguna relación con su familia paterna, según refiere porque ellos no desean saber nada de ella. Su pareja, un inmigrante marroquí ilegal con el que llevaba 3 años, la abandonó al quedarse embarazada. Finalmente, la adolescente nos comenta que no mantiene relación con los pares.

- Lista de problemas tras la lectura del genograma**
- Poca relación con su padre
  - Ninguna relación con su familia paterna
  - Ninguna relación con su ex-pareja
  - Su red social se reduce a su madre

<b>Función familiar:</b> Test Apgar familiar 8 puntos Función familiar normal	<b>Apoyo social:</b> Test MOS con puntuación máxima	<b>ERS: 242 UCV</b> Riesgo de experimentar trastornos psicossomáticos
---	--	--

**ESTUDIO MEDIOAMBIENTAL**



- Lista definitiva de problemas**
- Gestación, debido a la no realización de planificación familiar.
  - Abandono de la pareja
  - Escaso apoyo social, objetivándose en una escasa relación con su padre, nula relación con la familia paterna y nula relación con los pares.

## INTERVENCIÓN

### Lista de soluciones a los problemas

Dado que el problema seleccionado sería Relación sexual de riesgo con resultado de Gestación Positiva, tendríamos la siguiente lista de soluciones al problema:

- Seguimiento correcto del embarazo según proceso asistencial
- Planificación familiar tras el parto
- Ampliar su red social

#### Datos aportados por el genograma:

- Mejorar relación con familia paterna.
- Mejorar la relación afectiva con su padre
- Ampliar red social

#### Recursos para solucionar el problema:

- Económicos
- Familiares
- Sociales
- Sanitarios

### Soluciones seleccionadas

- Correcto control y seguimiento sanitario de la gestación.
- Tras el parto, información de métodos anticonceptivos existentes y así desarrollar una adecuada planificación familiar.
- Continuar sus estudios
- Mejorar la relación con su padre
- Reiniciar relación con su familia paterna

20

Las dos primeras soluciones son planteadas por el médico, y nuestra paciente las comparte, participando activamente en ellas. En cuanto al resto de soluciones han sido planteadas por nuestra paciente, y cuentan con el apoyo de su madre para realizarlas.

### Tareas a cumplimentar

- Apoyo psicológico y sanitario durante la gestación.
- Planificación familiar tras el parto.
- Creación de equipo multidisciplinario (pediatra, médico, trabajador social...) para control y seguimiento de la familia de nueva creación.
- Matricularse el próximo curso en 2ºESO
- Hablar al menos 1 vez a la semana con su padre, contarle que está embarazada
- Ir a visitar a su abuelo.
- Hará un esfuerzo por ampliar su red social, llamando a antiguas amigas para reiniciar la relación.

## HIPÓTESIS SISTEMICA Y RESUMEN

Nuestra paciente es una adolescente de 18 años, con gestación no planificada, que abandonó sus estudios de 2ºESO hace varios años y no trabaja. Vive con su madre con la que mantiene una relación muy estrecha. Mantiene relación distante con su padre y nula con su expareja. No tiene relación con los pares ni amigos que conformen red social alguna.

Se ha comprometido a intentar ampliar su red social, incluida su familia paterna, y a comenzar a estudiar de nuevo.



### CASO CLÍNICO 3. UN EMBARAZO MAL RECIBIDO.

**Olivia Medina Medina**

Centro de Salud San Felipe (Jaén)

Mujer de 18 años (adolescencia media), nivel de estudios primarios.

**Motivo de consulta:** Problemas clínicos.

ni dolor abdominal ni renal. En Combur test aparece leucocitos +++, resto normal.

**Manifestaciones clínicas:**

Dolor mamario y náuseas matutinas, refiere test de gestación positivo. Embarazo no deseado. Nos comenta que tiene molestias al orinar, disuria, polaquiuria, no presenta fiebre

**Enfoque terapéutico**

- Acido fólico 400 microgramos/24h
- Yoduk 200 mg/24h
- Fosfomicina-trometamol 3 gr, 2 sobres, 1/24h

21

#### Lista de problemas

1. Rinitis estacional
2. Asma bronquial extrínseco estacional
3. IVE en 2008
4. Alergia a betalactámicos
5. Trastorno ansioso-depresivo desde 2007

#### Comportamientos de riesgo:

Embarazo, alcohol, drogas.

**Problemas escolares:** Absentismo escolar, fracaso escolar y problemas con los compañeros

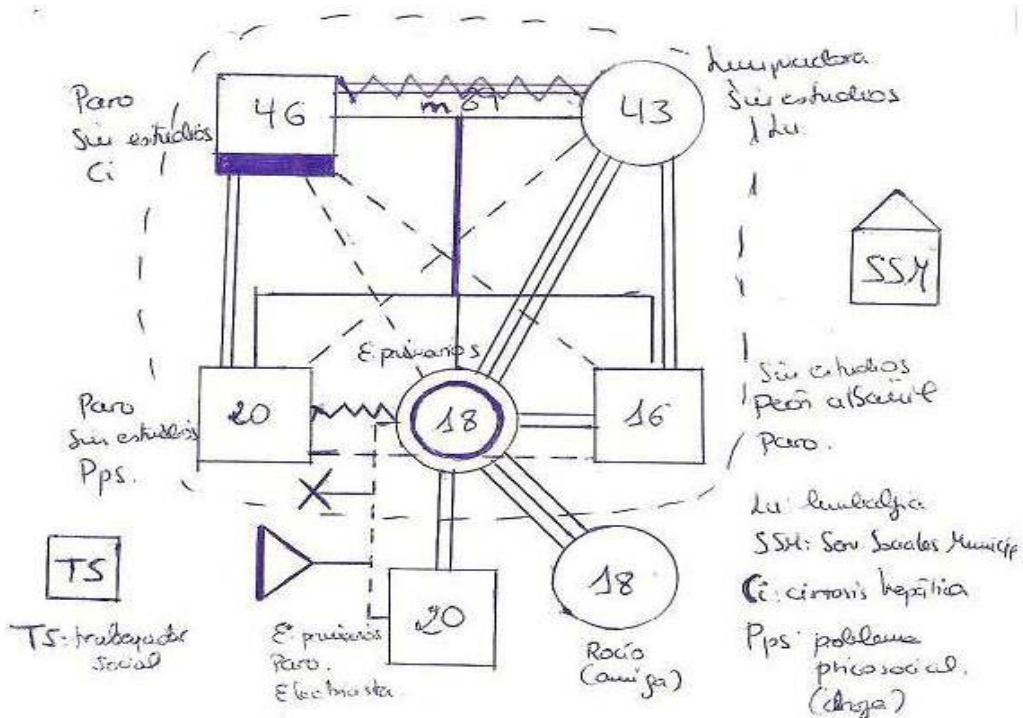
#### Problemas con los padres:

Su padre presenta enolismo crónico desde hace años, se encuentra parado y tiene determinadas conductas antisociales con las personas de su entorno, trafica con drogas según su madre, sustrae artículos de los comercios, en casa presenta actitudes agresivas cuando se le intenta ayudar. La paciente no cuenta con su apoyo, su relación es distante.

Su madre trabaja como limpiadora a domicilio, supone el único ingreso económico familiar y es su apoyo dentro del núcleo familiar. Se encuentran muy unidas.

## ESTUDIO FAMILIAR

### Genograma



Se trata de una familia nuclear sin parientes próximos, que se encuentra en la Etapa III (final de la extensión), según la Clasificación de la OMS del ciclo vital familiar modificado.

Su padre tiene 46 años, contrajo matrimonio su mujer, en 1989. Es alcohólico crónico, como consecuencia tiene cirrosis hepática y en determinadas ocasiones es consumidor de drogas. Estas conductas que se pueden encuadrar como AVE (acontecimientos vitales estresantes), generan modelos inadecuados de relación y severos conflictos de convivencia con nuestra paciente, su hijo pequeño y su mujer. El efecto de la drogadicción del padre y su hermano mayor de 20 años, es devastador sobre la familia, ambos se encuentran muy unidos, quizás el nexo de unión sea tal problemática.

La única fuente de ingreso es la madre, con 43 años de edad, cuya relación con la adolescente es excelente, están muy unidas, a su vez su relación es distante con el hijo mayor y se encuentra unida a su hijo pequeño. No cuentan con familiares próximos que la puedan ayudar. Sus padres murieron hace años y tiene dos hermanos que viven en Barcelona. Tiene problemas de artrosis y lumbalgia postraumática.

Nuestra paciente se encuentra unida a su hermano pequeño, quien se dedica a la construcción, actualmente en paro. La relación con el hermano mayor es conflictiva.

Dentro de la red de apoyo social se encuentra la amiga de la adolescente, con la que se encuentra muy unida, le apoya a nivel emocional y le brinda amor y afecto. Por otro lado, los Servicios Sociales Municipales que desarrollan programas y prestan ayudas que favorecen la participación, integración y bienestar social de las personas o grupos dentro de su entorno comunitario. Y por último el Trabajador Social de nuestro Centro de Salud, que establece un plan de intervención a nivel psicológico, laboral... para mejorar la situación de este tipo de usuarios.

La adolescente se encuentra dentro de una relación sentimental desde hace 5 años, él tiene 20 años, es electricista, actualmente en paro. Se quedó embarazada en el 2008, solicitó el IVE, razón por la que la derivamos a nuestro trabajador social para estudiar su situación. Finalmente se llevó a cabo. Hace 6 meses se volvió a quedar embarazada, en un principio volvió a solicitar el IVE, se encontraba aturdida y asustada pero ante la negación absoluta e inminente de su pareja decidieron seguir adelante y hoy se encuentra en la 24ª semana de gestación. Cuentan con el apoyo incondicional de su madre y los padres de su pareja.

- Lista de problemas tras la lectura del genograma**
- Hermano mayor se encuentra en paro.
  - La adolescente y su pareja fuman cannabis esporádicamente y son bebedores de fin de semana, han experimentado alguna que otra intoxicación etílica.
  - Enolismo crónico del padre y drogadicción compartida con su hijo mayor.

<p><b>Datos aportados por el Genograma para cambiar o ampliar la lista de soluciones:</b></p> <p>1) Intervención de Servicios Sociales Municipales.</p> <p>2) Intervención del Trabajador Social.</p> <p>3) Presencia de la amiga dela adolescente.</p>
<p><b>Recursos con que cuenta para solucionar el problema:</b></p> <p>El apoyo de su madre y de su pareja.</p>

<p><b>Función familiar:</b></p> <p>Test Apgar familiar 3 puntos</p> <p>Disfunción familiar grave</p>	<p><b>Apoyo social:</b> deficitario</p> <p>Test MOS con 43 puntos</p>	<p><b>ERS:</b> 256 UCV</p> <p>Riesgo de experimentar trastornos psicossomáticos</p>
--	---	---

**ESTUDIO MEDIOAMBIENTAL**

CARACTERISTICAS DEL HOGAR: Calefacción a butano, Higiene normal, Iluminación normal.  
 CONFINES TERRITORIALES Y MATERIALES:

- ¿Tienes un espacio para ti solo? Sí, su dormitorio.
- ¿Tienes bien delimitado el espacio para defender tu intimidad? Sí.
- ¿Crees que deberían hacerse cambios en tu casa para vivir mejor? Sí. Su padre que duerme en un sofá cama (en el salón) con su hermano mayor, lo hiciera en la cama de matrimonio con su madre; y que su hermano durmiera con su hermano pequeño en la habitación.

<p><b>Mapa del hogar</b></p> <p>Existen 3 dormitorios, en el de matrimonio duerme su madre, en otro su hermano pequeño y en otro la paciente. Su hermano mayor (problema con drogadicción) y su padre duermen en el sofá cama del salón.</p>
--

- Lista definitiva de problemas**
- Enolismo crónico y drogadicción del padre.
  - Drogadicción del hermano mayor.
  - Bajo nivel socioeconómico por la situación de paro. Pocos recursos.
  - Bajo nivel cultural en la familia.
  - Paciente con personalidad depresiva.
  - Su pareja sentimental, se encuentra actualmente en paro laboral.
  - Tabaco, alcohol y cannabis por la adolescente y su pareja.

1. Enolismo crónico del padre: tras conseguir hace 2 años trabajo, abandonó el hábito enólico pero al volver a la situación de paro y tras la mala relación sentimental con su esposa, ha vuelto a recaer.
2. Drogadicción del hermano mayor: de personalidad débil y tras finalizar un tratamiento de deshabitualización previo, se unió sentimentalmente con una mujer consumidora que le hizo abandonar el programa y volver al hábito tóxico.
3. Situación laboral en paro de la paciente y su pareja sentimental
4. El síndrome ansioso-depresivo de la paciente si bien ha pasado por varias etapas, con cumplimientos farmacológicos incompletos, actualmente, su situación clínica ha empeorado por el ambiente familiar en el que vive y porque no quería quedarse embarazada en este momento, lo que

ha provocado varias discusiones con su pareja que sí era partidario de continuar con el embarazo, pensando que así va a mejorar su relación sentimental.

5. La adolescente es de personalidad introvertida, lo que acerca más a esa tendencia depresiva, se suele alejar de las personas, y encerrarse en sí misma cuando tiene algún problema, sólo confía en su amiga, que es su confidente. Esto explica su problema para relacionarse, los conflictos con los compañeros de clase y añadido a la problemática familiar provoca su fracaso y absentismo escolar, entre otras situaciones ya comentadas anteriormente.

## INTERVENCIÓN

### Lista de soluciones a los problemas

- Citar de manera individual al padre y al hermano, a través de nuestra paciente, para ofrecer información sobre profesionales y grupos de ayuda en la deshabitación de los hábitos tóxicos respectivos.
- Hablar con el Trabajador Social para pedir información sobre posibilidades laborales para la paciente, su pareja y los miembros de su familia.
- Ofrecer ayuda Psicofarmacológica y especializada a la paciente en el tratamiento de su síndrome ansioso-depresivo y en las dudas que tiene sobre la continuidad del embarazo.
- Hablar con la paciente y su pareja para que dejen los hábitos tóxicos, aunque esporádicos, sobre todo la propia adolescente, por su situación de embarazo.
- Al mismo plantearle que piense y proponga actividades para mejorar sus hábitos de vida: mantener una actividad física, acudir con su pareja a educación maternal...

### Soluciones seleccionadas

- 1) Deshabitación del padre y del hermano mayor.
- 2) Apoyo psicofarmacológico de X y aclarar dudas sobre embarazo/ IVE.
- 3) Información al trabajador social.
- 4) Abandono hábitos tóxicos.
- 5) Encontrar trabajo.
- 6) Cambiar distribución del hogar y mejorar las condiciones.
- 7) Mejorar la relaciones emocionales de Cristina.

### Tareas a cumplimentar

Actualmente se pretende dar pautas de educación sexual y se busca a nivel nacional llegar a la uniformidad de la educación; pero como ya hemos visto el problema de embarazos en adolescentes no solo es un problema social y educacional, sino también un problema de relación familiar y estructura familiar; por eso debemos abordar este problema desde la familia, por ser el eje primordial del desarrollo integral de los jóvenes.

## HIPÓTESIS SISTEMICA Y RESUMEN

La familia de la adolescente parece tener una desestructuración grave, disfuncional, marcada por los problemas de alcohol y droga de su padre y de su hermano mayor, con severos conflictos de convivencia. Destaca su bajo nivel socioeconómico y cultural, con todos los miembros en paro, y deficitaria en la educación sexual y en las condiciones para la planificación familiar. La adolescente no se siente aceptada socialmente por sus amigos, por su introspección. Todo esto ha contribuido a anular su personalidad, aumentar la inseguridad en sí misma y a potenciar su tendencia a la depresión.

Razones que explican un embarazo con tan sólo 15 años de edad, en el que solicitó la IVE, llevándose a cabo, y otro embarazo hace seis meses, no deseado igualmente por ella y que gracias a la aceptación e insistencia por parte de su pareja, al cumplimiento terapéutico de ella y a la ayuda de diferentes profesionales y especialistas parece que hemos conseguido que nuestra paciente se encuentre mejor y continúe con su embarazo.

## CASO CLÍNICO 4. UN ADOLESCENTE CON MALA RELACIÓN FAMILIAR.

Verónica Marín Parrilla

Centro de Salud Torredonjimeno (Jaén)

Hombre de 15 años (adolescencia media), nivel de estudios 4º de ESO.

### Motivo de consulta:

Comportamientos de riesgo.

La madre de un adolescente acude sola a la consulta solicitando la derivación de su hijo a la consulta de Neurología. Cuando se le pregunta el motivo de esta petición, refiere que su hijo está muy agresivo con ella y además tiene la sospecha de que éste consume drogas. Piensa que la conducta despectiva hacia su persona es debida a una patología cerebral. Entonces, se le explica que el primer paso es ver a su hijo en la consulta y a continuación, se le asigna una cita. De este modo se habla con el hijo para intentar averiguar cuál es el problema.

### Manifestaciones clínicas:

Cuando acude el adolescente a la consulta, éste viene forzado por su madre. Tiene un aspecto saludable y su manera de vestir es correcta. Se

sienta en la silla con una actitud pasiva, recostado sobre el espaldar y con las piernas estiradas. La madre es la que comienza a hablar y en seguida le recrimina su consumo de drogas. El adolescente se encuentra mirando hacia el suelo, no pronuncia ni una sola palabra y sólo hace gestos de desacuerdo. Entonces, se le pide que exprese su opinión al respecto y surge una discusión entre madre e hijo. Él no cree que necesite ningún médico porque no está enfermo. Reconoce que consume drogas de forma ocasional, pero no le da importancia, ya que según él se trata de un comportamiento habitual en la sociedad.

### Enfoque terapéutico

No se prescribe ningún fármaco. Únicamente, se le pide al adolescente que acuda otro día a la consulta para hablar a solas con él.

25

### Lista de problemas

- Dificultad en la relación entre madre e hijo.
- Consumo de drogas (cannabis): 2-3 cigarros los fines de semana y 1 diario entre semana.
- Ingesta de alcohol: 5-6 bebidas alcohólicas los fines de semana.
- Hábito tabáquico: 15 cigarrillos/día.

### Comportamientos de riesgo:

Ingesta de alcohol (5-6 bebidas alcohólicas los fines de semana), consumo de drogas (2-3 cigarros de cannabis los fines de semana y 1/día entre la semana) y tabaco (15 cigarros/día).

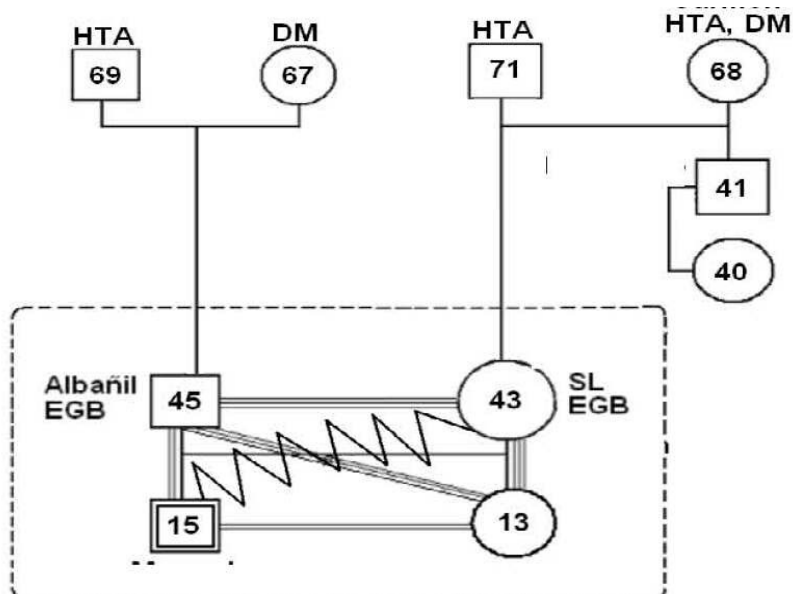
**Problemas escolares:** El adolescente cursa 4º E.S.O. y no ha repetido ningún curso. Su intención es terminar sus estudios al menos hasta bachillerato.

### Problemas con los padres:

Existe una relación conflictiva con su madre. En cambio, la relación con su padre es buena. Ella es quien se preocupa más por él debido a que el tiempo que están juntos es mayor.

## ESTUDIO FAMILIAR

### Genograma



Se trata de una familia nuclear. CVF: Etapa III. Final de la extensión.

El adolescente vive con sus padres y su hermana. Su padre tiene 45 años y trabaja de albañil. Su madre tiene 43 años y es ama de casa. La hermana tiene 13 años y estudia 2º E.S.O. Familia de origen: el abuelo paterno tiene 69 años, padece HTA, y la abuela de 67 años, que padece diabetes. El abuelo materno tiene 71 años, con HTA, y la abuela de 68 años, que padece HTA y DM. El adolescente tiene un tío materno de 41 años, casado con una mujer de 40 años.

Mapa relacional: tiene una relación unida con su padre y su hermana, y una relación conflictiva con su madre. La relación entre los padres es muy unida.

#### Lista de problemas tras la lectura del genograma

- Relación conflictiva del adolescente con su madre.

<b>Función familiar:</b> Test Apgar familiar 6 puntos Disfunción familiar leve	<b>Apoyo social:</b> Cuestionario MOS 82 Buen apoyo social	<b>ERS: 44 UCV</b> Sin riesgo
--	--	----------------------------------

#### Datos aportados por el genograma

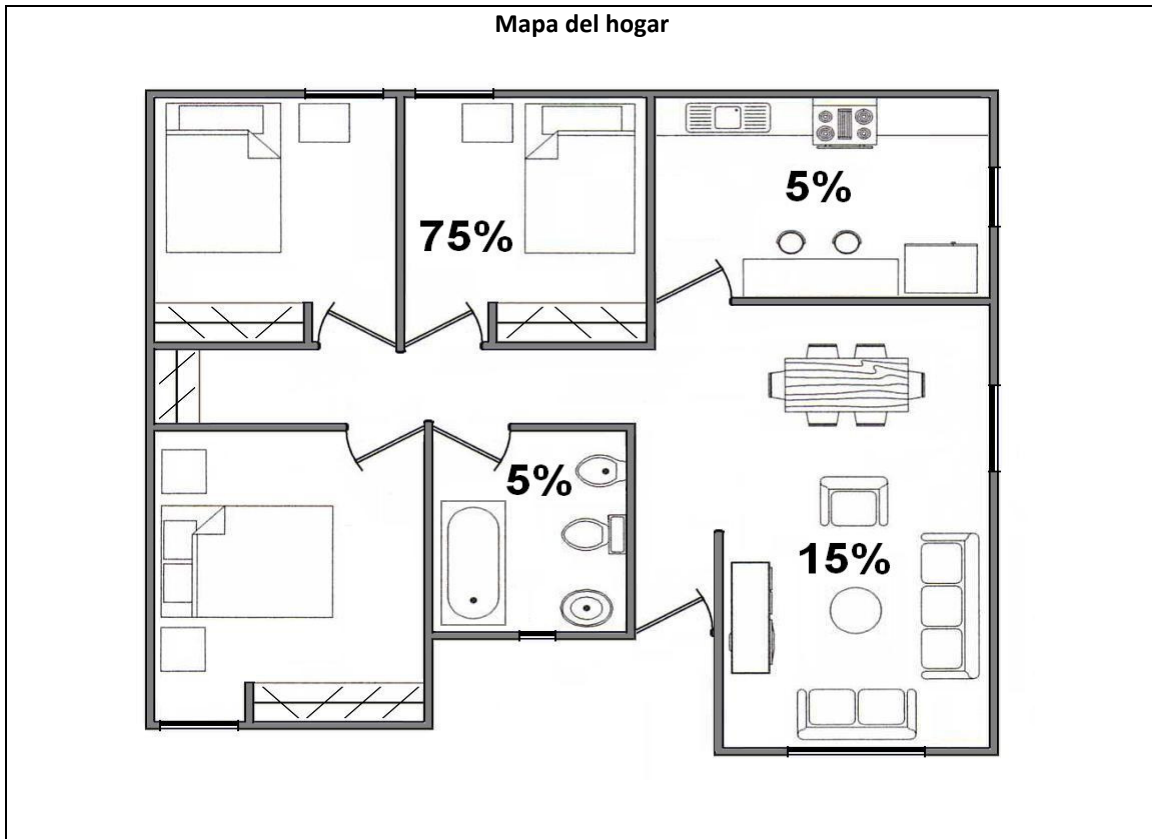
- No existe una buena relación entre madre e hijo, por lo que sería conveniente tener entrevistas con ambos.
- La relación con el padre es buena. Éste podría servir de instrumento para que surja un cambio en el comportamiento del adolescente.

#### Recursos para solucionar el problema

- Entrevista clínica.
- Programa antitabaco.
- Centros para adolescentes (ejemplo: Forma Joven).
- Centro de toxicodependencia.
- Entrevistas con la trabajadora social del centro de salud.

## ESTUDIO MEDIOAMBIENTAL

CARACTERISTICAS DEL HOGAR: La casa consta de un dormitorio para el matrimonio, un dormitorio para cada hijo, baño, cocina y salón. Pasa la mayor parte del tiempo en su habitación, mientras que los padres y la hermana realizan su vida en el salón. La vivienda está bien iluminada, en perfectas condiciones higiénicas y la calefacción es eléctrica.



### Lista definitiva de problemas

- Relación conflictiva entre madre e hijo: La comunicación entre ambos es a gritos.
- Hábito tabáquico: 15 cigarrillos/día.
- Consumo de alcohol: Ingiere 5 bebidas alcohólicas los fines de semana. En una ocasión, estuvo en el servicio de urgencias del hospital por una intoxicación etílica.
- Consumo de drogas: Fuma 2-3 cigarrros de cannabis los fines de semana y 1 diario entre la semana.

## INTERVENCIÓN

### Lista de soluciones a los problemas

- Realizar entrevistas con los padres para intentar asesoramiento.
- Citar en varias ocasiones para averiguar si tiene algún problema que le preocupe.
- Llevar a cabo consultas conjuntas con sus padres.
- Ofrecer inclusión en un programa antitabaco.
- Proponer la disminución paulatina del número de cigarrillos/día.
- Informar sobre centros para adolescentes como, por ejemplo, Forma Joven.
- Asesorar sobre el riesgo del consumo de drogas y alcohol.
- Proponer disminuir el número de bebidas alcohólicas que consume los fines de semana e intentar el abandono del consumo de cannabis.

### Soluciones seleccionadas

1. Entrevistas con los padres para disminuir el grado de ansiedad, sobre todo de la madre.
2. Entrevista con el adolescente para asesorarle sobre drogas y alcohol.
3. Inclusión en programa antitabaco. (el mismo paciente está de acuerdo).
4. Recomendación de actividad física para reducir el estrés. (Comparte la recomendación).
5. Recomendación de inclusión en actividades de centros para adolescentes. (No conocía estos centros y refiere que se informará).

### Tareas a cumplimentar

- Realizar entrevistas periódicas con el adolescente y sus padres.
- Inclusión en programa antitabaco. Disminuir paulatinamente el número de cigarrillos/día.
- Acudir a centro para adolescentes (Forma Joven) para evitar conductas de riesgo.
- Reducir el nivel de agresividad hacia su madre y dedicar unos minutos diarios a hablar con ella de forma relajada.
- Reducir el consumo de alcohol (1-2 bebidas alcohólicas) los fines de semana.
- Abandonar el consumo de cannabis.

## HIPÓTESIS SISTEMICA Y RESUMEN

Este adolescente de 15 años no tenía ningún antecedente de enfermedad. Fuma 15 cigarrillos/día, es bebedor de fines de semana (5-6 bebidas alcohólicas) y también consume cannabis. Ya ha tenido un problema con la bebida que le ha llevado al hospital por una intoxicación etílica. La madre está muy preocupada y piensa que el problema es neurológico, en lugar de plantearse que pueda tratarse de un trastorno de la conducta. Cada vez que habla con él es para discutir, en lugar de buscar soluciones al problema.

A lo largo de este tiempo, se han realizado varias entrevistas y el nivel de ansiedad de la madre ha disminuido. Además, ha mejorado la relación entre madre e hijo. El adolescente se ha comprometido a seguir un programa antitabaco y a disminuir el consumo de estas sustancias. El abandono los hábitos tóxicos es una tarea difícil, pero esperamos que con el tiempo y la constancia, tenga una vida sana y abandone definitivamente el consumo de estas sustancias.



## CASO CLÍNICO 5. ADOLESCENCIA E IDENTIDAD BIOLÓGICA.

Ángel Jesús Mendaro Díaz, Pablo Olmedo Carrillo.

Centro de Salud Federico del Castillo (Jaén)

Mujer de 19 años (adolescencia tardía), nivel de estudios Educación Secundaria.

### Motivo de consulta:

Astenia y despistaje de diabetes (solicitado por la madre).

El motivo de consulta inicial nos llevo a realizar una anamnesis detallada de la paciente, uno de los aspectos clave de la entrevista fue la búsqueda de los antecedentes familiares descubriendo así un motivo de consulta oculto, ya que la madre nos dice que la paciente es adoptada, y que por lo tanto desconocen los mismos, la tensión que descubrimos en las dos tras revelarnos dicho dato, nos plantea la cuestión de si supone un punto de conflicto, y de si puede suponer un origen de problemas en nuestra paciente. En todo momento es la madre la que habla y nuestra paciente se limitaba a contestar con monosílabos y frases cortas cuando la madre le exigía hablar o nosotros intentábamos que participara en la entrevista.

La madre nos cuenta que desde hace unos meses la paciente se encuentra siempre cansada, achacado inicialmente a la época estival, pero que pasada esta continúa con el mismo cansancio, así mismo en las últimas semanas la madre nota que su hija está continuamente bebiendo agua y se levanta con frecuencia en la noche al servicio. Al interrogar a la hija sobre el tema, no dice que lo que dice su madre es verdad, sin embargo resta importancia a estos problemas, señalando que ella se encuentra bien, y que es su madre la que está obsesionada con buscarle alguna enfermedad.

29

### Enfoque terapéutico

Decidimos solicitar la analítica, y mientras tanto indicamos una correcta alimentación, en base a una serie de recomendaciones dietéticas que le damos, y regresar en 10 días para ver resultados de la analítica, y plantear posibles tratamientos, así como valorar la posibilidad de abarcar conflictos fuera de la esfera biológica.

### Manifestaciones clínicas:

#### Lista de problemas

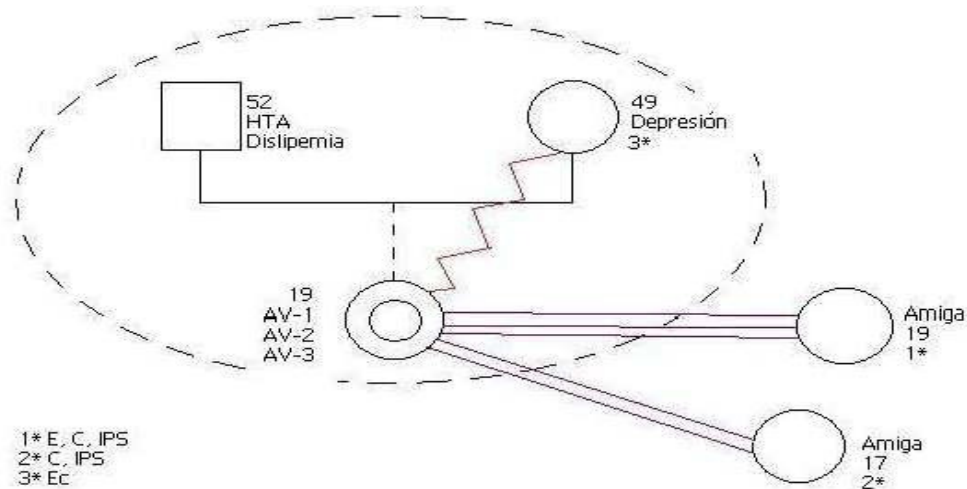
- Despistaje de Anemia.
- Despistaje de Diabetes.
- Abandono escolar.
- Conflicto familiar.
- Problemas con su identidad familiar.

#### Comportamientos de riesgo:

De la anamnesis encontramos como comportamiento de riesgo el consumo de alcohol, fundamentalmente los fines de semana, al indagar en el tema la paciente se muestra esquiva y nos dice que bebe "lo normal". Además la madre describe numerosas discusiones entre ambas, así como la no intervención del padre en esta situación. Reseñar también el abandono escolar y la situación laboral en paro.

## ESTUDIO FAMILIAR

### Genograma



Se trata de una familia nuclear en fase de extensión IIB, ya que la adolescente es hija única y aún vive en el núcleo familiar. En cuanto al subsistema conyugal, es la madre la que asume todas las decisiones del hogar a nivel económico, educacional y de salud y aunque la relación en la pareja es buena, la situación con la hija está creando conflictos, además de entre madre e hija, entre los cónyuges. Como sabemos, es una hija adoptada. En cuanto a los recursos familiares de la pareja son muy limitados, no disponen de familiares cercanos en la provincia y sus amistades no son muy fuertes. La adolescente basa su red social en dos amigas, a las cuales valora y confía mucho. Los AVE de nuestra paciente como sabemos son la situación de paro, el tema de la adopción y el fracaso escolar porque no sabe cómo afrontará el futuro. Todos los problemas de la madre con la adolescente han creado una situación de depresión en la primera (AVE).

Datos aportados por el genograma:

- **Red social escasa:** consideramos que los datos aportados por el genograma así como en el cuestionario MOS, indican que la paciente cuenta con una red social insuficiente, de lo que lleva a incluir en la lista de soluciones, la necesidad de fomentar actividades que incrementen dicha red social, tales como actividades deportivas, clubs sociales y otros a los que podrá acceder también gracias a la participación de la trabajadora social del centro.
- **Escasa relación con la figura paterna:** en las reiteradas entrevistas, inclusive en la que realizamos el genograma, la figura del padre, apenas era considerada; ambas, madre e hija, habían focalizado el problema entre ellas y la actitud del padre era de mantenerse al margen. Nos planteamos implicar al padre, invitándolo a la consulta para hacerlo más partícipe.

#### Lista de problemas tras la lectura del genograma

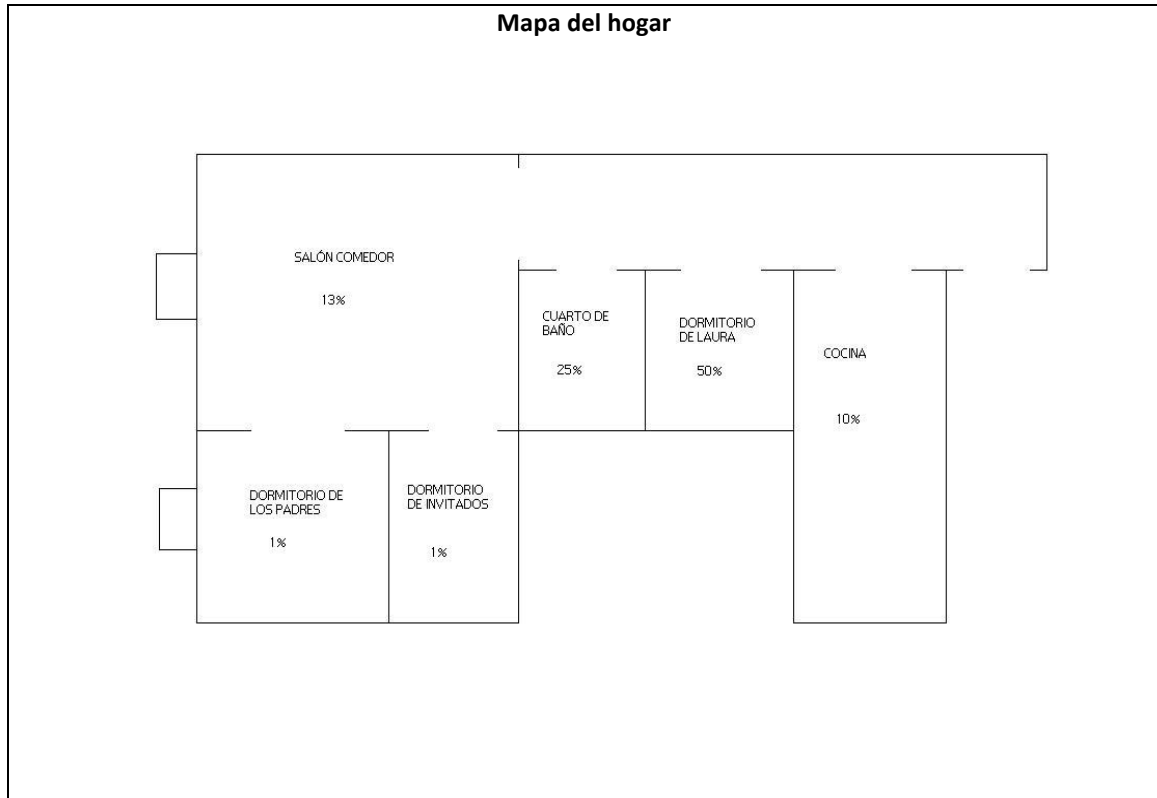
- Problemas conyugales.
- Escasa participación de la figura del padre en los acontecimientos familiares.
- Mala relación madre-hija.
- Escasos recursos familiares y reducida red social.
- Los AVE de cada uno de los integrantes por separado.

<b>Función familiar:</b> Test Apgar familiar 3 puntos Disfunción familiar grave	<b>Apoyo social:</b> bajo Test de MOS 55 puntos	<b>ERS:</b> 102 UCV Sin riesgo
---	--	-----------------------------------

## ESTUDIO MEDIOAMBIENTAL

### CARACTERÍSTICAS DEL HOGAR:

- CALEFACCIÓN: central (el edificio donde viven dispone de calefacción que se enciende a media mañana y se apaga por la noche); eléctrica (a veces utilizan radiadores de aceite, sobre todo por la noche, o también en el baño)
- HIGIENE: normal
- ILUMINACIÓN: normal



### Lista definitiva de problemas

- Relación conflictiva con la madre: Después de analizar detenidamente el caso consideramos que este es el principal problema, ya que tanto madre como hija sienten que conforme pasa el tiempo su relación se distancia cada vez más, lo que ha llevado a pensar a nuestra paciente que no pertenece a esa familia, incrementando su deseo de conocer a su familia biológica, consideramos que esto se ve agravado por la etapa de adolescencia que la paciente está atravesando.
- Necesidad de determinar su familia biológica: Es necesario determinar hasta qué punto es real dicha necesidad, y si no es consecuencia del hecho de que la paciente presente una mala relación con su madre adoptiva.
- Fracaso escolar: La paciente nos reitera que no le gusta estudiar, que prefiere trabajar; y en la entrevista con la madre consideramos que no han sido capaces de inculcarle la necesidad de disponer de estudios básicos en la sociedad actual
- Paro.

## INTERVENCIÓN

### Lista de soluciones a los problemas

#### Relación conflictiva con la madre

1. Entrevistar a madre y a hija de forma individualizada, para conocer sus opiniones, creencias y necesidades
2. Entrevistas "Coca Cola": Entrevistas individualizadas donde intervenimos tratando de acercar posturas entre madre e hija, exponiendo a cada una los sentimientos de la otra
3. Analizar puntos en común entre madre e hija
4. Pautar entrevistas en grupo con madre e hija, exponiendo dichos puntos y actuando como mediadores entre ambas
5. Promover actividades en común entre madre e hija

#### Necesidad de determinar su familia biológica

1. Razonar con la madre sobre la normalidad por parte de la hija de querer conocer a su familia biológica.
2. Consensuar con la paciente, que no debe utilizar este problema como excusa para la mala relación con su familia adoptiva.
3. Poner en contacto con la asistente social del centro para abordar este problema

#### Fracaso escolar y paro

1. Incentivar a la paciente para que termine los estudios básicos.
2. Realización de cursos para ampliación del CV

#### Descartar origen orgánico de las manifestaciones clínicas

1. Anamnesis y exploración física completa
2. Pruebas complementarias fundamentadas en el primer punto (analítica de sangre y orina)

#### **Soluciones seleccionadas:**

Creemos que el principal recurso del que dispone la paciente es su red social, que aunque escasa, la paciente la valora como algo muy importante. Sería necesario, que se fueran incluyendo al padre y la madre, ya que ambos se muestran participativos y están dispuestos a ayudar en lo que sea necesario. Dispone también de la red forma, integrada por nosotros (médico, enfermero y trabajadora social).

La paciente es poco participe en el diálogo y ante las soluciones que le damos la acepta pero no con mucha iniciativa, sobre todo ante las posibles nuevas visitas conjuntas madre-hija, aunque pensamos que poco a poco conforme tengamos mayor confianza con la paciente lograremos más objetivos. En relación a la posibilidad de encontrar a su familia biológica, Sara se muestra muy interesada y sabemos que ya ha concertado cita con la asistente social para abordar el tema. Además refiere que seguirá haciendo cursos para ir completando su formación y quiere encontrar trabajo relacionado con la estética. No se muestra muy conforme con el estudio analítico que le hemos solicitado, pero accede a hacérselo.

#### **Tareas a cumplimentar**

Le planteamos actividades sencillas para realizar en casa, para ir mejorando la relación familiar, como realizar un diario personal donde además de ir anotando sus experiencias, deberá reflejar aquellos acontecimientos que le hacen cambiar su estado de ánimo, aquellas situaciones con la madre que le alteran e intentar razonar qué parte de culpa tiene ella en el conflicto madre e hija. Como ya hemos expuesto, debemos integrar más la figura del padre, así que le pedimos a la adolescente, que a ser posible todos los días pase un tiempo en la zona familiar común (salón) y que si se encuentra preparada, le cuente algo de lo que le ha acontecido en el día a su padre y a su madre. Con respecto a la situación laboral, se compromete a solicitar nuevos cursos así como a entregar su currículum en numerosos centros de estética.

## HIPÓTESIS SISTEMICA Y RESUMEN

Partiendo de una paciente que acudía a la consulta traída por su madre para descartar un problema orgánico, hemos detectado de base un problema psicosocial, tras analizar la situación y entrevistar a ambas hemos detectado una serie de problemas, descritos de forma detallada previamente, a forma de resumen quedan expuestos a continuación: El principal problema es la mala relación madre e hija, en la que nuestra paciente como adolescente trata de romper con la figura de la madre como modelo autoritario, buscando cometer sus propios errores, pero sin darse cuenta de que requiere la guía de su madre en el proceso de desarrollo; a este problema se suma el hecho de la paciente es adoptada, situación usada por la hija como salida para no afrontar la mala relación con la madre, así como arma que además daña los sentimientos de la madre y agrava aún más la tensión entre ambas; por último creemos que es imprescindible destacar que la figura del padre apenas se deja ver en todo este problema entre ambas.

Como hipótesis sistémica nos proponemos intervenir aplicando una serie de soluciones ya explicadas previamente, para abrir las vía de comunicación entre madre en hija, implicar al padre, y dar a entender el hecho de querer conocer a su familia biológica como algo positivo.

## CASO CLÍNICO 6. CONDUCTAS VIOLENTAS EN UNA FAMILIA DESESTRUCTURADA

Juan Andrés Ramos Ruiz, Alejandro Pérez Milena.

Centro de Salud El Valle (Jaén)

Hombre de 14 años (adolescencia media), nivel de estudios 2º ESO.

**Motivo de consulta:** Por medio de la trabajadora social del centro se recibe una carta del Equipo de Orientación del instituto del menor, donde indican un comportamiento disruptivo y en ocasiones violento con compañeros y profesorado, con fracaso escolar debido a la negativa del adolescente a estudiar. No sigue normas y mantiene actitudes en clase que constantemente llaman la atención e interrumpen el ritmo de la clase. Quieren una valoración por el equipo de Salud Mental.

Se da cita programada por teléfono, contactando con la madre. No acuden a las dos primeras citas, y finalmente acuden a la tercera. A la consulta acude la madre, el menor y dos hermanas mayores. La madre está muy preocupada porque el paciente tiene un bajo rendimiento escolar, ella quiere mucho a su hijo, y éste a ella aunque en ocasiones se porte mal o incluso le amenace (aunque no refiere violencia física). Culpa de todo a otro hijo mayor que vive en casa y padece esquizofrenia, quien presenta una conducta impulsiva con frecuentes peleas en casa y con el adolescente. Las hermanas le recriminan su actitud con mayor seriedad que la madre y le piden que se comporte mejor en casa y en el colegio. Dicen que disimula porque “lo hace para conseguir un ordenador en el colegio como premio”.

El adolescente, solo en consulta, reconoce haberse comportado mal en el colegio pero dice que “está cambiando”. Confirma la mala relación con el hermano con problemas de

salud mental, diciendo que no puede vivir con él en la casa (recientemente le rompió su videoconsola sin motivo aparente y sufre agresiones físicas).

Este problema fue valorado en pediatría hace medio año. La madre expresaba entonces los mismos problemas: preocupada porque “el niño” se presentaba muy nervioso en casa, con malas relaciones con sus amigos y sin obedecer sus órdenes (“se pone muy triste cuando me ve llorar”). El menor se mostraba alegre en la consulta, contento y reactivo a las preguntas. No presentaba trastornos del sueño y la pediatra cataloga a su familia como de “alto riesgo social”.

### Manifestaciones clínicas:

Distante en la consulta, atento pero poco colaborador. Las manifestaciones clínicas se resumen en conducta impulsiva y de violencia con los pares y con su madre, fracaso escolar y desobediencia a las normas del colegio, comportamiento hiperactivo y con falta de atención.

### Enfoque terapéutico

En Pediatría comenzó a tomar medicación ansiolítica (clorazepato dipotásico 5 mg/ 12 horas durante 15 días). En una segunda visita se deriva a la Unidad de Salud Mental Infantojuvenil ante la falta de mejoría, pero no acuden a la cita. Ahora tampoco quiere acudir a Salud Mental y la madre dice que si él no quiere, ella no puede obligarle.

### Lista de problemas

Conductas disruptivas en el instituto. Fracaso escolar. Entorno violento en el hogar familiar. Alteración de la conducta. Relación difícil con los pares.

### Comportamientos de riesgo:

Violencia en el hogar: Existen frecuentes peleas del menor con su hermano de 25 años, también afecto de problemas de comportamiento, incluso con agresión física. A ello se añaden los problemas de desobediencia ante su madre y el profesorado y la falta de actitud positiva en el colegio.

### Problemas escolares:

Fracaso escolar, problemas con los compañeros, actitudes de violencia escolar

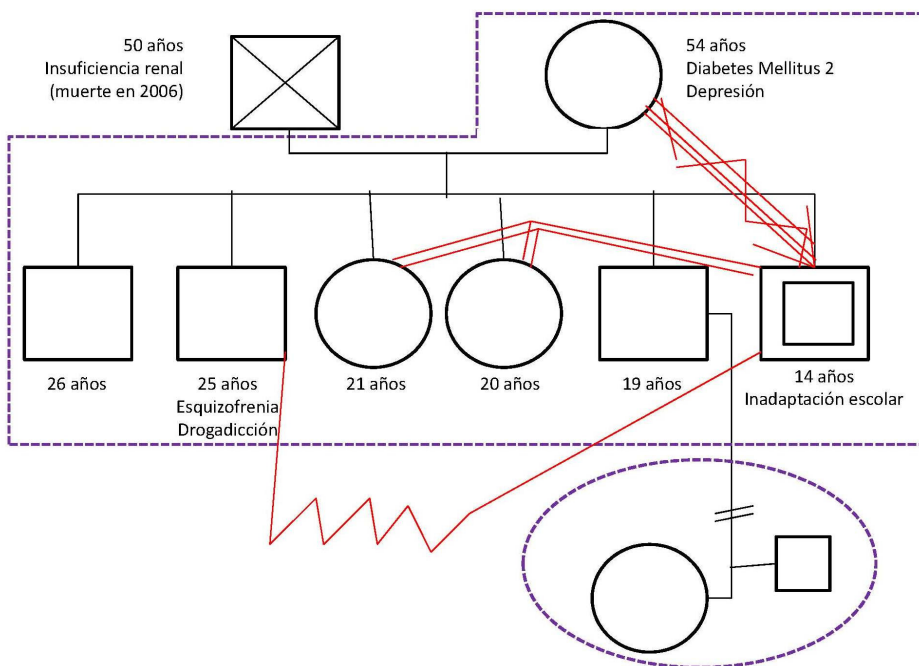
La actitud del menor en clase es el motivo principal de consulta, sin atenderse a las normas de convivencia del centro educativo, desobediencia ante las indicaciones del profesorado, conductas disruptivas y fracaso escolar. Existen, también, episodios de violencia verbal y física con los compañeros, a los que el adolescente no da importancia ni tampoco la familia.

**Problemas con los pares:**

Pelear frecuentes con los compañeros de colegio. La madre insiste en que “tiene muy malas juntas que tienen la culpa de todo”. Actúa como líder de su grupo, todos con mal rendimiento académico.

**ESTUDIO FAMILIAR**

**Genograma**



El adolescente vive en una familia mononuclear en estadio IV (contracción: desde que el primer hijo abandona el hogar hasta que el último hijo abandona el hogar) con una atipia porque el hermano de 19 años, tras la separación de su mujer, ha vuelto a vivir en casa. El padre falleció hace 3 años por un cáncer renal, lo que supuso una carga emocional muy importante para la madre quien refiere que es muy difícil cuidar de sus hijos.

Con su hermano mayor (25 años, esquizofrenia y consumo de drogas) mantiene una relación distante y negativa, motivada por las numerosas peleas que tienen en el hogar familiar y la conducta agresiva del primero. El mayor apoyo afectivo lo recibe de su madre. La madre quiere mucho al paciente (su hijo menor) y refiere que estarían mejor sin el hermano de 25 años. Tiene una relación cordial con sus dos hermanas, de 21 y 20 años, y con su hermano, inmediatamente mayor que él, de 19 años. Relación distante con su hermano de 26 años.

Los recursos económicos de la familia son mínimos, sólo la pensión de viudedad que recibe la madre.

**Lista de problemas tras la lectura del genograma**

Violencia y fracaso escolar. Conducta impulsiva y dificultad para las relaciones sociales. Entorno familiar violento. Familia de alto riesgo social. Duelo mal elaborado.

<p><b>Función familiar:</b> Test Apgar familiar 6 puntos Disfunción familiar leve</p>	<p><b>Apoyo social:</b> Test MOS Emocional 32 puntos. Instrumental 8 puntos. Ocio y distracción 8 puntos. Amor y cariño 11 puntos.</p>	<p><b>ERS:</b> 145 UCV Cambio de salud de un familiar y cambio de situación económica</p>
---	--	---

**Datos aportados por el Genograma para cambiar o ampliar la lista de soluciones:**

- 1) No dispone de un lugar con intimidad suficiente para realizar sus tareas escolares.
- 2) Tiene un apoyo emocional importante por parte de sus dos hermanas y madre.
- 3) El mayor conflicto en el hogar familiar se centra en la mala relación con su hermano.
- 4) El fallecimiento del padre, y la separación y vuelta a casa del hermano mayor, influyen en el funcionamiento familiar.

**ESTUDIO MEDIOAMBIENTAL**

CARACTERISTICAS DEL HOGAR: Calefacción de butano, Higiene mala, Iluminación deficiente.

CONFINES TERRITORIALES Y MATERIALES:

- ¿Tienes un espacio para ti solo? No.
- ¿Tienes bien delimitado el espacio para defender tu intimidad? No.
- ¿Crees que deberían hacerse cambios en tu casa para vivir mejor? Sí. “Que se vaya mi hermano mayor (el que tiene problemas de salud mental)”. “Tener un cuarto para mí y un ordenador”.

**Lista definitiva de problemas**

- Actitudes disruptivas y fracaso escolar.
- Conducta impulsiva y dificultad para las relaciones sociales.
- Entorno violento en familia de alto riesgo social.
- Mala relación con el hermano mayor.

**Problemas seleccionados:** El paciente percibe que el problema más importante para su madre y por el cual ella está preocupada es su comportamiento en el colegio y tras éste, la relación que tiene con sus hermanos en casa, en concreto con el hermano mayor.

Reconoce que todos los problemas que preocupan a su madre, tienen una solución común, que pasaría por reorganizar sus actitudes, centrándose principalmente en mejorar su relación con los demás y en acatar el trabajo escolar como una de sus principales obligaciones.

**INTERVENCIÓN**

**Lista de soluciones a los problemas**

- 1) Dedicación diaria al estudio, a una hora determinada.
- 2) Actitud positiva y de respeto en el colegio.
- 3) Mejora de la relación y contacto diario con sus hermanos.
- 4) Tomar parte en las tareas del hogar, ayudando a su madre.
- 5) Combinación de las tareas con actividad deportiva o de ocio.

**Soluciones seleccionadas**

- 1) Inicio de hora diaria de estudio, en espacio propio.
- 2) Asistencia y actitud colaboradora en clase.
- 3) Dedicación semanal con aceptación de responsabilidades en tareas domésticas junto a su hermano mayor: hacer la compra, limpieza del piso...
- 4) Combinación semanal, con actividades de ocio que le gusten (fútbol) y que hagan reforzar su apoyo social por parte de los pares.



### Tareas a cumplimentar

- 1) Calendario semanal con una hora diaria dedicada al estudio.
- 2) Actividades de colaboración en el hogar, junto a hermano mayor.
- 3) Apoyo a cuidado de niños de la hermana mayor, a cambio de disponer de una o dos horas diarias de la habitación, de forma individual, para realizar sus tareas escolares.
- 4) Se sentará, dos veces por semana, a la hora que acuerden, a comentar los aspectos positivos y negativos de su cambio de actitud con su madre.
- 5) Acudir a las citas programadas en consulta, para comentar la evolución tras los cambios.

### HIPÓTESIS SISTEMICA Y RESUMEN

La madre nos demanda ayuda no sólo para mejorar los estudios del hijo adolescente sino para ordenar la vida de éste y del resto de su familia. Se trata de una familia monoparental, con un duelo relativamente reciente por la muerte del padre hace pocos años del que la madre aún no ha realizado una adecuada elaboración. Hay atipia familiar, con adultos jóvenes que permanecen en el domicilio y otro hermano que tras una separación vuelve también a casa. La familia en fase de contracción suma la muerte del padre y la vuelta de un hijo que se fue, junto a otros que aún no se van.

Hay un escaso apoyo social y una desestructuración de los roles: la madre no puede ejercer su rol y autoridad ante su hijo pequeño, papel que asumen en parte sus hijas. Comprobamos como la madre se vuelca en el cuidado de sus hijos y este excesivo apego dificulta o entorpece la relación con sus pares ("no tengo vida social, apenas tengo tiempo para mí"), convirtiéndose esta actitud en un obstáculo para permitir la independencia de los hijos o, favoreciendo la parentalización de uno de ellos (en nuestro caso, esta parentalización es patológica, debido a los problemas psiquiátricos/de conducta del hijo mayor, que no asume este rol).

El adolescente también ha perdido el referente paterna que serviría de modelo en su comportamiento y actitudes, obteniendo a cambio una figura patológica: hermano mayor, con conductas agresivas (violencia en el seno familiar / agresiones a madre y hermanos / reciente ingreso en prisión por su conducta). Esta falta de guía en el adolescente, podría justificar y ayudarnos a comprender su actitud rebelde y es gran parte de la problemática que debemos tener en cuenta a la hora de actuar y hacer reflexionar al menor. En el hogar se aprecia una importante falta de espacios propios para los integrantes de la familia; para el adolescente constituye un factor limitante para su evolución académica. Será necesario reorganizar el espacio en el hogar, acordando horarios para que el adolescente pueda disfrutar de un espacio propio, íntimo, que le permita realizar sus tareas diarias

Los valores límite de función familiar (disfunción familiar leve), pueden estar en concordancia con el escaso apoyo familiar, tal vez no tan acusado ni percibido por el adolescente, pero sí evidente en la madre. El apoyo familiar tanto económico como emocional para la madre es escaso, dispone apoyo emocional de dos hermanas que no viven en la misma ciudad (proximidad muy escasa).

A la vista de estos datos no es posible realizar una evaluación puntual o cerrada del caso clínico sino que hay que valorar y seguir los futuros cambios que se puedan dar en el seno del hogar familiar. Aunque el seguimiento es difícil, porque tanto la madre como el adolescente o sus hermanas faltan con frecuencia a las citas programadas, se aprecian cambios en algunos puntos:

- La decisión de la familia de denunciar el caso de violencia familiar por parte del hermano mayor y su posterior ingreso en prisión. Esto favorece un cese de la violencia en el seno del hogar familiar y la desaparición de la "figura patológica paterna" para el adolescente.
- La colaboración con los servicios sociales para mejorar el apoyo social y económico de la madre.
- Los acuerdos en cuanto a la disponibilidad y uso de los espacios físicos en el hogar familiar (habitación para estudios habilitada 2 horas diarias mínimo para el adolescente).

## CASO CLÍNICO 7. PROBLEMAS CON LAS REDES SOCIALES.

**Beatriz Muñoz Jiménez, Manuel Aparicio Mora.**

Centro de Salud Virgen de la Cabeza. Andújar (Jaén)

Mujer de 16 años (adolescencia media), nivel de estudios 4º ESO.

### Motivo de consulta:

Nerviosismo.

### Manifestaciones clínicas:

La adolescente tiene 16 años y va al instituto. Hace tres semanas, tuvo una discusión con una compañera de clase. Su madre se enteró porque se encontró con la madre de la otra chica y ésta se lo contó. La madre comenta que Lourdes anda muy nerviosa, no duerme bien y que no quiere volver a clase. Según comenta Lourdes, el motivo de la pelea es que la otra chica ha colgado una foto suya en una red social en la que ella estaba algo bebida mientras estaban en una fiesta, y todos sus compañeros de clase la han visto. Ella cuenta

que su relación en la clase es buena, aunque a veces se reían de ella porque no quería beber alcohol cuando salían de fiesta. La madre ha hablado con el tutor y piensa que sus bajas calificaciones y alguna falta a clase últimamente, pueden ser consecuencia de esta acción y de que Lourdes no se encuentre bien dentro del su entorno.

### Enfoque terapéutico

-Orfidal /12h.

-Alprazolam 0.5 mgr en crisis.

-Cinitaprida 1mgr tras principales comidas.

-Analgésicos (cefaleas frecuentes).

38

### Lista de problemas

- 1-La discusión.
- 2-Las somatizaciones asociadas a su problema de ansiedad
- 3-Baja autoestima.

### Comportamientos de riesgo:

- Absentismo escolar.
- Primer contacto con alcohol.

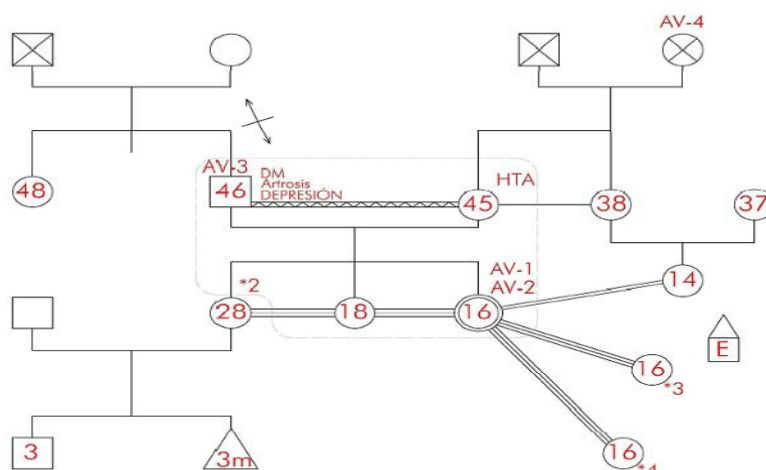
### Problemas escolares:

Fobia escolar. Absentismo escolar. Fracaso escolar. Problemas con los compañeros de clase.

### Problemas con los padres:

Discusiones por no querer asistir a clase. Amenazas con abandonar el hogar familiar.

## Genograma



Nos encontramos ante una familia nuclear sin parientes próximos, en la Etapa IV Contracción / Familia lanzadera. El padre, de 46 años y padre de la paciente, se casó hace 29 años con la madre, de 45 años. Ambos vinieron a esta localidad hace doce años por trabajo. De su relación nacieron la adolescente y sus dos hermanas mayores. El padre es hipertenso, trabaja de fontanero y estudió hasta EGB. La madre está en tratamiento para la depresión, diabetes y artrosis, estudió hasta la EGB y actualmente está en paro (ama de casa). Los componentes del subsistema conyugal se sienten unidos pero la relación es conflictiva y discuten con frecuencia. El subsistema fraternal esta constituido por la adolescente (de 16 años) y sus dos hermanas de 18 años y 28 años). La pequeña vive con la familia. La mayor vive fuera del domicilio familiar porque se casó hace 4 años, aunque su domicilio se encuentra en la misma localidad de la familia. La hermana mayor tiene un hijo de 3 años y se encuentra embarazada de 3 meses.

Las familias de origen viven en otra localidad. Familia de origen del padre: su madre, que aun vive, se dedicó a la costura. Su padre murió hace 4 años y era mecánico. Tiene una hermana también en Jaén, mayor que él. Familia de origen de la Madre: su padre murió hace años y hace menos de un año también lo hizo su madre. Mantiene buena relación con su hermana que vive en Úbeda, mas intensa desde la muerte de la abuela de la adolescente.

Red y Apoyo social: refiere cuatro apoyos sociales. El más importante es su hermana pequeña, quien le reporta apoyo afectivo e instrumental. También cuenta que su hermana mayor le sirve de apoyo afectivo, emocional y confidente, pero la adolescente comenta que de manera progresiva la relación ha perdido intensidad porque su hermana ya no vive con ella. En el instituto, la paciente cuenta con 2 apoyos sociales, sus dos amigas íntimas, quienes le brindan apoyo afectivo, confidente y actúan de interacción social positiva.

Mapa relacional: La paciente se siente muy unida a sus hermanas. Cuenta que también mantiene una relación mas íntima con una de sus primas por parte materna. La relación con sus padres es conflictiva en la actualidad. A los ojos de la adolescente, sus hermanas mayores mantienen una buena relación con sus padres.

### Lista de problemas tras la lectura del genograma

Síndrome depresivo. Ideas e intento de autolisis. Fracaso escolar. Deterioro en las relaciones familiares. Aislamiento social. Escasa comunicación con los miembros de su familia

<b>Función familiar:</b> Test Apgar familiar 6 puntos Disfunción familiar leve	<b>Apoyo social:</b> medio Test MOS 58 puntos	<b>ESCALA DE REAJUSE SOCIAL (ERS):</b> ....163 UVC
--	--	--

## ESTUDIO MEDIOAMBIENTAL

CARACTERISTICAS DEL HOGAR: Calefacción eléctrica, Higiene normal, Iluminación normal.

CONFINES TERRITORIALES Y MATERIALES:

- ¿Tienes un espacio para ti solo? No. Aunque comenta que no le importa compartir cuarto con su hermana menor, preferiría tener un cuarto propio.
- ¿Tienes bien delimitado el espacio para defender tu intimidad? No.
- ¿Crees que deberían hacerse cambios en tu casa para vivir mejor? Sí. Le gustaría que el antiguo cuarto de su hermana mayor fuera el suyo

40



**CIRCULACIÓN Y OCUPACIÓN DE LOS ESPACIOS:** La mayoría del tiempo lo pasa en su habitación (sin tener en cuenta las horas de sueño). Comparte este cuarto con su hermana pequeña y es una habitación bien iluminada, con 2 camas, 2 escritorios (uno de ellos mejor iluminado que el otro) y teléfono fijo. En su habitación estudia, lee y escucha música. El resto del tiempo lo suele pasar en el salón de casa, bien viendo la televisión o haciendo uso del ordenador tanto para tareas formativas como lúdicas. El lugar de reunión con el resto de la familia suele ser éste. Aunque el cuarto de su hermana mayor ha sido reconvertido en salita interior, la adolescente pasa también algo de tiempo en dicha estancia cuando quiere estar sola, y escuchar música.

### Lista definitiva de problemas

- Absentismo escolar.
- Fracaso escolar.
- Miedo a ir a clase.
- Relación conflictiva con los padres.

### Problemas seleccionados

1-Absentismo escolar: ha faltado en varias ocasiones al instituto, bien porque se aferraba a problemas de salud o bien no yendo a clase. La discusión y la vergüenza de que la vieran en la foto en el twitter ha acentuado su ansiedad al volver a clase. Además es un problema que está afectando seriamente a las calificaciones de la paciente y a su autoestima.

2-Miedo a ir a clase: Tras la discusión evita ir a clase acusando cefaleas o fiebre. Cree que la gente está pendiente de ella, que la miran.

## INTERVENCIÓN

### Lista de soluciones a los problemas

- Absentismo escolar:
  - Cambio de Clase.
  - Cambio de Instituto.
  - Aprender a convivir con sus miedos.
  - Hacer partícipes de la situación a los educadores del centro.
- Miedo a ir a clase:
  - Aprender a hacer frente a sus miedos.

### Recursos

- Absentismo escolar:
  - Mediación de los docentes del instituto.
  - La familia.
  - Los amigos.
- Miedo a ir a clase:
  - La familia.
  - Los amigos.

### Datos aportados por el Genograma

- Absentismo escolar:
  - Reforzar la relación con sus dos amigas de clase, a las que no ve últimamente.
  - Mejorar la comunicación con sus padres.
- Miedo a ir a clase:
  - Ir a vivir con su tía de Úbeda (es la madre la que propone esta solución).
  - Recuperar la relación con su hermana mayor.

### Soluciones seleccionadas

- Absentismo escolar:
  - Hacer partícipes de la situación a los educadores del centro.
  - Reforzar la relación con sus dos amigas de clase, a las que no ve últimamente.
  - Mejorar la comunicación con sus padres.
- Miedo a ir a clase:
  - Aprender a hacer frente a sus miedos.

### Tareas a cumplimentar

- Abordar el trastorno adaptativo de la madre de Lourdes.
- Planificarse mejor en sus estudios (abordaje del fracaso escolar).

## HIPÓTESIS SISTEMICA Y RESUMEN

La discusión que tuvo hace unas semanas ha sido el detonante para revelar una situación de baja autoestima que la paciente tenía. Dicha situación la ha ido distanciando de manera progresiva tanto de su familia como de sus amigas de clase. Ha provocado absentismo escolar y somatizaciones por la ansiedad. La madre de Lourdes está preocupada por la salud y por las notas de su hija y piensa incluso en la posibilidad de mandarla a vivir con su hermana fuera de la localidad. Esto ha llevado a frecuentes discusiones entre los padres y a que la madre vea exacerbado su trastorno ansioso-depresivo. Aunque el test APGAR una disfunción familiar es leve, probablemente desde la discusión en el instituto, la situación se haya desestabilizado. El círculo social de la adolescente se ha visto mermado lentamente desde el inicio de todo esto, ya que sus amigas del instituto se han distanciado últimamente, entre otras cosas porque ella ha dejado de salir con ellas por las tardes por miedo a vergüenza de que ellas piensen mal de ella y por temor a encontrarse más gente. Esto, unido al distanciamiento de su hermana mayor, ha hecho que el grupo de apoyo se haya reducido recientemente a su hermana pequeña quien, a pesar de brindarle apoyo afectivo e instrumental, no cubre del todo las necesidades actuales de la adolescente. La situación de incomprensión y de aceptación por falta del grupo de pares ha desajustado el proceso de socialización y, en este caso, ha provocado una situación de fracaso escolar y de fobia social. La falta de aceptación de nuestra adolescente venía produciéndose desde hacía meses propiciada por la no aceptación de tomar alcohol en las salidas, pero hasta el momento de la discusión no había trascendido a los padres. Es una situación de la que ella difícilmente puede salir por sus propios medios y que le está ocasionando un problema de ansiedad y pérdida de autoestima. Precisamente las personas que le podrían haber ayudado desde un primer momento, sus amigas del instituto, se han ido distanciando de ella porque ha dejado de salir con ellas por miedo a verse de nuevo en una situación ridiculizante para ella. De perpetuarse la situación, podría plantearse el cambio de instituto como una solución al problema, pero no es la más deseable.

## CASO CLÍNICO 8. MI HIJO NO ME COME...

Carolina Guerrero González, M<sup>a</sup> Carmen Rubio Miguel.

Centro de Salud San José (Linares, Jaén)

Hombre de 16 años (adolescencia media), nivel de estudios 1º de bachillerato.

**Motivo de consulta:** Refiere la madre que desde este verano no come.

**Manifestaciones clínicas:** Hábitos de riesgo: no fuma, no bebe alcohol, va al gimnasio y hace ejercicios de musculación, quiere tomar batidos de proteínas, la madre no se lo permite. Realiza dieta normocalórica.

No refiere problemas sociales, escolares ni familiares, aunque la madre dice que está muy rebelde.

Exploración Física: sin hallazgos. IMC: 24,7. Análítica de sangre con perfil básico normal.

### Enfoque terapéutico

Sin tratamiento médico.

42

### Lista de problemas

1. Acné Juvenil
2. Asma primaveral
3. Intervenido de apendicitis a los 10 años.

### Comportamientos de riesgo:

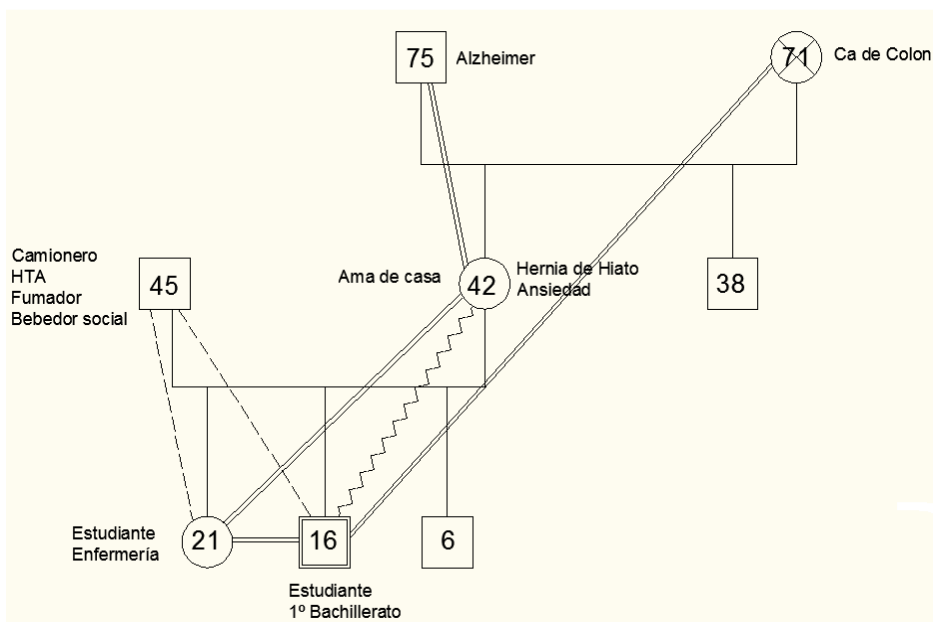
- Riesgo de anorexia o vigorexia.

### Problemas escolares: No

### Problemas con los padres: No refiere

## ESTUDIO FAMILIAR

### Genograma



### Lista de problemas tras la lectura del genograma

- 1) Relación materno-filiar conflictiva
- 2) Figura paterna ausente

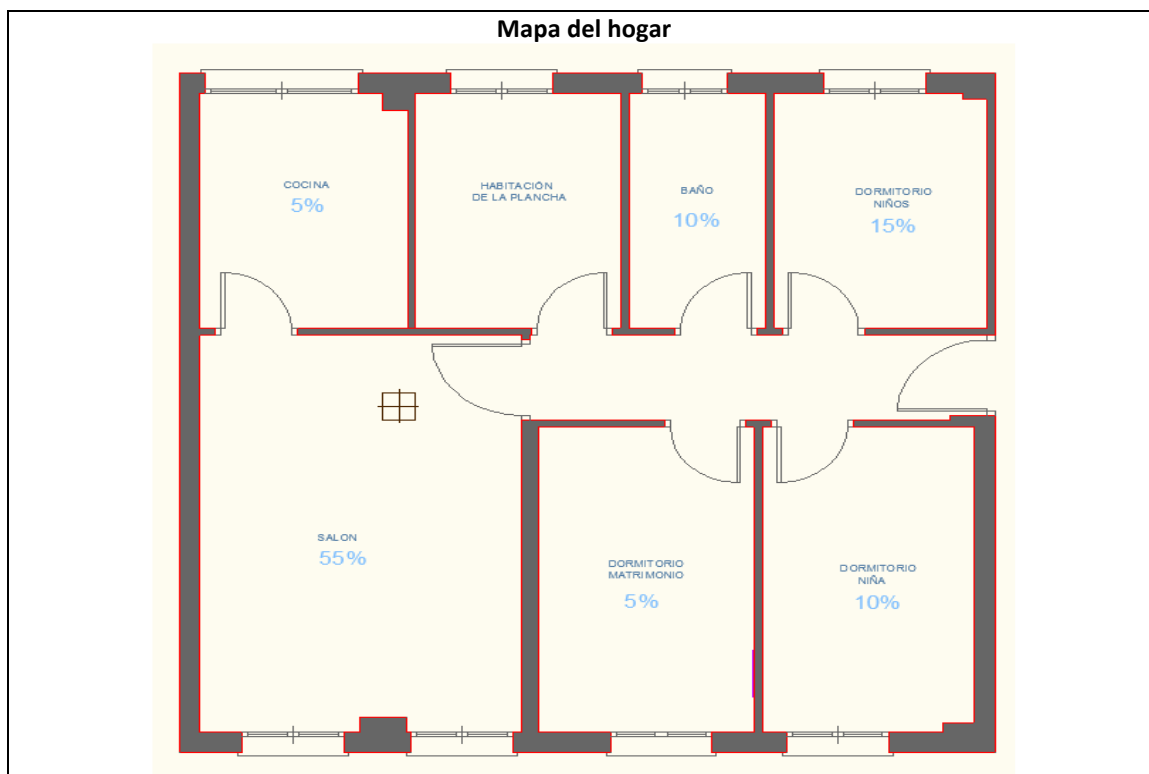
<b>Función familiar:</b> Test Apgar familiar 5 puntos Disfunción familiar leve	<b>Apoyo social:</b> Test MOS 53 puntos Apoyo social adecuado
<b>ERS: 117 UCV (pueden afectar la salud familiar)</b> Muerte de la abuela hace 1 año. Cambio de colegio	

### ESTUDIO MEDIOAMBIENTAL

CARACTERISTICAS DEL HOGAR: Calefacción eléctrica, Higiene normal, Iluminación normal.

CONFINES TERRITORIALES Y MATERIALES:

- ¿Tienes un espacio para ti solo? No.
- ¿Tienes bien delimitado el espacio para defender tu intimidad? No.
- ¿Crees que deberían hacerse cambios en tu casa para vivir mejor? Si. Acondicionar la habitación de la plancha para él o su hermano pequeño no compartan habitación.



### Lista definitiva de problemas

- Acné juvenil
- Asma primaveral
- Int. apendicitis
- Relación materno-filiar conflictiva
- Figura paterna ausente
- Riesgo de anorexia o vigorexia

### Problemas seleccionados

- Relación materno-filiar conflictiva: Se siente incomprendido, se queja de que no le da libertad, se mete en sus cosas y le obliga a comer excesivamente y lo que ella quiere
- Figura paterna ausente: el padre siempre está viajando, cuando viene los fines de semana se va al bar a ver el fútbol. No realizan ninguna actividad juntos
- Riesgo de anorexia o vigorexia: se ve algo "gordo" y refiere insistentemente que sus amigos son musculosos y que él quiere parecerse a ellos
- Mala percepción de imagen corporal con baja autoestima debido a acné y poca musculación

### INTERVENCIÓN

#### Lista de soluciones a los problemas

- 1) Medidas higienico- dietéticas para el acné, uso de gel para pieles grasas, clinwas, peroxiben. Plan de actuación si no mejoría.
- 2) Pactar dieta equilibrada y ejercicio aeróbico moderado (3 horas semana) con algo de musculación (1 hora semanal)
- 3) Tranquilizar a la madre, insistiendo en buena salud del hijo tras exploración y analítica realizada
- 4) Explicar a la madre características del adolescente (independencia, deseos de libertad, relaciones sociales, imagen corporal, intimidad)
- 5) Intentar cita con el padre para explicarle las necesidades del hijo
- 6) Reunión familiar semanal con todos los miembros
- 7) Buscar actividades de ocio en familia
- 8) Buscar espacio para intimidad del adolescente
- 9) El paciente propondrá actividades diferentes a sus amigos que no tengan que ver con el culto al cuerpo. (cine, juegos, deportes en equipo)
- 10) No bajar de 78 Kg y no aumentar las horas de gimnasio
- 11) Realizar todos los días un listado de cosas que hace bien.

#### Soluciones seleccionadas

Se seleccionan los puntos 1, 2, 3, 4, 7, 8, 10 y 11.

#### Recursos con que cuenta para solucionar el problema:

##### Sí tiene:

- 1) Buena disposición de la madre
- 2) Cambio de espacio
- 3) Apoyo de la hermana
- 4) Reunión familia

##### No tiene:

- 1) Padre no tiene tiempo
- 2) Excesivo culto al cuerpo de su grupo de amigos
- 3) Dificultad para cambiar actividades de ocio

### HIPÓTESIS SISTEMICA Y RESUMEN

Familia normofuncionante con distanciamiento de los miembros de la familia con el padre, conflictos del adolescente con la madre, exceso de preocupación por el peso e imagen corporal del adolescente favorecido por el grupo de amigos.

La intervención que realizamos tiene como objetivo reforzar el agrupamiento familiar y relaciones interpersonales familiares, ayudar a los padres a entender las características propias del adolescente y las carencias que sufre. Por otro lado intentamos evitar el desarrollo de un trastorno alimentario en el adolescente promoviendo hábitos de vida saludable.



## CASO CLÍNICO 9. UNA ADOLESCENTE CON DIARREA Y ANSIEDAD.

Manuel Osuna Díaz, Montserrat Rueda Rojas.

Centro de Salud El Valle (Jaén)

Mujer de 17 años (adolescencia media), soltera, estudiante de ESO.

### Motivo de consulta:

Acude acompañada por su padre por diarrea de tiempo de evolución. Habla el padre y nos comenta que su hija está muy nerviosa que no come bien porque lleva tiempo con diarrea y que no quiere ir a clase por este motivo y nos pide una derivación urgente a digestivo para que sea estudiada.

### Manifestaciones clínicas:

Diarrea, retortijones y nerviosismo.

### Enfoque terapéutico

Decidimos poner tratamiento con suero, tiorfan y nolotil. Se da cita para una consulta programada y realización de genograma.

45

### Lista de problemas

- Diarrea subaguda.
- Fracaso escolar.
- Ansiedad.

Comportamientos de riesgo: No se detectan.

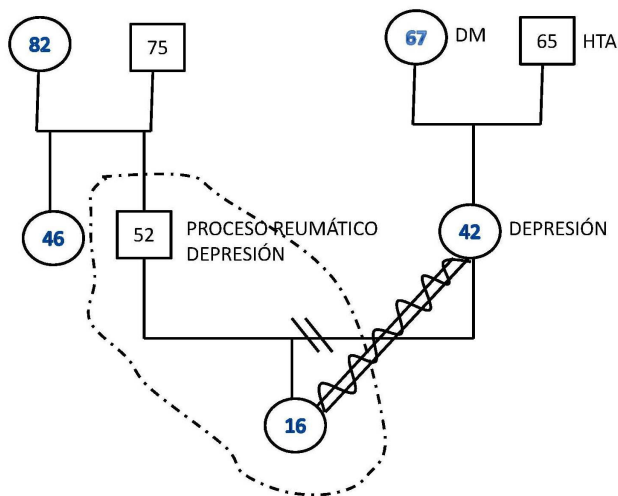
Problemas escolares: Absentismo Escolar y como consecuencia Fracaso Escolar

### Problemas con los padres:

Tiene un novio que el padre no acepta, aparte de él no tiene muchos amigos

## ESTUDIO FAMILIAR

### Genograma



Familia monoparental con parientes próximos. No tiene relación con su madre que trabaja como limpiadora y vive en casa de sus abuelos maternos. Su padre no trabaja por problemas reumáticos. Los padres de la paciente están divorciados hace 5 años, ella vive con su padre, su madre vive con sus abuelos en un pueblo y no tiene mucha relación con ella. Su novio y dos amigas forman su red social. No tiene hermanos. El padre tiene una hermana que también vive en la misma ciudad con sus padres

- Lista de problemas tras la lectura del genograma**
- 1) Padres Divorciados
  - 2) Vive con el padre
  - 3) Poca relación con su madre
  - 4) Escasa relación social

<b>Función familiar:</b> Test Apgar familiar 5 puntos Disfunción familiar leve	<b>Apoyo social:</b> Test MOS 55 puntos
--	--

**ESTUDIO MEDIOAMBIENTAL**

ENTRADA CASA	<b>CARACTERISTICAS DEL HOGAR:</b> Calefacción eléctrica, Higiene normal, Iluminación deficiente. <b>CONFINES TERRITORIALES Y MATERIALES:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La paciente tiene un espacio para ella sola, su habitación. Refiere no tener intimidad suficiente y no cree que se deban realizar cambios en su casa para vivir mejor.</li> <li>• La paciente se encuentra el 90% del tiempo en su cuarto.</li> </ul>

<p><b>Lista definitiva de problemas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diarrea</li> <li>• Absentismo Escolar</li> <li>• Poca relación con su madre</li> <li>• Ansiedad</li> <li>• Escasa relación social</li> </ul>	<p><b>Lista de soluciones a los problemas</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Intentar hablar con la madre, para recuperar la relación.</li> <li>2. Derivación a Salud Mental y a Digestivo.</li> <li>3. Acudir a clase con puntualidad.</li> <li>4. Programas citas en consulta para valorar la evolución.</li> </ol>
---	--

**HIPÓTESIS SISTEMICA Y RESUMEN**

La paciente ha mejorado levemente del cuadro de diarrea, aunque no acaba de desaparecer. Nuestra impresión es que en su etiología influye mucho su situación actual dentro de la familia. Ha vuelto a clase aunque los días que se encuentra peor se queda en casa. En Servicio de Digestivo han descartado una posible celiacía, aunque aconsejan dieta celiaca, lo cual le esta desequilibrando porque comenta que “estoy igual a pesar de hacer ese tipo de dieta”, le aconsejamos que realice dieta normal. En Salud Mental le están ayudando bastante, donde sigue acudiendo cada mes.

## CASO CLÍNICO 10. UNA ADOLESCENTE CON PROBLEMAS DE PESO.

Inmaculada Mancilla Mariscal, Luis Alberto Luciani Huacac.

Centro de Salud Úbeda (Jaén).

Mujer de 20 años (adolescencia tardía), ha cursado hasta 2º de E.S.O.

### Motivo de consulta:

La paciente acude con su madre a consulta y refiere que se ve muy delgada pero a su vez que tampoco tiene apetito y come a deshoras. Su madre vino a nuestra consulta unos días antes y nos contó que su hija se había ido de casa durante 3 días sin saber dónde había estado con unos amigos y nos pidió que le hiciéramos una analítica con serología de VIH porque estaba muy preocupada.

### Exploración física:

Peso 48 kg; altura 160 cm; IMC 18,75; TA 100/65 mmHg. Delgada, consciente, orientada, colaboradora, normohidratada, palidez de piel, auscultación cardiorrespiratoria normal, abdomen anodino, exploración neurológica sin hallazgos.

### Enfoque terapéutico

No toma ninguna medicación.

47

**Lista de problemas:** Bajo peso.

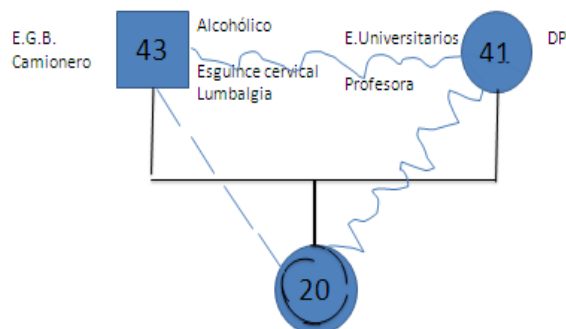
### Comportamientos de riesgo:

Según nos informó la madre podía existir riesgo de accidentes, de drogas, de alcohol, de embarazo, de delincuencia y de conductas de riesgo ya que la adolescente se fue de casa durante 3 días con una amiga que consumía drogas y alcohol, tras haberle robado a su padre dinero (60.000 euros) y junto con unos amigos de ambas, compraron un coche y gastaron el dinero en 3 días. Todo esto lo contaron con posterioridad las dos adolescentes a sus respectivos padres, después de muchas preguntas y mucha insistencia.

**Problemas escolares:** Ya hacía 2 años que la adolescente no iba al instituto ya que, según nos informó ella misma, "no le interesaba nada de lo que se podía aprender allí".

## ESTUDIO FAMILIAR

### Genograma



La paciente es hija única de 20 años; su madre profesora de religión con síndrome ansioso-depresivo, con la cual tiene conflictos con frecuencia; su padre camionero y de baja laboral por accidente de tráfico con esguince cervical y lumbalgia. Con éste tiene una relación distante porque pasa muchas horas fuera de casa, trabajando o en el bar consumiendo alcohol.

### Lista de problemas tras la lectura del genograma

Síndrome depresivo. Ideas e intento de autolisis. Fracaso escolar. Deterioro en las relaciones familiares. Aislamiento social. Escasa comunicación con los miembros de su familia

<b>Función familiar:</b> Test Apgar familiar 5 puntos Disfunción familiar leve	<b>Apoyo social:</b> Test MOS 74 puntos Apoyo social normal
--	---

### ESTUDIO MEDIOAMBIENTAL

**CARACTERISTICAS DEL HOGAR:** disfrutan de calefacción mediante gas con higiene e iluminación de la vivienda normal.

**CONFINES TERRITORIALES Y MATERIALES:** La adolescente comenta que tiene un espacio para ella sola que es su dormitorio individual decorado a su gusto y donde encuentra intimidad, no necesitando cambios en su casa para vivir mejor.

### Lista definitiva de problemas

- Delgadez
- Descartar haber practicado conductas de riesgo/embarazo
- Problemas escolares (no estudia ni trabaja)
- Conflictos familiares (no acepta consejos de los padres)

Los problemas que se abordaron durante la consulta fueron dos: la delgadez que preocupaba a la paciente y los malos hábitos alimenticios que preocupaban a la madre y por otro lado descartar VIH y Hepatitis (preocupación materna).

### INTERVENCIÓN

#### Lista de soluciones a los problemas

- Consejos nutricionales
- Hoja de dieta estricta
- Cita con enfermería para control de peso semanalmente
- Realizar una analítica con serología de VIH y VHB

#### Soluciones seleccionadas

- Acepta la realización de la analítica
- Acepta seguir la dieta estricta

Recursos con que cuenta para solucionar el problema:

- Tiene apoyo materno para ayudarle a realizar las comidas mas indicadas, para recordarle los horarios de comida y para darle ánimo y apoyo moral.
- Tiene a su disposición personal sanitario (medico y enfermera)
- No tiene apoyo paterno

Al mes siguiente la paciente acude a nuestra consulta para recoger la analítica y control de peso, siendo la analítica totalmente normal y el peso había descendido encontrándose en un IMC de 17,5.

Ante esta situación se decide derivar a la paciente al equipo de Nutrición y Dietética.

## HIPÓTESIS SISTEMICA Y RESUMEN

En cuanto a los factores de riesgo que presenta esta adolescente destacarían:

- Baja autoestima (incluyendo conflictos con la imagen corporal)
- Abandono de las actividades académicas
- Falta de capacitación laboral
- Conducta antisocial/delictiva
- Consumo de tóxicos (incluido alcohol) por parte del padre
- Consumo de tóxicos (incluido alcohol) por parte de la adolescente
- Consumo de tabaco
- Hábitos dietéticos inapropiados
- Utilización inapropiada de vehículos de motor/accidentes

La adolescente presenta una puntuación del cuestionario MOS totalmente normal, indicándonos que tiene un apoyo social completo porque ella responde a las preguntas refiriéndose sólo a su amiga íntima, salvo cuando necesita ayuda en el domicilio, que para ello cuenta con la total disposición de su madre (según me informó con posterioridad).

Creo que se hizo un buen abordaje desde la consulta de atención primaria de la adolescente porque nos ganamos su confianza ya que nos permitió la realización de la analítica (ganándonos también la de la madre) y acudía puntualmente a nuestras citas programadas, pero al no conseguir nuestro objetivo de peso, decidimos derivarla a otro servicio más especializado en este tipo de patologías.

## CASO CLÍNICO 11. VIOLENCIA DE GÉNERO Y ABSENTISMO ESCOLAR.

Juan José Gómez Priego, Edgar Cesar Guidi.

Centro de Salud Virgen del Gavellar (Úbeda, Jaén)

Hombre de 15 años (adolescencia media). Estudia 1º de ESO.

### Motivo de consulta:

Acude a consulta de modo reiterado por dolor faríngeo y malestar general, con continuas faltas al colegio por dicho motivo. La madre refiere estar en proceso de separación y que la relación de su hijo con su padre no es buena. En posteriores citas la madre reconoce haber sufrido malos tratos y que el motivo de decidir separarse de su esposo fue observar que la situación familiar afectaba a su hijo. El adolescente no reconoce problemas en el

colegio ni en casa, ni otra causa que justifique su absentismo escolar. Atendido en 2007 por problemas de adaptación escolar, abandonó el seguimiento médico a la tercera visita.

### Enfoque terapéutico

Se deriva a psicólogo de la Unidad de Salud Mental. Se ofrece a la madre la ayuda de la Trabajadora Social y se recomienda entrevista con los tutores escolares.

50

### Lista de problemas

- Absentismo escolar.
- Introversión.
- Aislamiento social.

Comportamientos de riesgo: no se aprecian

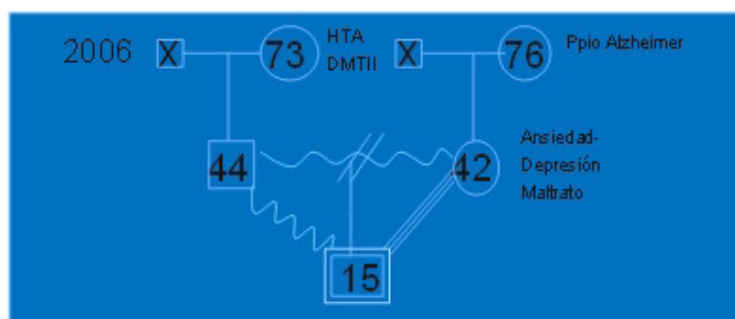
Problemas escolares: fobia escolar, absentismo escolar, fracaso escolar.

Problemas con los padres: no

## ESTUDIO FAMILIAR

### Genograma

### INFORMACIÓN ENTORNO SOCIOFAMILIAR



- Familia nuclear con parientes próximos.
- Ciclo vital en fase III, final de la extensión.
- Test APGAR familiar = 6

### Lista de problemas tras la lectura del genograma

- 1) Posibilidad de antiguo maltrato por el progenitor.
- 2) El hijo presenta una relación muy estrecha con su madre y sobreprotección por parte de ésta.

<b>Función familiar:</b> Test Apgar familiar 6 puntos Disfunción familiar leve	<b>Apoyo social:</b> Test MOS 66 puntos Apoyo social normal	<b>ERS: 120 UCV</b> Los AVE no necesariamente llegan a afectar a la familia
--	---	---

## ESTUDIO MEDIOAMBIENTAL

CARACTERÍSTICAS DEL HOGAR: Calefacción a butano, Higiene normal, Iluminación normal.

CONFINES TERRITORIALES Y MATERIALES:

- ¿Tienes un espacio para ti solo? Sí, su habitación.
- ¿Tienes bien delimitado el espacio para defender tu intimidad? Sí.
- ¿Crees que deberían hacerse cambios en tu casa para vivir mejor? No.

CIRCULACIÓN Y OCUPACIÓN DE LOS ESPACIOS: Suele pasar la mayor parte del tiempo en el salón, viendo televisión y en el ordenador de su dormitorio.

### Lista definitiva de problemas

- Absentismo escolar.
- Introversión.
- Aislamiento social.
- Sobreprotección materna.
- Sospecha de maltrato por parte del padre.

Problemas seleccionados: Valorar la posibilidad de maltrato infantil y sus posibles secuelas físicas y psicológicas. Solucionar el absentismo escolar y evitar repercusiones, incluso legales, a una familia con una crisis no resuelta.

## INTERVENCIÓN

### Lista de soluciones a los problemas

1. Derivación al psicólogo de la Unidad de Salud Mental.
2. Entrevistas de la madre con el profesor tutor.
3. Seguimiento y tratamiento de posibles somatizaciones.

### Soluciones seleccionadas

- Inicia terapia con psicólogo.

## HIPÓTESIS SISTEMICA Y RESUMEN

Conflicto en el subsistema parental: la madre describe malos tratos físicos y psíquicos del marido hacia ella, y psíquicos del padre hacia el hijo.

El joven muestra ánimo depresivo, absentismo escolar, dificultades para adaptarse al centro escolar (que fue elegido por el padre). Problemas escolares desde hace años en varios centros educativos. Rechazo y hostilidad hacia el padre y rabia contra la madre por su falta de decisión y pasividad ante los malos tratos.

El psicólogo confirma un diagnóstico de trastorno adaptativo y aconseja iniciar tratamiento farmacológico. Decidimos continuar con la terapia psicológica y si no mostrará evolución favorable se derivaría a Psiquiatría.

## CASO CLÍNICO 12. INFLUENCIA DE LOS PARES EN HÁBITOS DE VIDA NOCIVOS.

José María Conchilla Parrilla, José Manuel Suarez Sánchez, Juan Ramón Toribio Onieva.

Centro de Salud San José (Linares, Jaén)

Mujer de 17 años (adolescencia media), estudia 2º de bachillerato.

### Motivo de consulta:

Acude la madre un día a consulta y nos cuenta que se lleva muy mal con su hija, que ha cambiado su forma de ser. Según cuenta la madre, su hija tiene una relación desde hace un año y medio con un chico que a ella no le gusta para su hija, pero que a pesar de ello le abrió sus puertas. Nos dice que el chico se vino a vivir a su casa porque había discutido con sus padres. Este chico tenía 18 años. Había estado viviendo allí desde que llevaban un mes de relación. Después ella, como madre de la chica, les dijo que no podían seguir así, que él tendría que solucionar sus problemas porque, después de 4 meses soportando la situación ya no puede seguir manteniéndolo por motivos económicos. Según nos dice “hasta le compraba el tabaco”. La madre, nos dice muy preocupada que le ayudemos, ya que desde que se fue el novio de la hija de la casa, ella siempre le grita a la madre, todo le sienta mal, la insulta y se va de casa y desaparece durante unos días cada vez que quiere.

La madre nos cuenta que todos estos comportamientos comenzaron cuando ella se separó de su padre. Entonces dejó de salir de

casa porque no tenía gana (la madre) y pasaba más tiempo con la hija. Después la hija, empezó a salir con ese chico, a consumir alcohol y a fumar... y empezaron los problemas.

La hija, en entrevista a solas, refiere que bebe, fuma, alguna vez consume alguna droga como marihuana, mantiene relaciones sin preservativo... que alguna vez se ha encontrado con tanta ansiedad tras discutir con su pareja o con su madre que ha tenido que acudir a una amiga y le ha dado algún ansiolítico, también porque en ocasiones le cuesta dormir.

Nos dice que ha empezado a faltar con asiduidad al instituto que antes, sacaba buenas notas, pero que ahora no le apetece asistir a clase y prefiere salirse para beberse unos “litros” con sus nuevos amigos en el parque.

La paciente no presenta antecedentes de interés. Salvo dismenorrea importante, ocasionalmente ITU, y vulvovaginitis ocasionales. Insomnio.

### Enfoque terapéutico:

Antiinflamatorios, algún antibiótico y antifúngicos de forma ocasional.

52

### Lista de problemas

1. Consumo de alcohol
2. Consumo de tabaco
3. Relaciones sexuales de riesgo.
4. Consumo de drogas
5. Consumo de benzodiazepinas

### Comportamientos de riesgo:

Consumo de alcohol, de tabaco, de marihuana y cannabis, tiene relaciones sexuales sin preservativo, y a veces toma benzodiazepinas.

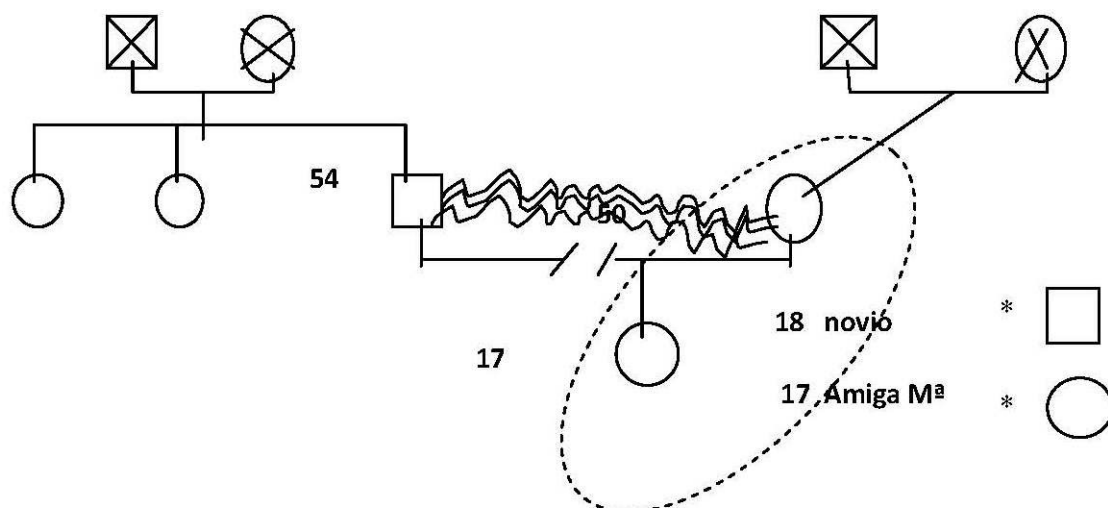
**Problemas escolares:** falta a clase para irse a tomar unos “litros” casi todos los días, además nos menciona que a veces no le apetece ir en todo el día y se queda en casa de su novio.

**Problemas con los pares:** No tiene problemas con sus compañeros de clase, tiene muchas amistades a quienes les cuenta sus problemas y con los que pasa mucho tiempo.



## ESTUDIO FAMILIAR

### Genograma



53

Es hija de padres separados, en la que la madre ha intentado distanciarla del padre de la familia de origen paterna. Tiene muchos amigos que le podrían ayudar y con los que puede contar. Su mejor amiga la apoya siempre. Su novio, a pesar de que discuten en ocasiones, la quiere mucho y siempre esta a su lado.

#### Lista de problemas tras la lectura del genograma

- 1) Padres divorciados.
- 2) Apoyo de su novio y amiga.
- 3) Ábuelos fallecidos

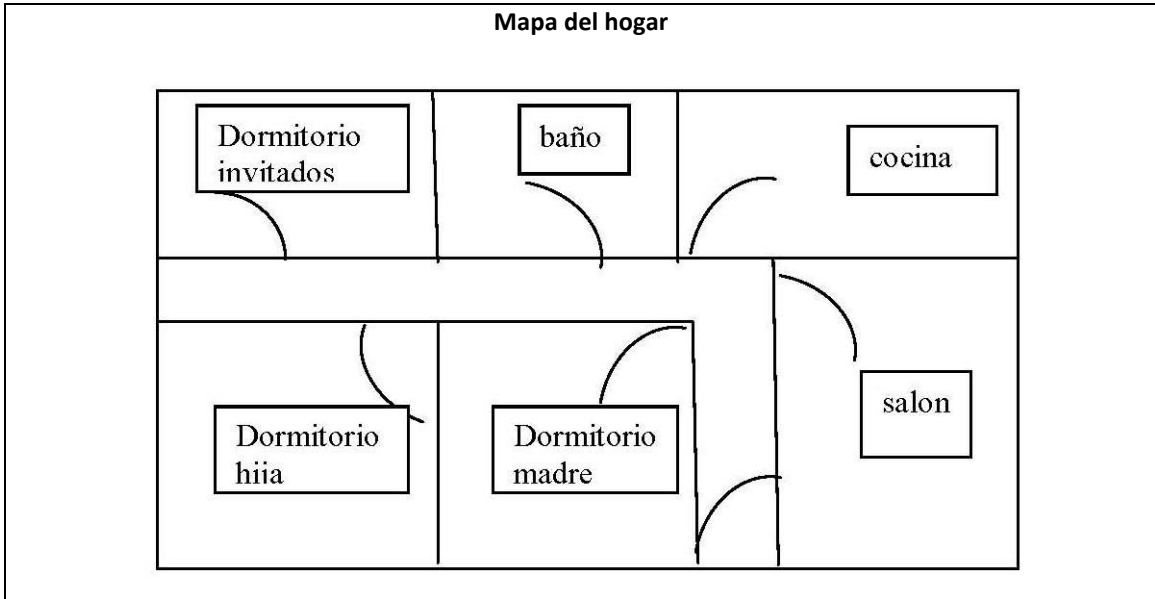
<b>Función familiar:</b> Test Apgar familiar 7 puntos Función familiar normal.	<b>Apoyo social:</b> Test MOS 99 puntos Apoyo social normal
--	---

## ESTUDIO MEDIOAMBIENTAL

CARACTERÍSTICAS DEL HOGAR: Calefacción eléctrica, Higiene normal, Iluminación normal.

CONFINES TERRITORIALES Y MATERIALES:

- ¿Tienes un espacio para ti solo? Sí.
- ¿Tienes bien delimitado el espacio para defender tu intimidad? Sí.
- ¿Crees que deberían hacerse cambios en tu casa para vivir mejor? No.



- Lista definitiva de problemas**
- Consumo de tabaco, alcohol, benzodiazepina y drogas ilegales.
  - Relaciones sexuales de riesgo.
  - Insomnio.
  - Mal rendimiento escolar.

**INTERVENCIÓN**

- Lista de soluciones a los problemas**
1. Consejo antitabaco.
  2. Consejo sobre el consumo de alcohol y los problemas que causa.
  3. Consejo contra el abuso de benzodiazepinas.
  4. Consejo sobre relaciones sexuales de riesgo.
  5. Consejos para la buena conciliación del sueño.
  6. Consejo para volver a tener los buenos resultados escolares previos.

- Soluciones seleccionadas**
- Abandono del consumo de hábitos tóxicos.
  - Mejora del rendimiento escolar.
  - Mejorar la relación con la madre.
  - Utilizar métodos de barrera en las relaciones sexuales.

Se realizan diferentes consultas programadas individuales y en pareja con la madre, quien se presta para ofrecer apoyo emocional a su hija.

- Tareas a cumplimentar**
- Buscar soluciones para los problemas que tienen: asistir a clase y estudiar a diario.
  - Pasar más tiempo con su madre, hablando de las cosas que les preocupan.
  - Acudir a charlas para dejar de fumar y sobre drogas.

## HIPÓTESIS SISTEMICA Y RESUMEN

Visto todo el caso en conjunto, parece que todo el problema empezó cuando sus padres se separaron. Entonces la hija se puso a salir con un chico y a cambiar su forma de vida. Empezó a consumir tóxicos como alcohol, tabaco, cannabis. Faltaba a clase y disminuyó su rendimiento escolar. También comenzó a tener relaciones sexuales de riesgo.

Le cambió su forma de ser volviéndose más nerviosa y su comportamiento más agresivo en el sentido de que gritaba a su madre y tenía poca paciencia y poca capacidad para afrontar los problemas. Acudió su madre a consulta y posteriormente acudió con la hija, quien tras hablar en numerosas consultas con ella, ambas comenzaron a ponerse de acuerdo en buscar la solución en conjunto. Hoy en día, después de casi un año, se llevan mucho mejor, la chica ha iniciado estudios universitarios (Educación Infantil), se encuentra feliz. Ya no consume alcohol, salvo un día en fin de semana cuando sale de fiesta que toma una caña de cerveza, ha dejado de fumar, duerme mejor sin ayuda de medicación, hace deporte y habla todos los días con su madre.

La madre sigue acudiendo por la consulta ocasionalmente a contarnos como va todo. La hija, en vacaciones también acude a consulta con su madre, manteniendo una buena relación entre ambas.

## CASO CLÍNICO 13. UNA ADOLESCENTE CON ANSIEDAD Y DISFUNCIÓN FAMILIAR.

Gonzalo Palma Gómez de la Casa, Siham El Fazazi.

Centro de Salud de Mancha Real (Jaén)

Mujer de 16 años (adolescencia media), estudia 1º de Bachillerato.

### Motivo de consulta:

Temblor en miembro superior izquierdo y disnea.

### Manifestaciones clínicas:

Acudió a la consulta con sensación de falta de aire, temblor, sensación de hormigueo en miembro superior izquierdo, hiperventilación, fácil llanto y taquicardia. La paciente refiere que le pasa desde hace años, en la última semana ha aumentado la frecuencia, con episodios autolimitados de una duración de segundos. No lo relaciona con ningún

acontecimiento. La madre de la paciente quiere que sea valorada en cardiología.

Peso: 91kg, Talla: 148 , IMC: 41

### Enfoque terapéutico

Se le explica que se trata de un cuadro de ansiedad. Se administra Alprazolam sublingual. Se le enseña a respirar (con ayuda de una bolsa). Resultado: Mejoría clínica inmediata. Se cita en 3 días para una revisión (consulta programada)

56

### Lista de problemas

- Migraña (estudiada por neurología con resultados normales).
- Obesidad grado II
- Ansiedad.
- Claustrofobia.
- Dolor abdominal crónico.
- Estreñimiento crónico.
- Esguince de tobillo bilateral de repetición.
- Insuficiencia tricúspide y pulmonar fisiológica en edad pediátrica con revisión normal
- Polinosis

### Comportamientos de riesgo:

La paciente no consume tabaco (odia el olor a tabaco) y no consume drogas, nunca las probó porque le da mucho miedo (un familiar falleció por sobredosis). No bebe en exceso (como mucho una copa si sale de marcha) y le da miedo emborracharse porque no sabe cómo puede reaccionar. No tiene pareja en la actualidad (nunca tuvo relación) muy poco informada sobre el tema de anticoncepción

### Problemas escolares:

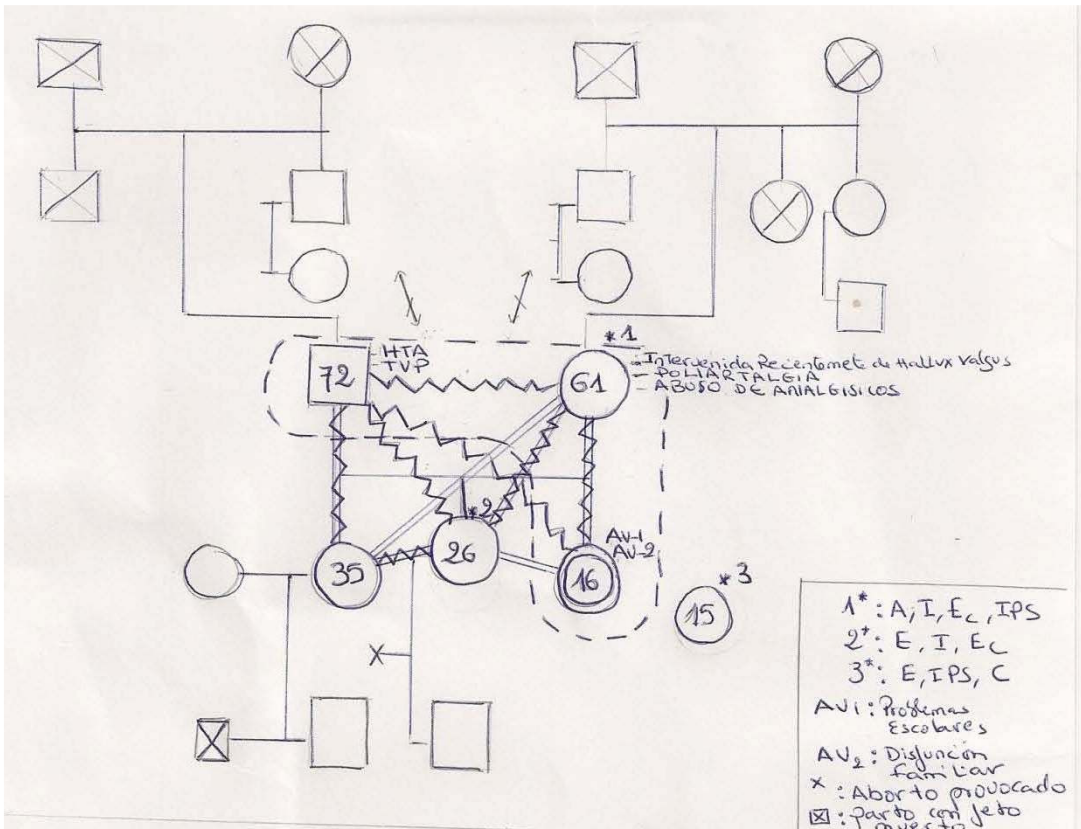
Absentismo escolar, problemas con varios profesores, problemas con los compañeros...En consultas anteriores la paciente negaba tener problemas en la escuela, hasta que un día acudió con la madre con las mismas sintomatologías de su cuadro de ansiedad y al final de la consulta la madre solicita un informe que justifique el absentismo de la paciente a la escuela (llevaba 2 semanas sin ir). No lo relaciona con su cuadro de ansiedad, pero la madre explica que es para cuidar de ella (estaba recién operada de Hallux Valgus), indicando que otros médicos se lo hicieron sin problema. La adolescente no está de acuerdo con la actitud de la madre pero que se ve obligada a ello. Se da cita programada a la madre para indagar más el problema.

### Problemas con los padres:

La paciente mantiene una relación muy conflictiva con el padre, solo hablan para discutir (según la paciente). Cree que lo odia igual que su hermana y su madre. Con la madre se siente más unida, comparten la misma opinión sobre el padre, suelen salir juntas para realizar las compras, la acompaña al médico, le hace mas caso que el resto de la familia, aunque a veces le cuesta trabajo comunicarse con ella.

## ESTUDIO FAMILIAR

### Genograma



Se trata de una familia nuclear sin parientes próximos, en periodo centrifugo de la IV etapa del ciclo, estilo familiar centrifugo. La adolescente vive con sus padres, la hermana mayor vive con su marido en el mismo pueblo, se quedo embarazada antes de casarse a los 18 años, su padre amenazó y obligó al marido para que se casaran, trabaja de vendedora en una frutería, estudio hasta 2 de bachillerato. La otra hermana vive con su nueva pareja en un pueblo cercano, se escapo de su casa con 17 años porque su padre no aceptaba a su pareja (drogadicto) y su forma de ser, trabaja de camarera en un pub, no termino sus estudios (último curso de la ESO).

Con la madre si se siente más unida y más querida. Con la hermana mayor mantiene una relación conflictiva, ya que ella la única que defiende al padre. Con la hermana pequeña la relación es diferente se siente muy reflejada en ella, se llevan muy bien, es la única que la defiende y la entiende. La adolescente tiene una relación muy conflictiva con su padre, refiere que no se acuerda si alguna vez le dio un abrazo o beso o darle las gracias por algo... le cuentan que él no quiso que naciera. Reconoce que su padre tuvo una infancia dura, su padre a sus 50 años se suicidó, a los 2 años siguientes se suicidó su hermano mayor (también ahorcado), quizás aquello marco mucho a su padre, pero según ella no justifica su manera de ser.

#### Lista de problemas tras la lectura del genograma

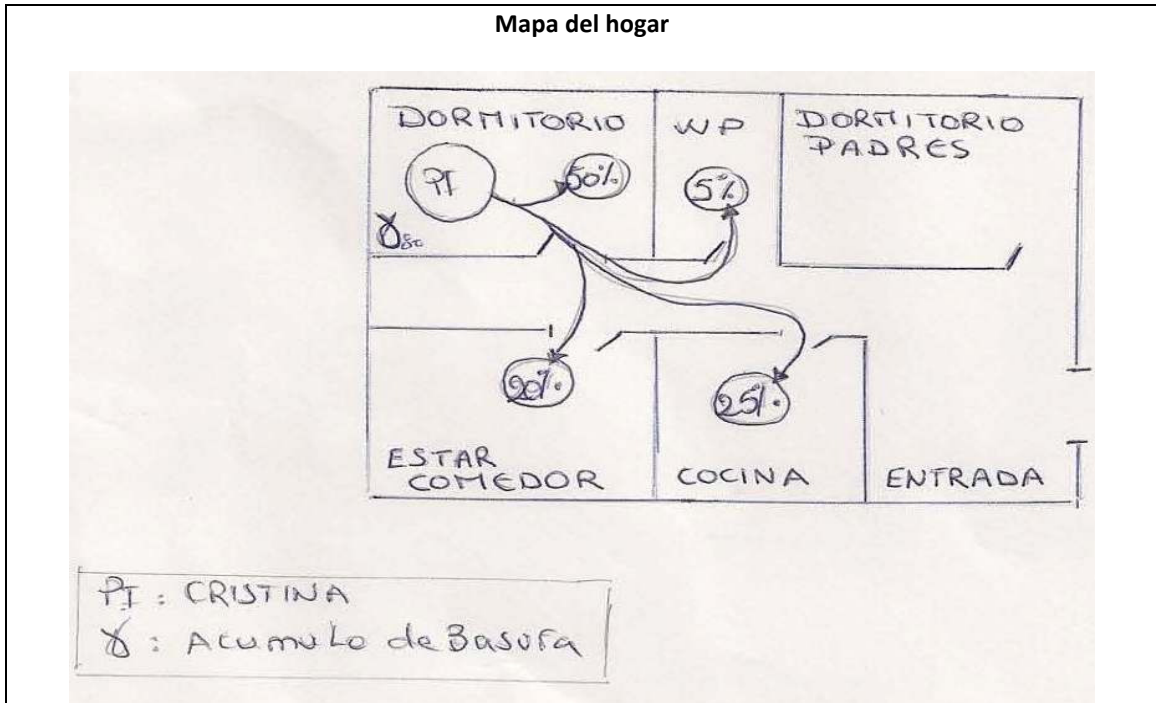
Síndrome depresivo. Ideas e intento de autolisis. Fracaso escolar. Deterioro en las relaciones familiares. Aislamiento social. Escasa comunicación con los miembros de su familia

<b>Función familiar:</b> Test Apgar familiar 3 puntos Disfunción familiar grave	<b>Apoyo social:</b> Test MOS 45 puntos Apoyo social bajo	<b>ERS: 0 UCV</b> No presenta AVE en los últimos 12 meses
---	---	---

### ESTUDIO MEDIOAMBIENTAL

CARACTERISTICAS DEL HOGAR: Calefacción de butano, Higiene mala (los cuartos de baño poco limpios, polvo por toda la casa, armarios con puertas rotas con la ropa amontonada, muchos trastos acumulados por todas partes, humedad en las paredes, basura acumulada en su cuarto), Iluminación deficiente.

CONFINES TERRITORIALES Y MATERIALES: Duerme en una habitación sola, allí suele pasar la mayoría de su tiempo (50%), pero ninguno de sus padres respeta su intimidad, abren la puerta sin llamar, la obligan a mantenerla abierta, no puede decorarla a su manera, no puede recibir visitas en su habitación. Cree que espacio propio no tiene salvo cuando está dormida... Los cambios que propone para vivir mejor, es que desaparezca su padre.



#### Lista definitiva de problemas

- Disfunción familiar.
- Obesidad.
- Trastorno de adaptación escolar.
- Síndrome ansioso depresivo.

Indagando mas en el caso de la adolescente se concluye que los problemas que tuvo con los compañeros y el profesor, siempre estaban relacionados con su obesidad por eso se elige como un problema principal por su interés medico. De la misma magnitud se elige al problema de la disfunción familiar para evaluar la función de la familia y comprender mejor el contexto en el que se producen los problemas desde un punto de vista biopsicosocial.

## INTERVENCIÓN

### Lista de soluciones a los problemas

- Dieta y ejercicio ( se deriva a consulta de nutrición, se le pide analítica completa) se le pide a la madre que la inscriba en algún gimnasio si pueden, animarla a salir a andar, y controlar su dieta
- Revisión en consulta cada semana o dos (aprovechar el tiempo de recreo)
- Aprender las técnicas de relajación , respiración y aplicarlas
- Intentar acercarse de su padre, evitar las peleas con él, buscar su lado bueno
- Enfrentarse a los problemas y no huir
- Aprender de los errores de su hermana
- Cuidarse, sentirse guapa y valorarse
- Elegir los amigos
- No faltar a la escuela y estudiar para poder cumplir su sueño (estudiar en la universidad) y ser independiente.
- Hablar con el profesor para aclarar los problemas y quizás los malos entendidos
- Pensar en cambiar de escuela si los problemas con los profesores y compañeros son de tal magnitud que pueden llevarla a dejar los estudios
- Animar al padre y la hermana que vengan a la consulta.
- Escribir un diario

### Soluciones seleccionadas

Acepta estar a dieta y realizar ejercicio, en el último mes perdió 4 kilos, las técnicas de relajación le gustaron tanto que hasta se los enseñó a su hermana.

En cuanto al padre no quiere ni hablar de él prefiere ni nombrarlo, descarto por completo la posibilidad de citarlo (la madre comenta por separado, que la adolescente se lo dijo a su padre que a su vez contestó que no podrá perder tiempo en consultas absurdas)

Descarta la posibilidad de cambiar la escuela, porque la otra es mucho peor según le cuentan sus amigas, los alumnos son muy conflictivos.

Confiesa que últimamente desde que empezó a arreglarse más, parece que le va a salir un novio (sonríe de oreja a oreja)

En cuanto al diario le está costando un poco de trabajo pero algo apunta, próximamente tendrá más cosas que apuntar.

## HIPÓTESIS SISTEMICA Y RESUMEN

Se trata de una adolescente con problema de obesidad que vive dentro de una familia muy conflictiva, poco comprensiva, la diferencia de edad con los padres es grande lo que supone por si ciertas diferencias en el pensamiento, la mala relación de los padres entre ellos influye en la percepción de cristina, los antecedentes de las hermanas parece que marcaron mucho a la familia, quizás eso podría explicar en parte el comportamiento del padre, si hubiera colaborado posiblemente nos hubiera aclarado muchas dudas. Quizás que el cuadro de ansiedad esté provocado por muchos factores, quizás que hay otros que todavía no hemos podido averiguar. Si hubiera recibido apoyo de los padres, comprensión, orientación, marcarle objetivos... quizás estaríamos tratando solo del problema de obesidad en una chica sana. En este caso llama la atención que su madre puede que esté sufriendo un mal trato psicológico y probablemente físico (según cristina) que nunca hemos percibido, quizás sea víctima de maltrato. A raíz de la intervención se inició una atención especial tanto a la madre como a la adolescente con el motivo de abrirles una puerta de ayuda, de apoyo y comprensión.

## CASO CLÍNICO 14. CONSUMO DE DROGAS Y CAMBIOS DE COMPORTAMIENTO.

Luisa María Leiva Hervás. Centro de Salud de Torredonjimeno (Jaén).

Rocío Escudero Garzás. Centro de Salud El Valle (Jaén).

Mujer de 19 años (adolescencia media), nivel de estudios 1º de Bachillerato.

### Motivo de consulta:

Acude acompañada de la madre, la cual nos refiere que aparte de todos sus problemas y antecedentes de comportamiento de riesgo, últimamente presenta frecuentes cambios de conducta, predominando la agresividad hacia ella. Ha comenzado a tener miedo persecutorio y alucinaciones, no cuida su higiene y cuando sale a la calle sigue teniendo las mismas amistades sin querer asumir su problema con las drogas. La madre nos insiste en que todos los problemas de su hija comenzaron con la

separación de su marido y la adolescente culpa a su madre de esto.

### Manifestaciones clínicas:

La paciente se encuentra con un gran aumento de ansiedad, observamos que cuando su madre está hablando, ella la interrumpe frecuentemente, negándolo todo. También nos damos cuenta que ha tenido una pérdida de peso importante y aspecto descuidado.

### Enfoque terapéutico

Tranxilium 10 mgr por la mañana.

60

### Lista de problemas

- Síndrome ansioso-depresivo.
- Quiste ovárico derecho.
- Apendicectomizada.
- Dependencia a estupefacientes (tratamiento actual en centro de drogodependencias).
- Fumadora de 1 paquete diario.

### Comportamientos de riesgo:

Por lo que nos comenta la madre, Miriam continua con malas amistades y posiblemente puede seguir consumiendo. Agresividad incipiente que en ocasiones ha necesitado la presencia del cuerpo de policía.

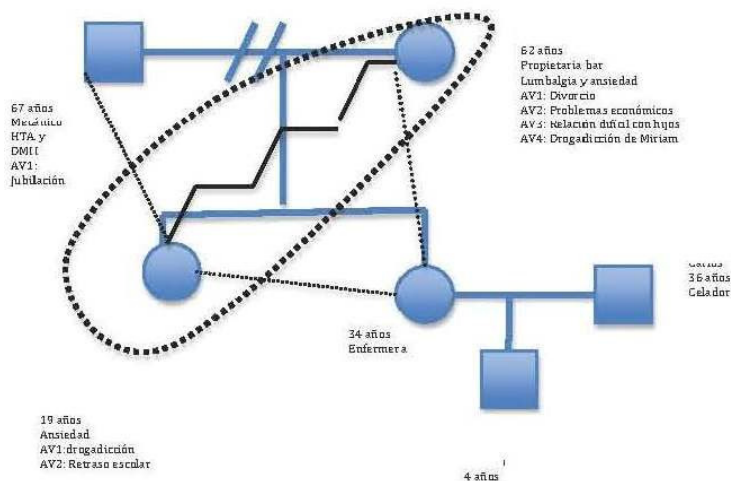
**Problemas escolares:** Absentismo escolar. Fracaso escolar.

### Problemas con los padres:

No tiene relación con su padre desde el divorcio. Culpa a su madre de los problemas familiares.

## ESTUDIO FAMILIAR

### Genograma





**Lista de problemas tras la lectura del genograma**

- La ausencia de la madre con su hija mayor y mala relación con la adolescente. Esto, añadido al divorcio, le genera a la madre una gran ansiedad.
- Los problemas económicos también están influyendo, ya que la madre es propietaria de un bar y no está yendo bien el negocio.
- La adicción a las drogas de la adolescente.
- No hay apoyo social.

<p><b>Función familiar:</b> Test Apgar familiar 3 puntos Disfunción familiar grave</p>	<p><b>Apoyo social:</b> Test MOS 35 puntos Apoyo social bajo</p>	<p><b>ERS:</b> 154 UCV Los AVE pueden llegar a afectar a la familia</p>
--	--	---

**ESTUDIO MEDIOAMBIENTAL**

CARACTERISTICAS DEL HOGAR: Calefacción por gas ciudad, Higiene normal (salvo la habitación de Miriam, en la que si vemos que está iniciando un gran descuido con el orden y la higiene), Iluminación normal (salvo en la habitación de Miriam que es una habitación orientada a un patio interior por lo que la iluminación es deficiente).

CONFINES TERRITORIALES Y MATERIALES:

- ¿Tienes un espacio para ti solo? Sí, su habitación.
- ¿Tienes bien delimitado el espacio para defender tu intimidad? No.

¿Crees que deberían hacerse cambios en tu casa para vivir mejor? Sí, reiteradamente Miriam nos dice que querría que su madre respetara su intimidad en su habitación.

CIRCULACIÓN Y OCUPACIÓN DE LOS ESPACIOS: Miriam no realiza vida social en el hogar, siempre que llega a casa, entra en su habitación, de la cual únicamente sale para comer a deshoras.

**Lista definitiva de problemas**

- Síndrome ansioso-depresivo.
- Agresividad y miedo persecutorio.
- Alucinaciones.
- Drogodependencia.
- Deterioro del cuidado en la higiene personal y del hogar.
- Relación conflictiva con su madre.
- Ausencia de relación con su padre y hermana mayor.
- Absentismo y fracaso escolar.
- Ausencia de apoyo social.

Nos centramos en la agresividad incipiente de la adolescente junto con las alucinaciones y miedo persecutorio. También en su problema de drogadicción y en la negativa a que acepte que tiene un problema. Intentaremos mejorar la relación familiar y el apoyo social.

## INTERVENCIÓN

### Lista de soluciones a los problemas

- Realizar una entrevista con el adolescente centrada en el paciente.
- Entrar en contacto con algún punto del programa de forma joven.
- Insistir en la asistencia de la adolescente al centro de drogodependencia.
- Realizar entrevista junto a su madre para que la menor se dé cuenta de que ella lo que quiere es ayudarla.
- Investigar las posibles causas de la ausencia de relación con su padre y hermana mayor.
- Realizar interconsulta a Psiquiatría por sospecha de una posible Esquizofrenia incipiente.
- Abordar el problema del fracaso escolar e incidir su vuelta a la escolarización para intentar en gran parte aumentar la red social y cambiar sus amistades actuales.
- Investigar si habría posibilidad de alguna ayuda económica.

### Soluciones seleccionadas

- Entrevista clínica centrada en la paciente (programada) y posteriormente de forma conjunta con su madre.
- Contactar con programa Forma Joven.
- Asistir a Centro de Drogodependencia.
- Retomar estudios, insistiendo en su importancia para consolidar una red social.
- Interconsulta a Psiquiatría para despistaje de esquizofrenia.

62

### Datos aportados por el genograma

- Tratar de concertar entrevista junto a la hermana, para investigar los motivos de su distanciamiento.
- Concertar una entrevista con su padre para intentar conocer los motivos de su nula relación.

### Recursos

- Demanda clínica programada en el Centro de Salud.
- Programa Forma Joven.
- Equipo de tutores de Instituto.

### Tareas a cumplimentar

- Realizar una lista de aquellos puntos de conflicto con su madre y las posibles soluciones que ella consideraría oportunas, teniendo en cuenta el beneficio de ambas.
- Realizar un diario de consumo de tóxicos, analizando posteriormente las circunstancias en las que se produjo y los sentimientos positivos y negativos y las situaciones que generan.
- Realizar las tareas propias del Instituto, no faltando a clase salvo en ocasiones justificadas.

## HIPÓTESIS SISTEMICA Y RESUMEN

Se trata de una adolescente de 19 años (adolescencia media), que acude a la consulta acompañada de su madre por comportamiento más agresivo de lo habitual, especialmente hacia ella. Además, ha aumentado su ansiedad y empieza a presentar miedo persecutorio y alucinaciones. Ha perdido mucho peso y parece que ha vuelto a consumir tóxicos, dejando de asistir a clase y al Centro de Drogodependencia. Encontramos en ella múltiples factores de riesgo, tanto familiares como personales: abandono de las actividades académicas, consumo de tóxicos por su parte, consumo de tabaco, hábitos dietéticos inapropiados, dificultades económicas. Su tiene un apoyo social bajo y sus escasas amistades no parecen producir una influencia positiva sobre ella. Su único apoyo familiar es su madre, con la que actualmente tiene una relación muy tensa. Existe una disfunción familiar grave en el hogar.

Tras analizar su situación y los diversos problemas que presenta, decidir intervenir en un primer momento de forma prioritaria sobre los siguientes:

- conflictos con su madre
- abandono de escolarización y fracaso escolar
- drogodependencia.

Se deja para más adelante abordar los problemas de relaciones sociales con sus compañeros de instituto y su hermana y padre. Para el abordaje de los problemas seleccionados consideramos fundamental por su parte el compromiso de acudir a clase en el Instituto y al Centro de Drogodependencia. Asimismo, intentamos analizar los problemas reales que tiene con su madre y que le hacen mostrarse tan agresiva hacia ella. Consideramos que la asistencia a clase contribuirá a crear relaciones con compañeros fuera del entorno de amistades previo que ella tenía.

Actualmente la adolescente asiste a clase de forma más o menos regular, aunque su rendimiento académico no ha mejorado mucho. Parece que empieza a relacionarse con dos compañeras de su clase, con las que ha realizado algún trabajo conjunto. La relación con su madre ha mejorado algo, siendo algo menos agresiva con ella. Tras analizar los puntos de conflicto entre ellas descubrimos que culpaba a su madre del divorcio y el posterior alejamiento de su padre, lo que le producía sentimientos de ira hacia ella. Ha retomado el contacto con su hermana, aunque por el momento es un contacto superficial.

Respecto a los tóxicos, tiene menos relación con el entorno de amistades previas, con lo que parece que ha disminuido mucho, si no suprimido, el consumo. Continúa fumando en la misma medida. A pesar de haber faltado en alguna ocasión, asiste a casi todas las citas en el Centro de Drogodependencia. Ha sido diagnosticada de Esquizofrenia por el Servicio de Psiquiatría, donde realiza revisiones periódicamente.

### Coordinadores.

#### **Pérez Milena, Alejandro.**

Médico de Familia. Coordinador colaborador de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Jaén. Coordinador del Grupo de Estudio del Adolescente de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (greAdol).

#### **Moreno Corredor, Andrés.**

Médico de Familia. Jefe de Estudios de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Jaén. Miembro del grupo de Bioética de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria.

#### **Valverde Bolívar, Javier.**

Médico de Familia. Técnico docente de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Jaén.

### Colaboración especial.

#### **De la Revilla Ahumada, Luis.**

Médico de familia. Profesor Emérito del Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. Presidente de la Fundación para el Estudio de la Atención a la Familia (FUNDESFAM).

### Casos clínicos.

#### **Aparicio Mora, Manuel.**

Médico interno residente de MFyC de 4º año. Centro de Salud Virgen de la Cabeza. Andújar (Jaén).

#### **Conchilla Parrilla, José María.**

Médico interno residente de MFyC de 4º año. Centro de Salud San José (Linares, Jaén)

#### **El Fazazi, Siham.**

Médico interno residente de MFyC de 4º año. Centro de Salud de Mancha Real (Jaén)

#### **Escudero Garzás, Rocío.**

Médico interno residente de MFyC de 4º año. Centro de Salud El Valle (Jaén).

#### **Gámez Gámez, Fernando.**

Médico interno residente de MFyC de 4º año. Centro de Salud San Felipe (Jaén).

#### **Gómez Otálora, Erika Milena.**

Médico interno residente de MFyC de 4º año. Centro de Salud Federico del Castillo (Jaén).

#### **Gómez Priego, Juan José.**

Médico interno residente de MFyC de 4º año. Centro de Salud Virgen del Gavellar (Úbeda, Jaén).

#### **Guerrero González, Carolina.**

Médico interno residente de MFyC de 4º año. Centro de Salud San José (Linares, Jaén)

#### **Guidi, Edgar Cesar.**

Médico interno residente de MFyC de 4º año. Centro de Salud Virgen del Gavellar (Úbeda, Jaén).

#### **Leiva Hervás, Luisa María.**

Médico interno residente de MFyC de 4º año. Centro de Salud de Torredonjimeno (Jaén).

#### **López Alba, M<sup>a</sup> Ángeles.**

Médico de familia (tutora). Centro de Salud Federico del Castillo (Jaén).

#### **Luciani Huacac, Luis Alberto.**

Médico interno residente de MFyC de 4º año. Centro de Salud Úbeda (Jaén).

#### **Mancilla Mariscal, Inmaculada.**

Médico interno residente de MFyC de 4º año. Centro de Salud Úbeda (Jaén).

#### **Marín Parrilla, Verónica.**

Médico interno residente de MFyC de 4º año. Centro de Salud Torredonjimeno (Jaén).

#### **Medina Medina, Olivia.**

Médico interno residente de MFyC de 4º año. Centro de Salud San Felipe (Jaén).

#### **Mendaro Díaz, Ángel Jesús.**

Médico interno residente de MFyC de 4º año. Centro de Salud Federico del Castillo (Jaén).

**Morales Guerrero, Margarita.**

Médico interno residente de MFyC de 4º año. Centro de Salud San Felipe (Jaén).

**Muñoz Jiménez, Beatriz.**

Médico interno residente de MFyC de 4º año. Centro de Salud Virgen de la Cabeza. Andújar (Jaén).

**Olmedo Carrillo, Pablo.**

Médico interno residente de MFyC de 4º año. Centro de Salud Federico del Castillo (Jaén).

**Osuna Díaz, Manuel.**

Médico interno residente de MFyC de 4º año. Centro de Salud El Valle (Jaén).

**Palma Gómez de la Casa, Gonzalo.**

Médico interno residente de MFyC de 4º año. Centro de Salud de Mancha Real (Jaén).

**Ramos Ruiz, Juan Andrés.**

Médico interno residente de MFyC de 4º año. Centro de Salud El Valle (Jaén).

**Rubio Miguel, Mª Carmen.**

Médico interno residente de MFyC de 4º año. Centro de Salud San José (Linares, Jaén).

**Rueda Rojas, Montserrat.**

Médico de familia (tutora). Centro de Salud El Valle (Jaén).

**Suarez Sánchez, Jose Manuel.**

Médico de familia (tutor). Centro de Salud San José (Linares, Jaén)

**Toribio Onieva, Juan Ramón.**

Médico de familia (tutor). Coordinador colaborador de la Unidad Docente de MFyC (Linares, Jaén).