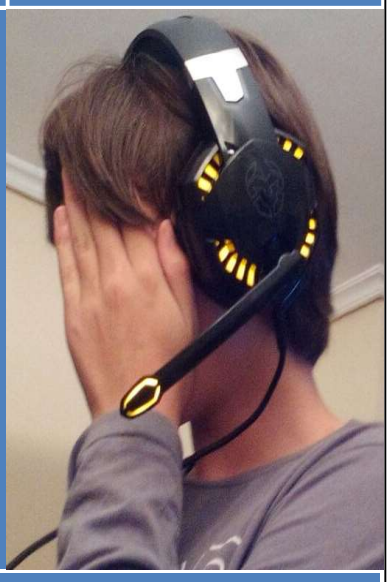
GRUPO DE ESTUDIO DEL ADOLESCENTE
SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Atención integral al adolescente.

Casos clínicos 2017

Idoia Jiménez Pulido, Alejandro Pérez Milena

2017



SOCIEDAD ANDALUZA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

"La adolescencia es una época de cambios, un momento de la vida en el que se adquieren conocimientos, habilidades y aptitudes, además hábitos de vida que en el futuro pueden originar patologías que condicionen su vida como adultos. Además, aunque la imagen de los y las adolescentes siempre nos evoque vitalidad y salud, hay que estar alerta ante los riesgos y las enfermedades propias de esta edad y aprender a abordarlas con todas las herramientas que tenemos a nuestro alcance".

Dra. Idoia Jiménez Pulido
Médico de Familia

ATENCIÓN INTEGRAL AL ADOLESCENTE. Casos clínicos 2017.

Coordinadores:

- Idoia Jiménez Pulido
- Alejandro Pérez Milena

© 2017 Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria
greAdol (Grupo de Estudio del Adolescente de la SAMFyC)
C/Arriola, 4, bajo D (CP 18001) Granada.

El Grupo de Estudio del Adolescente de SAMFyC autoriza la utilización del material siempre que se cite su procedencia. 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 previos de los coordinadores de la obra y los propietarios del copyright.

Todos los autores reconocen haber pedido consentimiento expreso a los pacientes y familiares para publicar los datos clínicos de forma anónima. Para la redacción de este libro de casos clínicos se ha tenido en cuenta los dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, informando sobre los derechos ARCO. Cada autor se hace responsable del contenido de cada capítulo y no deben ser tomadas como opiniones de SAMFyC

ISBN 978-84-697-5925-7

ÍNDICE

PROMOCIÓN DE SALUD: JÓVENES, ACTIVIDAD FÍSICA, IMAGEN Y SALUD Manuel Flores Muñoz Técnico de Educación para la Salud y Participación Comunitaria. Distrito Sanitario Sevilla. Coordinador Autonómico de la Iniciativa "Por un Millón de Pasos" (2008-2013). Coordinador Autonómico de la Iniciativa "Imagen y Salud" de la Consejería de Salud	**1**
1. YO CONTROLO MIS HÁBITOS TÓXICOS Carmen López Muñoz (Centro de Salud Federico del Castillo, Jaén)	**4**
2. "CREO QUE TENGO ALGO" Ana María Pozo Cascajosa (Centro de Salud Virgen de la Cabeza, Andújar, Jaén) Francisco Javier del Castillo Tirado (Centro de Salud de Virgen de la Capilla, Jaén) Alberto M. Márquez López (Centro de Salud San Felipe, Jaén)	**10**
3. ADOLESCENTE REBELDE ANTE SUS PADRES Antonia Aragón López (Centro de Salud Virgen de la Cabeza, Andújar, Jaén)	**15**
4. TRASTORNO ALIMENTICIO EN ADOLESCENTE VARÓN Mª Carmen Corrales Navarro (Centro de Salud Virgen del Gavellar, Úbeda, Jaén)	**20**
5. MI HIJA SE AUTOLESIONA Laura del Pilar Torres Martín Mª Ángeles Moreno Fontiveros (Centro de Salud de Estepa, Sevilla)	**25**
6. ADOLESCENTE DE 14 AÑOS QUE ACUDE A POR UNA DERIVACIÓN Y A CONOCER A SU MÉDICO DE FAMILIA Francisco Javier del Castillo Tirado (Centro de Salud Virgen de la Capilla, Jaén) Alberto Manuel Márquez López (Centro de Salud San Felipe, Jaén) Ana María Pozo Cascajosa (Centro de Salud Virgen de la Cabeza, Andújar, Jaén)	**30**
7. CONSUMO DE DROGAS Y DISFUNCIÓN FAMILIAR Mª Jesús Salas Cárdenas (Centro de Salud Virgen del Gavellar, Úbeda, Jaén)	**35**
8. ADOLESCENTE CON ANSIEDAD Tatyana Myronyuk (Centro de Salud Virgen del Gavellar, Úbeda, Jaén)	**42**
9. SOSPECHA DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDHA) Mª Ángeles Moreno Fontiveros Mª José Martínez Vera Esther Mota Bobis (Centro de Salud de Estepa,	**45**
10. UN ADOLESCENTE CON MUCHAS MANÍAS Esther Mota Bobis Mª Ángeles Moreno Fontiveros Mª José Martínez Vera (Centro de Salud de Estepa, Sevilla)	**49**
11. DISMORFIA MUSCULAR EN LA ADOLESCENCIA Eladio José Tejada García Laura del Pilar Torres Martín (Centro de Salud de Estepa, Sevilla)	**54**
12. ENFOQUE FAMILIAR DE UN CASO DE DISFORIA DE GÉNERO Natalia Zafra Ramírez, Enrique Molina Hurtado, Alejandro Pérez Milena (Centro de Salud El Valle, Jaén)	**58**
13. ANSIEDAD Y AGRESIVIDAD EN UNA FAMILIA DESESTRUCTURADA Leticia Simão Aiex Natalia Zafra Ramírez Alejandro Pérez Milena (Centro de Salud El Valle, Jaén)	**62**
14. QUIERO UN TEST DE TÓXICOS PARA MI HIJO Sara Palenzuela Paniagua Johanna Noemí Rivero Colina (Centro de Salud de Otero, Unidad Docente de MFyC de Ceuta)	**67**

PROMOCIÓN DE SALUD:
JÓVENES, ACTIVIDAD FÍSICA, IMAGEN Y SALUD

Manuel Flores Muñoz

Técnico de Educación para la Salud y Participación Comunitaria. Distrito Sanitario Sevilla.
Coordinador Autonómico de la Iniciativa "Por un Millón de Pasos" (2008-2013).
Coordinador Autonómico de la Iniciativa "Imagen y Salud" de la Consejería de Salud

La atención a la persona adolescente es una relación que en el fondo y la forma trasciende los aspectos vinculados exclusivamente a lo formal y manifiesto. Abrir la primera página de la "novela clínica" generada en función de la demanda expresada, supone introducirse en un escenario en el que lo social, lo familiar, el cuerpo y la mente del actor principal, las luchas por la identidad y el poder podrían formar parte del argumento de la próxima edición de "Juego de tronos".

Junto a la precisa atención, necesitamos de modelos explicativos que nos permitan entender no sólo qué está pasando, sino por qué sucede lo que acontece. Para ello atender exclusivamente a lo relatado, a la apariencia o la sintomatología limita las posibilidades de ofrecer una respuesta orientada al éxito, dentro de lo posible.

Desde la intervención llevada a cabo con el o la adolescente no sólo atendemos a su sintomatología, sino que -junto a sus creencias, conocimientos, habilidades, actitudes y conductas- ofrecemos atención a sus entornos sociales y familiares, a sus competencias para orientar el cambio, a sus experiencias previas, a sus expectativas...

Parte de la tarea se va a centrar en el establecimiento de alianzas, en la identificación de las capacidades del adolescente que acude o nos traen a consulta, la búsqueda de actores y activos para la salud que se encuentren en el entorno en el que desarrolla su actividad cotidiana…

El lugar en el que nos situemos para "ver" va a condicionar lo que veamos. Al igual que el objeto de investigación y las preguntas del investigador no son neutras, el lugar desde el que nos situamos para atender y entender la demanda que nos formulan tampoco es neutro.

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

El desarrollo a lo largo de más de 25 años de las líneas de Educación para la Salud con población adolescente desde la Consejería de Salud han supuesto el diseño de programas de prevención sobre el tabaquismo, las toxicomanías y el abuso del alcohol; la sexualidad, los embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual; la violencia entre iguales y la violencia de género; los accidentes de tráfico, la alimentación saludable y la actividad física contra el sedentarismo... ¿Se trataba de poner en marcha una nueva actuación orientada en este caso a prevenir los Trastornos de la Conducta Alimentaria?

Podría entenderse que la educación para la salud se ha venido centrando en la identificación de situaciones disfuncionales y el establecimiento de programas y acciones orientadas al intento de dar respuesta a estos síntomas ya desde un abordaje individual, ya desde un enfoque social.

Sin embargo, en 1993 la OMS formaliza una propuesta que, desde el encabezamiento "Habilidades para la vida en las escuelas", pretende dotar de herramientas psicosociales a escolares y jóvenes para un desarrollo exitoso de

recursos personales y conductas orientados a la vida sana[1].

La educación en habilidades para la vida no se orienta exclusivamente a fortalecer la capacidad de la juventud para afrontar sus dificultades, sino que se orienta hacia el estímulo y desarrollo de valores y competencias positivas[2].

Presentados a modo de decálogo estos contenidos de centran en: autoconocimiento, empatía, comunicación asertiva, relaciones interpersonales, toma de decisiones, manejo de problemas y conflictos, pensamiento creativo, pensamiento crítico, manejo de emociones y sentimientos, manejo de tensiones y stress. Se entiende que el desarrollo de estas competencias permitirá desarrollar respuestas más exitosas ante el desarrollo de conductas saludables y prevención ante situaciones de riesgo para la salud[3,4].

Tras la última revisión del programa "Forma Joven"[5] la incorporación de contenidos transversales sobre educación socioemocional muestra la receptividad al desarrollo de estas líneas de promoción de habilidades para la vida con población escolar y juvenil propuesta desde la OMS.

IMAGEN Y SALUD

En 2014 la Consejería de Salud abre una línea de trabajo que denominada "Imagen y Salud"[6]. Se orientaba inicialmente a la Prevención ante los Trastornos de la Conducta Alimentaria desde un abordaje intersectorial e interinstitucional.

Progresivamente, el desarrollo de esta Iniciativa se coordinó, sin renunciar a la línea preventiva, hacia un enfoque de promoción de salud que incorporó propuestas para el desarrollo de una visión positiva y saludable de la imagen corporal y la aceptación de la diversidad corporal. Esta reformulación ha sido muy importante, ya que, como decíamos antes, el lugar en el que nos situemos para ver va a condicionar lo que veamos y junto a ello los diagnósticos y las intervenciones.

Desde la importancia que en la adolescencia cobra la construcción de la autoestima y la imagen corporal, el desarrollo de la identidad, la relación social y especialmente la grupal,…, y junto a ello la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria y de la imagen en la población adolescente orientamos el diseño de intervención hacia una propuesta formativa dirigida a Monitores Deportivos Municipales.

Nos parecía de gran relevancia el papel que desempeñan los Monitores Deportivos como activos en salud para la instauración de conocimiento, valores y conductas relacionadas como la imagen corporal y con la salud en general.

Entendíamos de especial interés este escenario en el que tiene lugar un compromiso claramente diferenciado de los entornos familiares y académicos, con una relación fuertemente mediada por lo corporal, con unos códigos relacionales distintos a otros entornos, en fin, suponía un espacio desde el que intervenir sobre la promoción de valores saludables y la construcción de la imagen.

Un taller de cuatro horas presenciales y tres no presenciales, nos permitía identificar aliados con la Iniciativa "Imagen y Salud" para generar una red desde la que, en este caso, pretendíamos llevar a cabo una actuación de sensibilización y formación básica con los monitores deportivos para su puesta en práctica. Cuatro temas básicos hemos tratado:

1.- El papel de liderazgo que ejerce el monitor o monitora deportivo como activo en salud. Su influencia en las personas monitorizadas, la orientación del liderazgo hacia procesos y/o resultados, el estilo de liderazgo dirigido a la tarea, las alianzas para favorecer el éxito, los estilos de refuerzo, la motivación y expectativas de

los distintos agentes implicados en la actividad deportiva y su gestión eficiente.
2.- La importancia del grupo entre iguales, como grupo de apoyo y ayuda mutua en situaciones de crisis. Las dinámicas grupales orientadas hacia la integración y/o la expulsión de sus miembros, los valores y liderazgos entre iguales. El grupo como factor para la construcción de identidad y crecimiento personal.
3.- La autoestima y la aceptación de la imagen corporal como factor que influye en lesiones por traumatismos y estrés, tanto en el ámbito deportivo, como en el social y personal. Dinámicas favorables para el desarrollo de estos factores.
4.- Actividad no presencial consistente en que, durante el mes siguiente al taller, las personas que asistan a los talleres de actividad física o deportiva terminarán la actividad tomando una pieza de fruta. El último día realizarían una macedonia con todas las piezas de fruta concluyendo con una actividad cooperativa y colaborativa.

Para evidenciar la realización de la actividad nos remitirán fotos sin identificar a las personas participantes. Un total de 188 profesionales, de 17 localidades andaluzas han participado los 11 talleres llevados a cabo entre 2015-2017, evaluándolos con una puntuación media superior al 8'5 (en escala de 0 a 10). El objetivo es dotar de continuidad a la actividad, complementándola con una formación a distancia que con la participación de la Iniciativa "Imagen y Salud" de la Consejería de Salud, Instituto Andaluz del Deporte, Centro Andaluz de Medicina Deportiva de Sevilla, Sociedad Andaluza de Medicina Deportiva, Asociación de Psicología del Deporte de Andalucía y Federación Andaluza de Fútbol pueda ofrecerse para el próximo 2018.

CONCLUSIONES SOBRE LA EXPERIENCIA

Si tuviéramos que establecer las claves que caracterizan el lugar desde el que enfocamos nuestra acción podrían ser:

1.- Posicionarnos desde una actitud proactiva para identificar oportunidades y alianzas orientadas a la Promoción de conductas y relaciones saludables.
2.- Diseñar productos sociales fáciles de llevar a cabo.
3.- Incorporarlos en las prácticas y programas de las instituciones y/o personas con las que se pretende trabajar. Conocer y respetar las experiencias previas de nuestro partenariado.
4.- Generar relaciones basadas en la confianza.
5.- Poner en valor el papel que como activos en salud llevan a cabo nuestros potenciales aliados.
6.- Favorecer la participación respetando los ritmos y posibilidades de los aliados.
7.- Potenciar pactos que contemplen el enfoque "ganar-ganar" entre los participantes, contemplando la diversidad de intereses y valores.
8.- Generar redes para consolidar relaciones y pactos.
9.- Evaluar las acciones.
10.- Comunicar y difundir el modelo y las prácticas llevadas a cabo.

Bibliografía

1.- Montoya, I.; Muñoz, I. Habilidades para la vida. Compartim Revista de formació del professorat. 2009, N. 4 pp 1-5 http://cefire.edu.gva.es/sfp/revistacompartim/arts4/02_com_habilidades_vida.pdf Consultado el 11 de septiembre de 2.017
2.- Matilla, L. Habilidades para la vida. Una propuesta educativa para convivir mejor. Revista del Instituto de Investigaciones Educativas. 2005, N. 16, pp 11-23. http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/publicaciones/inv_educativa/2005_n16/a001.pdf Consultado el 11 de septiembre de 2.017
3.- WHO. Life skills education for children and adolescents in schools. 1994. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63552/1/WHO_MNH_PSF_93.7A_Rev.2.pdf Consultado el 11 de septiembre de 2.017
4.- OPS. Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes. 2001. http://www1.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/Habilidades.pdf. Consultado el 11 de septiembre de2.017
5.- Forma Joven. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
http://www.formajoven.org/course/view.php?id=5
Consultado el 11 de septiembre de 2.017
6.- Imagen y Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. https://imagenysalud14.wordpress.com/

1 YO CONTROLO MIS HÁBITOS TÓXICOS

Carmen López Muñoz

Varón de 18 años, (adolescencia media), nivel de estudios 4º ESO.

Consulta por cuadro respiratorio de vías altas de varios días de evolución. Acude acompañado de su madre. Es poco frecuentador de la consulta, pero en esta ocasión muestra gran preocupación por su estado de salud, pues está muy asustado pensando que pudiera estar afecto de gripe A.

Durante todo el acto de consulta, el paciente se muestra muy interesado por su problema de salud, refiere ha escuchado hablar de la gripe A y teme padecerla. Explico en qué consiste el cuadro, que en ese momento no padece los síntomas, y aprovecho para indagar en sus antecedentes personales y en posibles hábitos tóxicos. Me confirma que fuma a diario (casi un paquete de cigarrillos), desde los 14 años, expone que conoce que fuma en exceso y que fumar es perjudicial para la salud. Me asombra su respuesta, le pregunto entonces porque no deja de fumar y me responde que lo va a dejar el día que entre en el ejército. Sospecho que puede haber otro tipo de consumo de tóxicos asociado, con la excusa de revisar la evolución de su cuadro respiratorio lo cito en consulta a la semana siguiente. En esta ocasión acude solo, está más tranquilo que la semana anterior. Le pregunto acerca otros hábitos tóxicos. Me cuenta que fuma tabaco a diario desde hace cinco años, además también fuma marihuana a diario desde hace al menos tres años, aumentando el consumo los fines de semana y cuando se "estresa" o discute con alguien, especialmente con su padre (ya ha sido multado en una ocasión por consumo en vía pública). Quiere prepararse para acceder al ejército y una vez allí, prepararse para acceder al cuerpo nacional de policía. Es para entonces cuando dejará de fumar. Tiene claro que quiere dejar de hacerlo, pero no tiene claro que pueda hacerlo, y me pregunta acerca del centro provincial de drogodependencias (CPD), del que le ha hablado un amigo, solicita posibilidad de derivación. Además también consume alcohol (en importantes cantidades) los fines de semana. Niega consumo de otro tipo de tóxicos. Preguntándole acerca de su vida personal y sus ocupaciones, actualmente no tiene trabajo, aunque refiere lo está buscando. Tiene pareja estable desde hace algo más de dos años con la que tiene planes de futuro. Dedica gran parte de su tiempo a ir al gimnasio, le preocupa su forma física.

MOTIVO DE LA CONSULTA

Catarro de vías altas
Conductas de riesgo

JUICIO CLÍNICO

Consumo excesivo de tóxicos

LISTA DE PROBLEMAS

Catarro de vías altas.
Abuso de consumo de tabaco (18 cigarrillos/día).
Abuso de consumo de marihuana (3-4 cigarrillos/día)
Abuso de consumo de alcohol (6-7 bebidas alcohólicas los fines de semana).
Excesiva preocupación por su forma física, posible vigorexia (3-4 horas/día en gimnasio).
Problemas escolares.
Relación inestable con su padre (frecuentes discusiones).

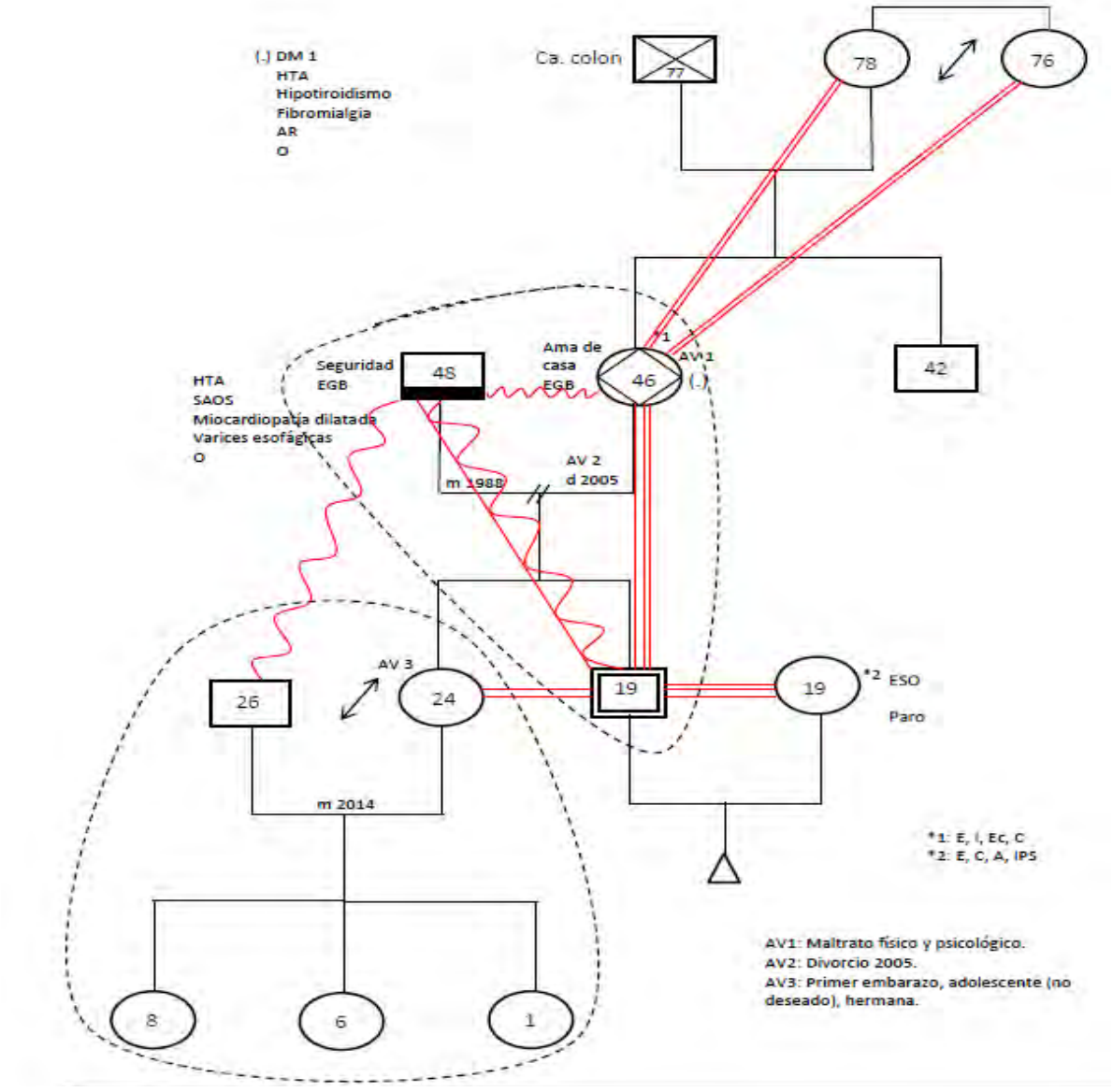
PROBLEMAS ESCOLARES: Ha cursado hasta 4º ESO, refiere abandonó el instituto porque se aburría y no encontraba motivación. En los últimos meses ha iniciado estudios de electricidad e informática, pero ambos los ha abandonado porque no le han gustado. Actualmente busca trabajo.

PROBLEMAS CON LOS PADRES: Tiene muy buena relación con su madre, la cuida y se preocupa por ella, tiene gran confianza con ella. La relación con su padre es conflictiva, presenta enolismo crónico desde hace años, lo quiere y adora, pero discuten con frecuencia. Situaciones de agresividad en el domicilio.

Enfoque terapéutico: tratamiento sintomático para cuadro catarral de vías altas. Revisión en una semana.

ESTUDIO FAMILIAR

GENOGRAMA



Se trata de una familia nuclear con parientes próximos. Se encuentran en la fase IV: contracción del ciclo vital, según la clasificación OMS, modificada por de De la Revilla. En el domicilio convive con sus padres, que aunque están divorciados desde el año 2005, desde la navidad de 2010 conviven de nuevo juntos, aunque no tienen relación de pareja. Tiene una hermana mayor, que vive fuera del domicilio, con su marido y sus tres hijas, (fue madre adolescente, y se ha casado este año). Tiene pareja desde hace algo más de dos años, tiene muy buena relación con ella, con planes de futuro, recientemente han conocido que van a ser padres. La noticia ha tenido muy buena aceptación por parte de ambos, y también en las familias respectivas. Como problemas de salud destacan, en su padre: alcoholismo crónico, HTA, síndrome de apnea del sueño, miocardiopatía dilatada, varices esofágicas y obesidad. Trabaja como vigilante de seguridad. Su madre es diabética tipo I, HTA, fibromialgia, artrosis, hipotiroidismo y obesidad. Tiene estudios primarios, y es la cuidadora principal de su madre y su tía, ambas con deterioro cognitivo leve-moderado. Como acontecimientos vitales estresantes (AVE) destacan: AV1: maltrato físico y psicológico que ha sufrido su madre de su ahora exmarido. AV2: divorcio de sus padres en 2005. AV3: primer embarazo adolescente (no deseado) de su hermana. Las relaciones afectivas que destacan son: la buena relación y unión que tiene con su madre y novia. Con su padre está unido, pero tienen discusiones frecuentes. A la vez la relación entre sus padres es con continuas discusiones, conflictiva. Y su padre también discute frecuentemente con su yerno, y esto influye en el domicilio. Finalmente destaca la unión que su madre tiene con la madre de ella y con su tía. Vemos que el apoyo emocional lo obtiene fundamentalmente de su madre y su novia. De su madre: apoyo económico, instrumental, emocional y confidencia; con su novia tiene: apoyo emocional, confidencia, amor e interacción social positiva.

ESTRUCTURA FAMILIAR: Familia nuclear con parientes próximos.

CICLO VITAL FAMILIAR: fase IV: contracción del ciclo vital, según la clasificación OMS, modificada por de De la Revilla.

ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES: Separación matrimonial, alcoholismo paterno, embarazo no deseado hermana.

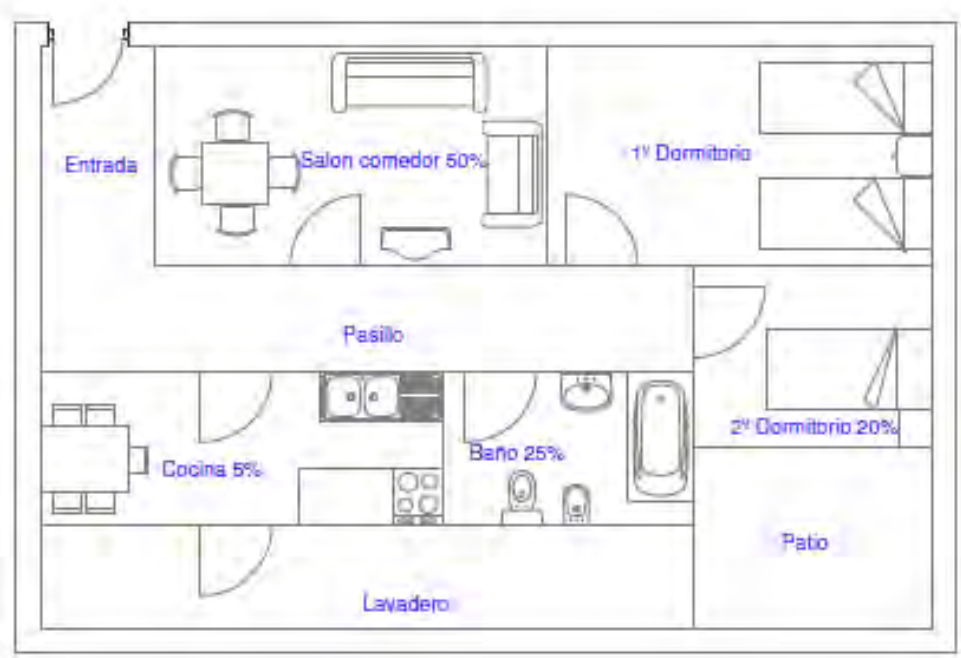
RED SOCIAL Y APOYO SOCIAL: Su red social la conforma su grupo de amigos (unos seis o siete), entre los que destaca un primo hermano. Todos ellos se encuentran en la misma situación de desempleo, comparten aficiones y también los hábitos tóxicos. Su principal apoyo lo forman su madre, especial confidente, y su novia.

Cuestionario MOS de apoyo social: 86 puntos. Red social adecuada.

ERS (escala de reajuste social): 95 puntos. Los AVE no necesariamente llegan a afectar a la familia.

Test Apgar familiar
5 puntos.
Familia moderadamente funcionante

MAPA DEL HOGAR



La vivienda está en la segunda planta del edificio, no hay ascensor. Cuenta con dos dormitorios, uno es del adolescente y el otro es en el que duermen sus padres, aunque lo hacen en camas separadas, salón-comedor, un baño, cocina y lavadero. La calefacción es eléctrica (radiadores eléctricos y brasero eléctrico), la higiene es normal y la iluminación también. El tiempo que pasa en el domicilio queda repartido del siguiente modo: el 50% del tiempo lo pasa en el salón-comedor, en su dormitorio pasa un 20% del tiempo, un 5% lo pasa en la cocina y es curioso que un 25% del tiempo lo pase en el cuarto de baño (comenta su madre que es muy presumido y está muy preocupado por su forma física).

<u>LOS CONFINES TERRITORIALES Y EMOCIONALES:</u>

¿TIENES UN ESPACIO PARA TI SOLO?: Sí, su dormitorio.

¿TIENES BIEN DELIMITADO EL ESPACION PARA DEFENDER TU INTIMIDAD?: Sí.

¿CREES QUE DEBERÍAN HACERSE CAMBIOS EN TU CASA PARA VIVIR MEJOR?:
Le gustaría que sus padres durmieran en la misma cama y volvieran a ser pareja.
Conoce los problemas de maltrato y alcoholismo que existen, pero quiere que sus padres vuelvan a hacer vida de pareja y convivan sin problemas.

LISTA DE PROBLEMAS AMPLIADA

Alcoholismo crónico y actualmente activo paterno.
Maltrato físico y psíquico de su padre a su madre.
Divorcio paterno.
Nueva convivencia de los padres posterior al divorcio.
Embarazo adolescente no deseado de la hermana, con abandono precoz del hogar familiar.
Relación conflictiva con su padre.
Consumo de tóxicos: tabaco, marihuana y alcohol.
Embarazo adolescente de su novia.
Red social se reduce principalmente a su madre, novia y a un primo hermano.
Grupo de amigos consumidores también de tóxicos.
Bajo nivel socioeconómico familiar. Pocos recursos.
Bajo nivel cultural en la familia.
Tanto él como su pareja ambos tienen cursado hasta 4º ESO y ambos se encuentran en paro, aunque buscan trabajo.

SOLUCIONES Y TAREAS

LISTA DE SOLUCIONES A LOS PROBLEMAS:

• Asesorar sobre el riesgo del consumo de alcohol, tabaco y marihuana.
• Proponer disminuir de forma paulatina la ingesta enólica de los fines de semana.
• Proponer el cese de hábito tabáquico.
• Ofrecer la inclusión en programa antitabaco.
• Cese del consumo de marihuana.
• Ofrecer derivación a centro provincial de drogodependencias para abandono de hábitos tóxicos.
• Citar a ambos padres para valorar el tipo de convivencia que mantienen.
• Citar de modo individual al padre para ofrecer información sobre profesionales y grupos de ayuda en la deshabituación alcohólica.
• Valorar derivación paterna a centro provincial de drogodependencias.
• Hablar con el adolescente y su pareja para que especialmente ella, abandone el hábito tabáquico por su situación de embarazo.
• A la vez, plantearles que piensen y proponerles actividades para mejorar sus hábitos de vida: ejercicio físico de ambos (él debe realizar ejercicio físico de un modo controlado no excesivo), acudir a educación maternal.
• Motivar e insistir en la búsqueda activa de trabajo. Motivar en la preparación de las pruebas de acceso al ejército.

SOLUCIONES SELECCIONADAS

1. Abandono de hábitos tóxicos del adolescente.
2. Preparación de pruebas de acceso al ejército. Encontrar trabajo.
3. Mejorar la relación con su padre.
4. Abandono de hábito tabáquico de la novia.
5. Deshabituación alcohólica paterna.

TAREAS A CUMPLIMENTAR

1. Realizar entrevistas periódicas con el adolescente y sus padres.
2. Inclusión en programa antitabaco. Derivación de padre y adolescente a centro provincial de drogodependencias.
3. Acudir a programa de educación maternal en pareja.
4. Adquisición de hábitos saludables.
5. Mejora de las relaciones familiares.
6. Revisar sus relaciones sociales con grupo de amigos.

HIPÓTESIS SISTÉMICA Y RESUMEN.

Este adolescente de 19 años, no tenía ningún antecedente de enfermedad previo, forma parte de una familia moderadamente funcionante (según test de Apgar familiar realizado), con un bajo nivel cultural y socioeconómico y pocos recursos. Presenta un consumo de tóxicos (fuma casi un paquete diario de cigarrillos de tabaco, fuma varios cigarrillos de marihuana diarios, ya ha tenido una multa por consumo en vía pública, y bebe alcohol en exceso los fines de semana.). Reparte el tiempo del día entre entrenar en el gimnasio (3-4 horas al día), su grupo de amigos (4-5 horas), con los que realiza el consumo de tóxicos y la novia (2-3 horas). En casa la situación es tensa: los padres están divorciados pero conviven juntos, existen antecedentes de maltrato del padre a la madre, además de un enolismo crónico y activo del padre, el cual hace que sean muy frecuentes las discusiones en el hogar. Su única hermana, tuvo un embarazo adolescente no deseado, motivo por el que se marchó de casa con su pareja. Posteriormente han tenido dos hijas más.

A lo largo de todo este tiempo, se derivó a padre e hijo a CPD, actualmente están ambos en tratamiento, intentando conseguir el abandono de sus adicciones. No es amino fácil el conseguirlo, pero esperamos que con el tiempo y la perseverancia lo consigan. Además ha reducido el tiempo que pasaba con sus amigos en la calle, consumiendo tóxicos , también el tiempo que pasaba en el gimnasio, y ahora lo dedica a organizar todos los preparativos para la llegada de su hijo, acude junto a su novia a clases de educación maternal. Ambos se encuentran muy ilusionados esperando el nacimiento, y en las próximas semanas la novia se trasladará al domicilio del adolescente, donde de momento se van a instalar como pareja. Semanas atrás realizó las pruebas de acceso al ejército, y se encuentra esperando los resultados. El padre ha abandonado temporalmente el domicilio hasta la completa remisión de su adicción al alcohol.

2 "CREO QUE TENGO ALGO"

Ana María Pozo Cascajosa
Francisco Javier del Castillo Tirado
Alberto M. Márquez López

Mujer de 17 años (adolescencia tardía). Nivel de estudios: Bachillerato

Paciente de 17 años que acude por primera vez a la consulta del médico de familia. Se presenta en la consulta sin cita previa, al final de la mañana, refiriendo un cuadro de mareo con pérdida de fuerza y visión borrosa desde la tarde anterior. Refiere además un cuadro diarreico que ha cedido con dieta astringente, además de un catarro de vías altas que está tratando por su cuenta con antitusígenos y mucolíticos. De soslayo nos cuenta también, sin solución de continuidad, que desde hace tiempo viene notando molestias genitales en forma de escozor, aumento del flujo y cierta urgencia miccional, además de amenorrea de 2 meses.
En un primer momento, además de realizar una anamnesis orientada al cuadro de astenia y visión borrosa así como a la amenorrea, se le solicita un test de embarazo urgente y le indicamos que acuda con cita previa al final de la mañana en el plazo de 72 horas para hablar con más detenimiento y actualizar su historia clínica.
La paciente nos pide que no informemos a su madre de su presencia en nuestra consulta, extremo al que accedemos. Nos comenta que la relación con su madre es estrecha ("mi mejor amiga", "es fuerte", "ejemplo positivo"...), pero que es muy estricta en cuanto a moral sexual se refiere, y que aunque la relación es cordial, con cierta frecuencia hay rupturas temporales y limitadas en el tiempo a causa de la relación con su novio. Además, tiene una hermana con la que coincide poco en casa, y la relación es algo distante desde que tuvieron un conflicto amoroso con la misma persona.
Al revisar su historia clínica, nos percatamos de que ha solicitado anticoncepción poscoital de emergencia en múltiples ocasiones, tanto en urgencias hospitalarias como de atención primaria.
Dice estar muy preocupada porque cree tener algo "ahí abajo", y está muy temerosa, en especial por la reacción de su madre.
En la consulta programada, la paciente nos cuenta un estado casi permanente de ansiedad ("soy muy nerviosa y obsesiva"), con tendencia a la evitación de espacios amplios llenos de gente ("en la discoteca me pongo cerca de la puerta"), labilidad emocional, conflictos familiares frecuentes "por tonterías" ("por la ropa que me pongo", "por mi novio"...) con su madre. La madre, por su parte, presenta historia de síndrome ansioso-depresivo en seguimiento por Salud Mental. Su padre se ausenta a temporadas "cada vez más largas" por conflictos con su madre.

Manifestaciones clínicas: la paciente se muestra habladora aunque algo recelosa a la hora de relatar sus problemas. La exploración física es rigurosamente normal. El test de gestación es negativo. Una analítica general solicitada en la primera consulta muestra un Factor Reumatoide ligeramente elevado, motivo por el cual es derivada a Reumatología. Además, citamos a la paciente para realizarle una citología. A la exploración genital con espéculo, observamos un cérvix de aspecto ectópico. Preguntada, la paciente refiere metrorragia poscoital ocasional.

Enfoque terapéutico: nos ponemos a disposición de la paciente para lo que pueda necesitar, de manera explícita, asegurándole la confidencialidad de sus visitas. La derivación a

reumatología parece aliviar a la paciente en lo que al cuadro de astenia se refiere. Mientras tanto, le recomendamos ejercicio físico suave al menos tres veces por semana, un ritmo de comidas adecuado y respetar un número de horas suficiente de sueño. En lo que respecta al cuadro de molestias genitales, tratamos a la paciente con antimicóticos por vía vaginal, con mejoría. Al observar la ectopia, la derivamos a la consulta de Ginecología, y en un segundo tiempo a Planificación familiar, puesto que ella misma nos relata la necesidad de píldora poscoital en varias ocasiones, al realizar la anamnesis previa a la toma citológica. Ofrecemos una nueva consulta para incidir en el problema de ansiedad, facilitando técnicas de relajación y afrontamiento, apoyando nuestra información con un folleto explicativo.

MOTIVO DE LA CONSULTA
Mareo, pérdida de fuerza y visión borrosa

JUICIO CLÍNICO
Relaciones sexuales desprotegidas
Ansiedad

LISTA DE PROBLEMAS

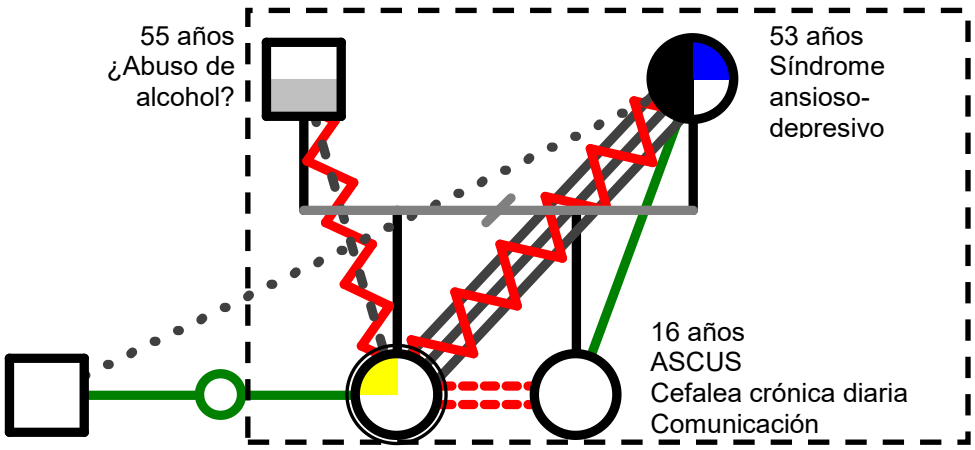
ANA+ sin patología asociada
Ferropenia leve-moderada
Micosis vaginal
Ataxia menstrual
Ectopia cervical con metrorragia poscoital
Micosis vaginal
Ansiedad con rasgos de agorafobia

Comportamientos de riesgo.

- Hábitos tóxicos: bebedora ligera de fines de semana
- Planificación familiar: relaciones sexuales desprotegidas
- Violencia en el hogar: sus padres tienen fuertes discusiones familiares con frecuencia, que ocasionan ausencias cada vez más prolongadas del padre. Su madre está pensando en la separación definitiva, pero no se decide.
- Falta de actitud positiva en el colegio: absentismo ocasional, pérdida de interés.

ESTUDIO FAMILIAR

GENOGRAMA



De la lectura del genograma se desprende que la adolescente vive en una familia mononuclear, monoparental la mayor parte del tiempo por las prolongadas ausencias del padre, en fase III (extensión completa). Del padre sospechamos que abusa del alcohol, pero carecemos de más información. La relación de nuestra paciente con su padre es distante y hostil. Su madre tiene una historia psiquiátrica con predominio de la depresión. Como hemos visto anteriormente, mantiene con ella una relación muy unida a la vez que de cierta hostilidad, por los problemas ya planteados. Con el novio de nuestra paciente, su madre se mantiene distante e indiferente. Su hermana (16 años, ASCUS en la última citología, cefalea crónica diaria y CIA cerrada) tiene una relación armoniosa con su madre y algo conflictiva con nuestra adolescente. La familia cuenta con recursos económicos intermitentes que obtienen de trabajo como cuidadora de la madre (es maestra de Ed. Infantil pero fue despedida).

Lista de problemas tras la lectura del Genograma:

- Entorno familiar conflictivo: relación fluctuante con madre y hermana
- Entorno familiar con ausencia del padre
- Violencia verbal en el hogar
- Labilidad de las relaciones en el entorno familiar
- Familia de riesgo social moderado

Cuestionario MOS de apoyo social
Emocional: 24 (media)
Instrumental: 16 (media-alta)
Ocio y distracción: 14 (media)
Amor y cariño: 11 (media)
Global: 65 puntos (media-alta)
ERS (escala de reajuste social): 54 UCV
Cambio de situación económica y cambio en número de reuniones familiares

Test Apgar familiar
9 puntos
Disfunción familiar severa

MAPA DEL HOGAR

De la lectura del mapa del hogar se desprende que la paciente pasa la mayor parte del tiempo que está en casa a solas en su habitación, que además está alejada de la de su hermana y su madre. Rara vez usa el cuarto de estudio (dice no necesitar estudiar mucho, y cuando lo hace es su propio dormitorio), a no ser para conectarse a Internet, aunque maneja las redes sociales principalmente a través de su móvil, mientras está en su dormitorio. El tiempo que pasa en el salón es para ver la tele, y alguna vez para hablar con su madre, ya por la noche. Se trata de una vivienda en un bloque de pisos, y la higiene está cuidada.

LISTA DE PROBLEMAS AMPLIADA

Entorno familiar conflictivo con ausencia de uno de los progenitores
Aislamiento familiar
Ansiedad con rasgos de agorafobia
Conductas sexuales de riesgo
Ectopia cervical con metrorragia poscoital

SOLUCIONES Y TAREAS

PROBLEMAS SELECCIONADOS

- **Entorno familiar conflictivo con ausencia de unos de los progenitores:** dado que conocemos a la madre de la paciente, hemos seleccionado éste como unos de los problemas principales, ya que la indecisión afectiva de la madre de alguna manera influye de forma negativa en sus hijas, en concreto en nuestra paciente. Nos cuenta que tiene miedo cuando sabe que su padre va a volver a casa.
- **Aislamiento familiar:** evidentemente es uno de los principales problemas, puesto que la paciente rara vez habla de sus problemas con alguien, a no ser con su pareja (y ni siquiera a éste le cuenta sus problemas de ataxia menstrual, molestias genitales…)
- **Ansiedad con rasgos de agorafobia:** la paciente teme salir a la calle, tiene presentimientos injustificados, no se encuentra a gusto en lugares abiertos con mucha gente…
- **Conductas sexuales de riesgo**

INTERVENCIÓN

Soluciones propuestas	Soluciones seleccionadas
1. Prestar atención a las necesidades de su madre. 2. Pasar más tiempo en las zonas comunes de la casa (salón, cocina) para acercarse más a su hermana y a su madre. 3. Derivación a Salud Mental (psiquiatra/psicólogo) para profundizar en técnicas de control de ansiedad. 4. Practicar deporte para aprender a relajarse. 5. Derivación a Ginecología para manejo de ectopia cervical. 6. Pactar con su pareja un método anticonceptivo adecuado. 7. Contar a su pareja los problemas de salud sexual que está teniendo.	1. La paciente accede a mostrar mayor preocupación e interés por su madre. 4. Va a empezar a practicar deporte y ver si le ayuda a controlar mejor la ansiedad. Por ahora, piensa que lo hablado en consulta, el folleto que le facilitamos y la práctica de deporte le van a ayudar. 5. Derivación a Ginecología, dado que el resultado de la citología fue de HPV positivo, con "células escamosas atípicas", no pudiendo excluir HSIL (ASC-H)[1]. 6. Pactar con su pareja un método anticonceptivo adecuado, y contarle sus problemas de salud sexual, cosa que alivió bastante a la paciente, según ella mismo nos contó.

HIPÓTESIS SISTÉMICA Y RESUMEN

Estamos ante una familia disfuncional con ausencias prolongadas de uno de los progenitores, algo que desestabiliza a las dos adolescentes que viven en el hogar, así como a la propia madre, que no acaba de decidirse a iniciar una separación. Nuestra adolescente en cuestión vivencia de manera intensa esta indecisión y ello afecta a su forma de relacionarse con el entorno, de manera que se protege del mismo con reacciones de angustia, anticipación, episodios de agorafobia… Tampoco habla con casi nadie de sus problemas de salud sexual, cosa que la desestabiliza aún más. En las últimas semanas, parece que va habiendo un acercamiento a su madre para expresarle sus preocupaciones, miedos y dudas. A nuestra consulta se acerca algo menos recelosa. De cualquier manera, en este caso, es el núcleo familiar, como ya hemos dicho, lo que desestabiliza todo lo demás, y así lo corrobora el Apgar familiar. El apoyo social de la paciente es bueno y en la ERS los acontecimientos que suman el grueso de la puntuación también tienen que ver con el entorno familiar, con el que habrá que ir trabajando. Hemos propuesto a la paciente que acuda un día con su hermana para tratar algunos temas en torno a la situación familiar.

[1]La AP de la colposcopia realizada mostró displasia leve (CIN 1), con inmunohistoquímica p16 positivo, atipia coilocítica y metaplasia escamosa. Al final, la paciente tenía "algo". Está pendiente de revisión por Ginecología para plantear opciones de tratamiento.

3 ADOLESCENTE REBELDE ANTE SUS PADRES

Antonia Aragón López

Se atiende en consulta a una adolescente de 15 años, que acude para prescripción de anticoncepción oral después de habérsele practicado una interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Acude acompañada de sus padres, quienes refieren que "su hija tiene algo" y "que no es normal". Tienen ganas de que alcance la mayoría de edad para que no esté en casa y no le van a poner impedimentos si quiere irse. Les hace chantaje emocional diciendo que "se va a tirar por la ventana", cuando quiere conseguir algo de ellos. En su casa es agresiva, tiene enfrentamientos frecuentes con todos los miembros de la familia.

En consulta, la adolescente presenta un discurso infantil, no le da importancia al IVE que le han realizado y culpabiliza a sus padres de todo lo que le ocurre. Está tranquila y no manifiesta alteraciones del comportamiento. Relata consumo del alcohol los fines de semana. Niega consumo de otras drogas.

Enfoque terapéutico:

- Se investiga consumo de riesgo mediante anamnesis, cuestionario CAGE y AUDIT. No se detecta consumo de riesgo. Se realiza consejo anticonsumo.
- Analítica general incluyendo perfil tiroideo, que fue normal.
- Derivación a Salud Mental para valoración conjunta por parte de Psicología y Psiquiatría.
- Consulta programada individualizada en unas semanas con la paciente y con sus padres.

MOTIVO DE LA CONSULTA
Prescripción de anticonceptivos
Ansiedad de los padres

JUICIO CLÍNICO
Alteración de la conducta.

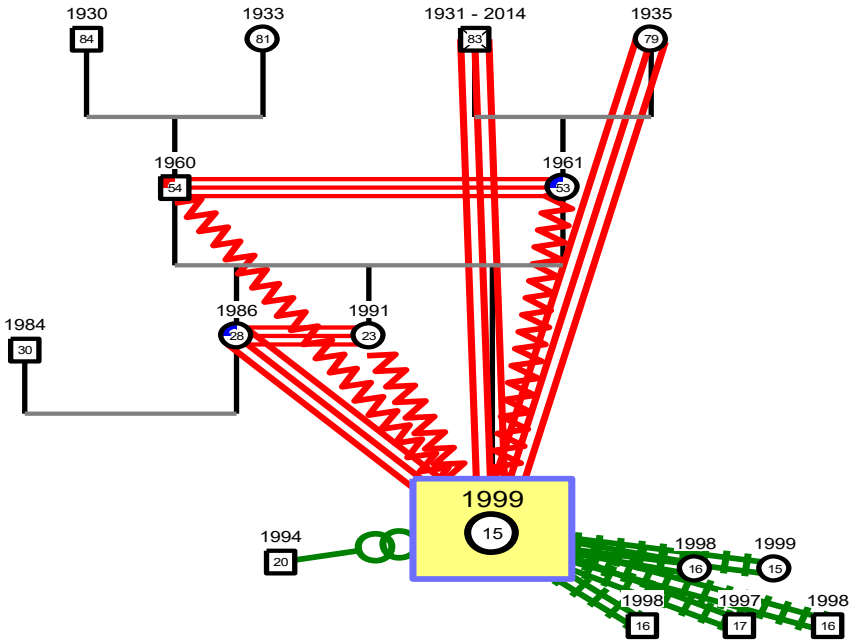
LISTA DE PROBLEMAS
Comportamiento de riesgo: alcohol, contactos sexuales precoces, embarazo (IVE).
Problemas de disciplina y conducta agresiva.
Problemas de relación con los padres.

En la siguiente consulta programada, preguntamos por su situación escolar, se detecta **problemas escolares:** absentismo escolar y fracaso escolar, está repitiendo 2º curso de la ESO, en nocturno y suele faltar bastantes veces a las clases.
También se indaga sobre las **relaciones familiares,** existe escasa comunicación con sus padres, ausencia de un padre débil de carácter y presencia de una madre dominante. Enfrentamientos frecuentes con una hermana que vive en el hogar. A pesar de las relaciones conflictivas con sus padres, están preocupados por su comportamiento, piensan que "a pesar de todo es su hija". Tiene novio y un grupo de amigos que la apoyan en todo. Ya ha sido valorada por Salud Mental y ha descartado patología psiquiátrica.

STUDIO
AMILIAR

ESTUDIO FAMILIAR
GENOGRAMA

GENOGRAMA



AVE-1: Fallecimiento de su abuelo en 2014
AVE-2:Embarazo-IVE de la paciente en 2014
AVE-3:Hermana abandona el hogar para contraer matrimonio
AVE-4.IMA de su padre en 2014
AVE-5.Depresión recurrente de su madre
AVE-6:Sindrome Obesesivo Compulsivo recurrente de su hermana de 23 años.

RED SOCIAL
-1*:A,E,C
-2*:A,E,C
-3*:A,E,C,IPS
-4*:E,EC,C,I
-5*:E,EC,C,I
-6*:IPS,C
-7*:IPS,C
-8*:IPS,C
-9*:IPS,C
-10*:IPS,C

La adolescente es la tercera hija de una familia nuclear con parientes próximos, en el inicio de la etapa IV del ciclo vital familiar. El hogar está formado por sus padres, su hermana de 23 años y la adolescente. La hermana de 28 años, ha abandonado el hogar para contraer matrimonio hace unos 5 meses; vive en la misma ciudad que nuestra paciente; con ella mantiene una buena relación. La hermana de 23 años padece un cuadro obsesivo compulsivo de carácter recurrente, con ella mantiene una relación conflictiva.
El abuelo materno falleció en este año, padecía Enfermedad de Alzheimer, para nuestra adolescente supuso una gran pérdida, con el mantenía un vínculo especial; es su primer AVE.
Su abuela materna, vive en la misma ciudad y es un gran apoyo para ella; es la primera persona de su red social.
El padre de 54 años, ha sufrido un IAM hace dos meses, actualmente está estable, trabaja como administrativo en una empresa de alimentación, tiene puesto fijo; con él mantiene una relación conflictiva. Su madre de 53 años, trabaja como limpiadora, padece depresión desde siempre, con ella también mantiene un relación conflictiva. La adolescente es rebelde frente a ellos, sin embargo, ellos siempre la apoyan en todo, forman parte de su red social.

Como **acontecimientos vitales estresantes (AVE)**:
- el fallecimiento de su abuelo en este año, quien suponía un gran apoyo;
- el IVE practicado hace unos meses, del que apenas nos refiere la paciente;
- la salida del hogar de su hermana para casarse;
- las depresiones frecuentes en su madre y
- el cuadro obsesivo compulsivo recurrente de su segunda hermana.

En cuanto a la **red social y apoyo social**, cuenta con una red social adecuada de primer orden, formada por familiares y amigos. La primera persona que la forma es su abuela materna, que le ofrece apoyo emocional y confidencial. La segunda persona, su hermana mayor que le da

apoyo emocional y confidencial. Su novio ocuparía el tercer lugar y le aporta apoyo emocional, confidencial y de interacción positiva. Sus padres estarían en 4º y 5º lugar ofreciéndole apoyo emocional, confidencial, económico e instrumental. Los cinco amigos le aportan ayuda confidencial y de interacción social.

Cuestionario MOS de apoyo social

NORMAL-INDICE GLOBAL: 81 PUNTOS
-Apoyo estructural: 10 personas
Nº familiares 4
Nº amigos 6
-Apoyo emocional: 31 puntos
-Apoyo instrumental: 18 puntos
-Apoyo afectivo: 14 puntos
-Interacción social positiva : 18 puntos

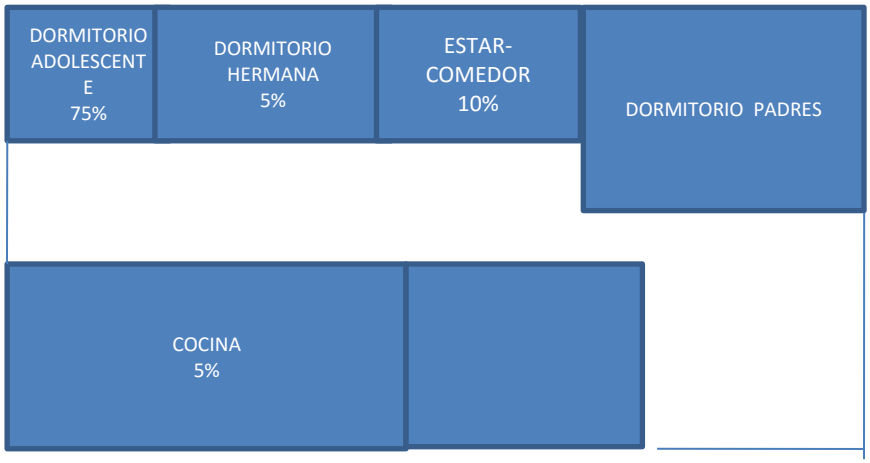
ERS (escala de reajuste social):

UCV 264-PROBLEMAS DE TIPO PSICOSOCIAL
Muerte de un familiar cercano (abuelo materno): 63 puntos
Cambios de salud de un miembro de familia (IAM –padre): 44 puntos
Enfermedad familiar cercano (madre-hermana): 44 x2=88 puntos
Embarazo-IVE (adolescente): 40 puntos
Hija dejar el hogar (hermana mayor): 29 puntos

Test Apgar familiar

DISFUNCION FAMILIAR GRAVE: 3 PUNTOS

MAPA DEL HOGAR



Características del hogar

La adolescente vive con sus padres y una hermana mayor que ella en un segundo piso. Las condiciones higiénicas y de iluminación del hogar son adecuadas. El piso cuenta con calefacción central eléctrica.

Confines territoriales

Tiene un espacio bien delimitado donde defender su intimidad, su dormitorio, piensa que no necesita hacer cambios en su casa para vivir mejor.

Circulación en el hogar

La mayor parte del tiempo la pasa en su dormitorio (75%) donde estudia, escucha música y ve la televisión, el resto en el salón (10%), dormitorio de su hermana (5%), baño(5%) ycocina(5%). Comparte poco tiempo de ocio con su familia. La mayoría de las veces la pasa en casa de su novio o con sus amigos.

SOLUCIONES Y TAREAS

PROBLEMAS SELECCIONADOS

De común acuerdo con la adolescente, se seleccionan los siguientes problemas y soluciones:

1-COMPORTAMIENTOS DE RIESGO: sobre el consumo del alcohol los fines de semana, se le da consejo anticonsumo. Se le propone que acude al programa FORMA JOVEN, con el objetivo de desarrollar en la adolescente capacidades y habilidades saludables.
2- PROBLEMAS EN LA RELACIÓN CON LOS PADRES: entrevista individualizada con los padres y la adolescente, para conocer sus creencias y perspectivas. Se les propone que pasen más tiempo juntos, incluso cuando las cosas vayan mal o todavía más en esos momentos. Hablar conjuntamente sobre las cosas que les preocupan o interesan. Desarrollar actividades conjuntas padres y adolescente.

3- RELACIÓN CONFLICTIVA CON HERMANA: programar consulta conjunta con la hermana para mejorar relación entre ambas. Se le propone que pasen más tiempo juntas y limen asperezas.

4-ABSENTISMO ESCOLAR Y FRACASO ESCOLAR: visitas al instituto y proponer soluciones conjuntas con el equipo de profesores, orientador y psicólogo. También se solicita la colaboración de los padres. Motivar a la adolescente a que acuda a clases de apoyo en el instituto e incremente el número de horas al día de estudio.

5-CONDUCTA AGRESIVA Y PROBLEMAS DE DISCIPLINA: ya ha sido valorada por Psiquiatría y se ha descartado patología por su parte. Le proponemos que realice visitas periódicas al psicólogo del equipo de salud mental para adquirir conductas de cambio. También se le pide ayuda a los padres ya que es fundamental el papel de la familia en la formación de la personalidad del adolescente.

6-Para los PROBLEMAS DE DISFUNCIÓN FAMILIAR GRAVE Y PROBLEMAS PSICOSOCIALES: se realizará abordaje familiar conjunto mediante la entrevista centrada en el paciente, con el objeto de mejorar el entorno familiar y la comunicación entre sus miembros. Se propondrán tareas conjuntas padres, adolescente. Solicitaremos también la ayuda de la abuela materna y hermana mayor, al ser las dos personas fundamentales de su red social.

TAREAS PROPUESTAS

1-Participar en el programa FORMA JOVEN.
2-Pasar más tiempo con su familia e intentar mejorar la relación con su hermana.
3-Acudir a las citas previstas con Psicólogo del equipo de salud mental para mejorar conducta.
4-Acudir a las clases de apoyo del instituto y estudiar más horas al día.

SEGUIMIENTO:

Se decide realizar seguimiento periódico con visitas programadas quincenalmente, para ver evolución de las tareas propuestas, con el objeto de mejorar la situación familia e intervenir sobre los dos aspectos fundamentales, la disfunción familiar grave y los problemas psicosociales.

4 TRASTORNO ALIMENTICIO EN ADOLESCENTE VARÓN

Mª Carmen Corrales Navarro

Varón de 17 años, etapa adolescencia tardía (de 15 a19 años), estudia 1º Bachillerato.

Antecedentes personales: Polinosis, sin otros antecedentes de interés.
No alergias medicamentosas.
Hábitos tóxicos: alcohol de forma ocasional
Tratamiento habitual: Ranitidina 150 mg, Domperidona10 mg

Paciente que acude con su madre a consulta de atención primaria, por decisión conjunta, refiere epigastralgia desde hace un mes, que todo tipo de alimentación le sienta mal y que a los cinco minutos lo único que le alivia es vomitar.

Se pregunta si lo relaciona con algo como estrés y la respuesta de la madre es porque desde niño ha sido el "gordo" de la clase, no quiere volver a aumentar de peso y eso le hace provocarse el vómito, tras las comidas principales. También hace hincapié en que apenas tiene apetito. La madre refiere que lleva quince días sin comer "comida caliente", que le ha puesto lentejas y se ha molestado, pero que la comida basura sí que le apetece pero que igualmente tras la ingesta la vomita. No quiere en casa comer nada más que lechuga. Durante la entrevista el paciente presenta labilidad emocional.

Comportamientos de riesgo: el paciente ha conocido un nuevo grupo de amigos, y ha dejado de salir con sus compañeros de clase. Ha dejado una relación porque refiere que no le gusta el aspecto físico de ésta (ha engordado).

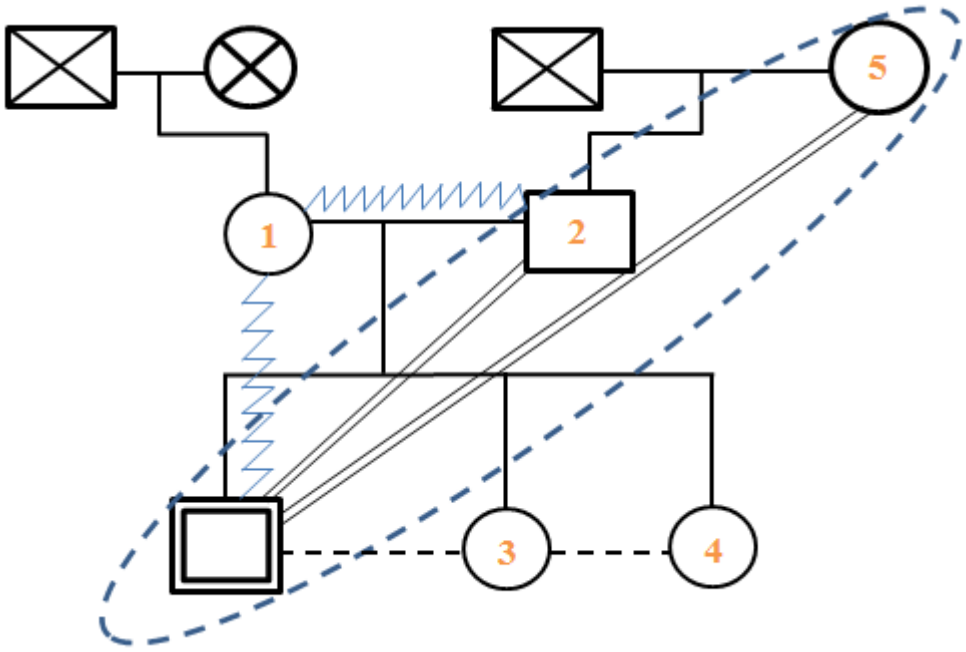
MOTIVO DE LA CONSULTA
Epigastralgia
Trastornos alimenticios

JUICIO CLÍNICO
Trastornos alimenticios

LISTA DE PROBLEMAS
Trastorno alimentario severo
Mala relación con su padre y sus hermanas
Repetidor
Miedo a volver a engordar
Mala situación económica en casa
Nuevas amistades
Labilidad emocional

ESTUDIO FAMILIAR

GENOGRAMA



1. Madre: 45 años. Ama de Casa.
2. Padre: 51 años. Desempleado.
3. Hermana mayor: 12. Estudios primarios.
4. Hermana menor: 5. Educación infantil.
5. Abuela materna: 72 años. Pensionista

1.1. ESTRUCTURA FAMILIAR: Familia Nuclear con parientes próximos (en la misma localidad convive algún miembro de las familias de origen)

1.2. CICLO VITAL FAMILIAR: Fase III Final de extensión (desde el nacimiento del último hijo hasta que el primer hijo abandona el hogar)

1.3. ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES:

1. Trastorno de la alimentación
2. Paro laboral familiar.
3. Mala relación con el padre.
4. Repetidor de curso escolar.

1.4. RED SOCIAL y APOYO SOCIAL:

El paciente pertenece a una familia estructurada aunque algo distanciada porque sus padres no tienen una relación muy íntima, y él especialmente con su padre, al que no le cuenta ninguno de los problemas acontecidos debido a su alteración alimentaria.

Su madre con la que guarda una relación muy estrecha es ama de casa e intenta ayudarle en todos los aspectos.
Su padre que se encuentra en paro laboral y que es de otra etnia no mantiene ninguna relación en casa.
Su abuela materna es su mejor amiga y su mayor confidente con la que también mantiene una relación muy estrecha.
Con sus hermanas la relación es prácticamente inexistente (las dos menores que él).

Cuestionario MOS de apoyo social

Índice global de apoyo social: **61**

Concluimos que el adolescente presenta un buen apoyo social y familiar.

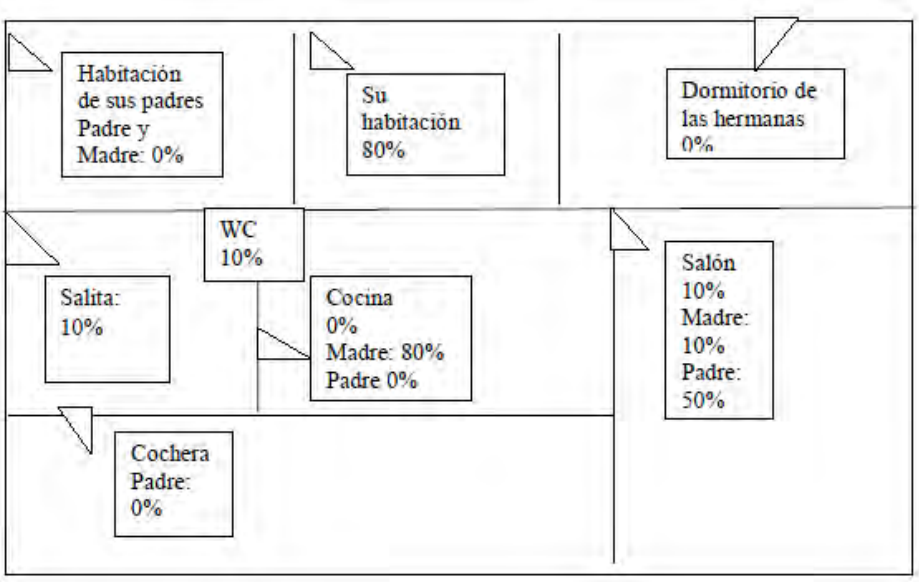
Número de amigos y familiares cercanos: 0; 2
Apoyo emocional: (preguntas 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17, 19): 26
Apoyo material o instrumental: (preguntas 2, 5, 12, 15): 18
Relaciones sociales de ocio y distracción: (preguntas 7, 11, 14, 18): 8
Apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño: (preguntas 6, 10, 20): 9

Escala de reajuste social (ERS)

Paro (puntuación 47); cambio de situación económica (puntuación 38); cambio de hábitos alimentarios (puntuación 15) El paciente suma una totalidad de 100 unidades de cambios vitales, que al ser menor de 150 UCV no representa una alteración significativa en la salud o en

Test Apgar familiar 3 puntos - Familia severamente disfuncional.

MAPA DEL HOGAR



El paciente pasa la mayor parte de su tiempo en su habitación un 80% donde tiene internet, videoconsola y televisión. Un 10% del tiempo lo pasa en el aseo y otro 10% en el salón-salita para realizar las comidas principales. Su madre pasa una gran parte del tiempo en la cocina (80%) donde realiza la mayor parte de sus actividades. Algo de tiempo en el salón-salita viendo la televisión o hablando con él (10%). El 10% restante lo pasa en su dormitorio. El padre pasa la mayor parte del tiempo en el salón-salita 50%, un 10% en su habitación y el resto fuera de casa.

1.- CARACTERISTICAS DEL HOGAR:
- CALEFACCION: Sin calefacción
- HIGIENE: Normal
- ILUMINACIÓN: Normal

2.- LOS CONFINES TERRITORALES Y EMOCIONALES:
- ¿TIENES UN ESPACIO PARA TI SOLO?: Si: Habitación dormitorio
- ¿TIENES BIEN DELIMITADO EL ESPACIO PARA DEFENDER TU INTIMIDAD?: Si
- ¿CREES QUE DEBERIAN HACERSE CAMBIOS EN TU CASA PARA VIVIR MEJOR?: **No**

LISTA DE PROBLEMAS:

1 Está preocupado por recaer de nuevo y volver a engordar por lo que ha dejado de comer bien y sólo le preocupa su aspecto físico.
2 La mayor parte del tiempo enfadado con su familia porque quiere tener más ropa como el resto de sus amigos y no entiende porque no se la compran.
3 Le preocupa no tener dinero para salir con sus nuevos amigos.
4 Tiene una mala imagen de su padre porque es más delgado y alto que él y no le ha costado ningún sacrificio.
5 Le preocupa una relación sentimental porque refiere que no está preparado para ello y que es mejor vivir la vida.

AMPLIACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE LA LISTA DE PROBLEMAS EN RELACIÓN CON LA LECTURA DEL GENOGRAMA Y DE OTRAS TECNICAS:

Considero que el problema fundamental del paciente es la relación inexistente con su padre y la visión idílica que tiene de este por ser más alto y delgado que él, piensa que a su padre no le importa su problema. Con su madre tiene una relación muy estrecha pero es demasiado exigente con la alimentación y la ropa sin tener en cuenta la situación económica que atraviesa su familia. Solo encuentra una pequeña salida en su abuela materna que lo consiente. Todo esto se agrava por el miedo de volver a engordar y por ello se provoca el vómito tras la comidas principales le caracteriza la irritabilidad en casa y el aislamiento. Referente a sus hermanas menores como he mencionado anteriormente no existe apenas relación.

LISTA DEFINITIVA DE PROBLEMAS

Enfermedad: trastorno alimentario
Situación económica
Preocupación por la relación con su padre

SOLUCIONES Y TAREAS

TAREAS PROPUESTAS

- Dieta saludable porque está en crecimiento
- Pensar en ayudar en casa
- Buscar trabajo
- Futuro laboral “que quieres estudiar”
- Ejercicio físico, “no musculación porque afecta negativamente a tu crecimiento”.

EVALUACIÓN

El paciente acude otro día con cita programada a la consulta donde cuenta que la dieta le está yendo muy bien, que ha comenzado a realizar ejercicio físico carrera continua con un amigo de su instituto y que la relación con su padre está mejorando poco a poco.

Refiere que su madre le sigue a poyando en todo y que lo que más contento le tiene es que ha encontrado un trabajo los fines de semana como repartidor de pizzas que le permite ahorrar para comprarse algo de ropa y ayudar en lo que puede en casa, que aunque no es mucho dinero le da para “comprarse algunas camisetas”.

La madre refiere que el paciente ha dado un cambio de 180º C y que ya no está tan irritable y que desde hace más de dos meses no se provoca el vómito.

Tendrá un seguimiento mensual en la consulta para peso y tallaje y que nos vaya contando cómo le van las cosas.

Respecto al futuro laboral con los estudios aún no lo tiene claro por lo que es algo que queda pendiente.

5 MI HIJA SE AUTOLESIONA

Laura del Pilar Torres Martín
Mª Ángeles Moreno Fontiveros

Mujer de 14 años (adolescencia media). Nivel de estudios: 4ºESO

Paciente de 14 años, hija única, adoptada, que fue estudiada a los 13 años en consultas externas de pediatría por pérdida de peso y anorexia, sin objetivarse patología orgánica. Acude a nuestra consulta acompañada de sus padres tras valoración por un psicólogo privado con el diagnóstico de depresión; dicho psicólogo recomienda tratamiento con antidepresivos pero la paciente se niega. Tanto su psicólogo, como la familia y la paciente no quieren derivación a salud mental.

Presenta síntomas depresivos (llora continuamente en consulta, dificultad para conciliar el sueño, disminución del rendimiento escolar, su madre refiere aislamiento social,…) que afectan a su vida diaria. Baja autoestima y alto nivel de autoexigencias. Ansiedad. Es tímida, introvertida. Se realiza cortes en las muñecas y piernas frecuentemente, aunque niega intención autolítica; refiere que lo hace porque así "se siente mejor, se desahoga". Su madre nos dice que las amigas sí le han comentado que quiere quitarse la vida. No hace deporte. Su forma de evadirse es tocando la guitarra y escuchando música.

Buena relación con los padres; no parece haber ningún problema con la adopción, lo hablan abiertamente y con cariño. Tenía varias amigas, aunque ha sufrido un rechazo de su círculo de amigas más cercano porque "ya no confían en mí", ya que les prometió que no iba a realizarse más cortes, pero no lo ha cumplido. Al tener dificultades para conocer nuevas amigas por ser muy tímida, esto ha implicado una reducción de su contacto social con iguales. Familia competente. Buena estructura familiar.

Enfoque terapéutico:

Valorar añadir tratamiento con antidepresivos según evolución.

MOTIVO DE LA CONSULTA
Síntomas depresivos y comportamientos de riesgo

JUICIO CLÍNICO
Depresión
Baja autoestima

LISTA DE PROBLEMAS

Síntomas depresivos.
Ansiedad.
Aislamiento social.
Rechazo por parte de sus amistades.
Bajo nivel de autoestima.
Alto nivel de autoexigencias.

Se detectan **comportamientos de riesgo**

- Autolesiones
- Riesgo de anorexia.

Presenta **problemas académicos** con disminución del rendimiento escolar.

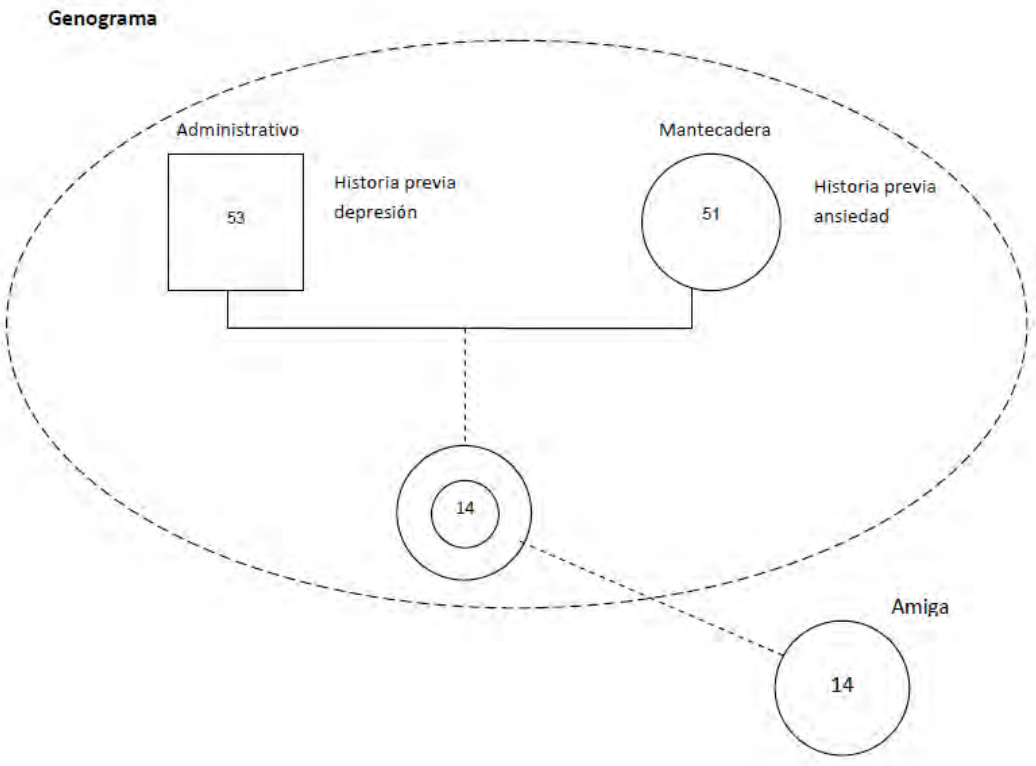
Problemas con los padres: no se detectan.

Problemas con los pares:

- Rechazo por parte de sus amistades
- Aislamiento social por su timidez.

ESTUDIO FAMILIAR

GENOGRAMA



Familia nuclear; la paciente fue adoptada a los 3 años de edad. Buena relación con su madre (que trabaja en la elaboración de mantecados), y con su padre (administrativo). Padre con historia previa de depresión, y madre con historia previa de ansiedad. Se aprecia la relación deteriorada de la paciente con su mejor amiga.
Ciclo vital familiar (CVF): etapa III, final de la extensión.

Lista de problemas tras la lectura del genograma:
- Los padres presentan gran angustia por los gestos autolesivos de la paciente.
- Relación deteriorada con su mejor amiga.

Cuestionario MOS de apoyo social
Ligeramente superior al medio
Test MOS: 66 puntos
- Apoyo emocional/informacional: 27 puntos (normal)
- Apoyo instrumental: 20 puntos (normal)
- Interacción social: 8 puntos (hay falta de interacción social)
- Apoyo afectivo: 11 puntos (normal)

ESCALA DE REAJUSTE SOCIAL
62 UCV

- Cambio en las condiciones de vida
- Cambio de las actividades de ocio
- Cambio de las actividades sociales

Test Apgar familiar

Cuestionario: 10 puntos (normofuncional)

MAPA DEL HOGAR

Características del hogar: la vivienda consta de un dormitorio para el matrimonio, un dormitorio para la paciente, una sala de estudio, un baño, cocina y salón. La paciente pasa gran parte del tiempo en el salón con sus padres y en la sala de estudio.

La vivienda está bien iluminada, con buenas condiciones higiénicas y bomba de frío-calor centralizado.

LISTA DEFINITIVA DE PROBLEMAS

Síntomas depresivos.
Ansiedad.
Aislamiento social.
Rechazo por parte de sus amistades.
Bajo nivel de autoestima.
Alto nivel de autoexigencias.
Autolesiones
Riesgo de anorexia.
Disminución del rendimiento escolar.

SOLUCIONES Y TAREAS

Lista de soluciones al problema

- Contacto telefónico con psicólogo del área para conseguir cita.
- Entrevistas periódicas con la paciente y sus padres.
- Entrevistas con la paciente a solas.
- Entrevistas con los padres para asesoramiento.
- Abrir círculo de amistades
- Acudir a escuela de música o a clases de guitarra.
- Informar de varios grupos de jóvenes como scouts.
- Autobiografía y diario de contenido emocional especialmente de las veces que se siente descontrolada.

Soluciones seleccionadas

- Contacto telefónico con psicólogo del área para conseguir cita preferente
- Entrevistas frecuentes con la paciente y sus padres, y algunas a solas con la paciente.
- Entrevistas con los padres para tratar de disminuir su grado de ansiedad.
- Acudir a escuela de música o a clases de guitarra.

- Informar de varios grupos de jóvenes como scouts e intentar abrir círculo de amistades.

TAREAS PROPUESTAS

- Contactar con psicólogo del área para conseguir cita preferente con el mismo.
- Entrevistas frecuentes con la paciente acompañada de sus padres, para valorar conjuntamente progresos de la adolescente.
- Entrevistas a solas con la adolescente por si es necesario que nos comente algo.
- Entrevistas a solas con los padres para orientarlos y tratar de disminuir su grado de ansiedad.
- Motivar a la paciente a acudir a clases de música, lo cual puede servirle para potenciar su creatividad y abrir su círculo de amistades.
- Comentarle a la adolescente sobre la existencia de un grupo de scouts cercana a su residencia habitual, donde hay más adolescentes con afinidades comunes.

HIPÓTESIS SISTÉMICA Y RESUMEN

Se trata de una adolescente con problemas previos de anorexia, muy tímida, cuya forma de canalizar la ansiedad y hacer frente a los problemas es realizándose autolesiones. Sus padres presentan gran angustia por este hecho, pues además creen que en algún momento pueda llegar a suicidarse.

La paciente presentaba un pequeño círculo de amistades, con una amiga más íntima, la cual la ha rechazado por su promesa no cumplida de no realizarse más cortes. Esto ha contribuido a un aislamiento social progresivo de la adolescente, cuya introversión y timidez le cual le dificulta para relacionarse con iguales.

Durante este tiempo se ha realizado varias entrevistas con los padres de la adolescente, que han ayudado a mejorar su grado de ansiedad. También hemos realizado varias entrevistas a solas con la paciente, que nos comenta que se encuentra más animada y motivada para hacer cosas, y que ha conocido a un grupo de adolescentes en el grupo de scouts con los cuales comparte muchas aficiones, y dentro de los cuales se encuentra su actual pareja. Además, ha iniciado clases de guitarra eléctrica, y hace conciertos junto con los demás compañeros, a los que acuden su pareja y sus nuevos amigos. Todo esto ha hecho que mejore su autoestima.

Sus padres nos confirman la gran mejoría de la paciente, y nos refieren que no ha presentado más autolesiones.

6 ADOLESCENTE DE 14 AÑOS QUE ACUDE A POR UNA DERIVACIÓN Y A CONOCER A SU MÉDICO DE FAMILIA

Francisco Javier del Castillo Tirado
Alberto Manuel Márquez López
Ana María Pozo Cascajosa

Presentamos el caso de un paciente varón de 14 años que acude a consulta de su Médico de Familia por primera vez. Acude a consulta acompañado de su madre, una mujer de 48 años quien se encarga de presentarnos al adolescente.

Éste es un joven rubio, de ojos marrones que se encuentra en la adolescencia media (14 a 19 años). Es la primera vez que acude al Médico de Familia, aunque nos habla bien de la relación con su pediatra. El motivo de consulta principal es renovar la medicación de su Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad: Concerta (metilfenidato) de 36 mg. También pregunta si pudiéramos hacerle una analítica porque "la madre lo nota más apagado que de costumbre" . De pasada nos solicita una nueva revisión en el servicio de salud mental, puesto que perdieron la última por circunstancias familiares. Ante la existencia de un proceso crónico en un paciente que acude nuevo al cupo, decidimos aplicar la sistemática de entrevista integral para tratar de encontrar puntos de mejora.

Nivel de estudios: Estudios primarios aprobados. El paciente se encuentra cursando Tercero de ESO. El último trimestre suspendió seis asignaturas, aunque la madre refiere que luego suele recuperarlas en verano y que el curso pasado le quedaron "sólo" dos.

MOTIVO DE LA CONSULTA

Asesoramiento anticipatorio.
Problemas escolares.
Problemas clínicos.

JUICIO CLÍNICO

Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad diagnosticado hace dos años.
Tratamiento con Metilfenidato 36 mg/día VO desde hace seis meses, sin revisión reciente por parte de psiquiatría.

LISTA DE PROBLEMAS

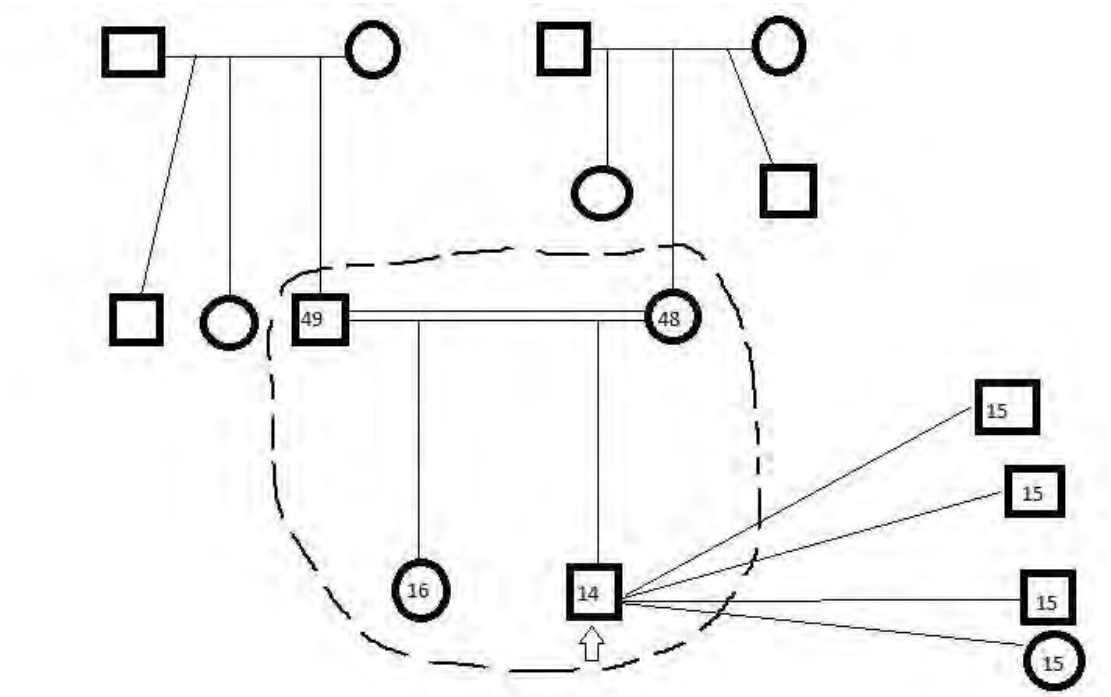
Rinitis estacional.

TDAH.

Comportamientos de riesgo: Sospecha de delincuencia (meterse en problemas). Fracaso escolar. Sospecha de trastorno adaptativo encubierto.

ESTUDIO FAMILIAR

GENOGRAMA



Se trata de una familia nuclear con parientes próximos. El Ciclo Vital Familiar (CVF) muestra una familia en extensión (tipo IIA de la OMS modificado por de la Revilla) o familia en el estadio V del CVF de Duvall (con hijos adolescentes). No ha presentado acontecimientos vitales estresantes recientemente. La familia nuclear se encuentra conformada por el núcleo parental, la hermana de 16 años y el propio adolescente. Existe buena relación en la familia, aunque existe cierta diversidad de edad con los primos (la mayor tiene 23 años y el más pequeño 3 meses).

La madre y el padre se casaron en 1994, y estuvieron en varias localidades de la provincia hasta que se establecieron en la capital. El padre trabaja en la sucursal de un banco y realiza turnos de mañana y tarde, aunque suele tener tiempo para almorzar en casa con el resto de la familia, momento que se aprovecha para poner en común cómo les ha ido el día a los miembros de la unidad familiar. Es la única fuente de ingresos de la familia, aunque resulta suficiente para mantener un nivel de vida aceptable, sin excesos. La madre es ama de casa y se dedica a las labores del hogar. La hermana entró en primero de bachillerato este año y suele sacar buenas notas.

El adolescente nos comenta que su grupo de amigos está formado por otros tres chicos y una chica. Como detalle, este grupo de amigos es un año mayor que él y están un curso por encima. Se lleva bien con ellos y realiza actividades sociales que él califica como "normal". Suelen ir al cine dos veces al mes y a veces realizan actividades sociales por las zonas comunes de la urbanización de uno de los miembros de la pandilla.

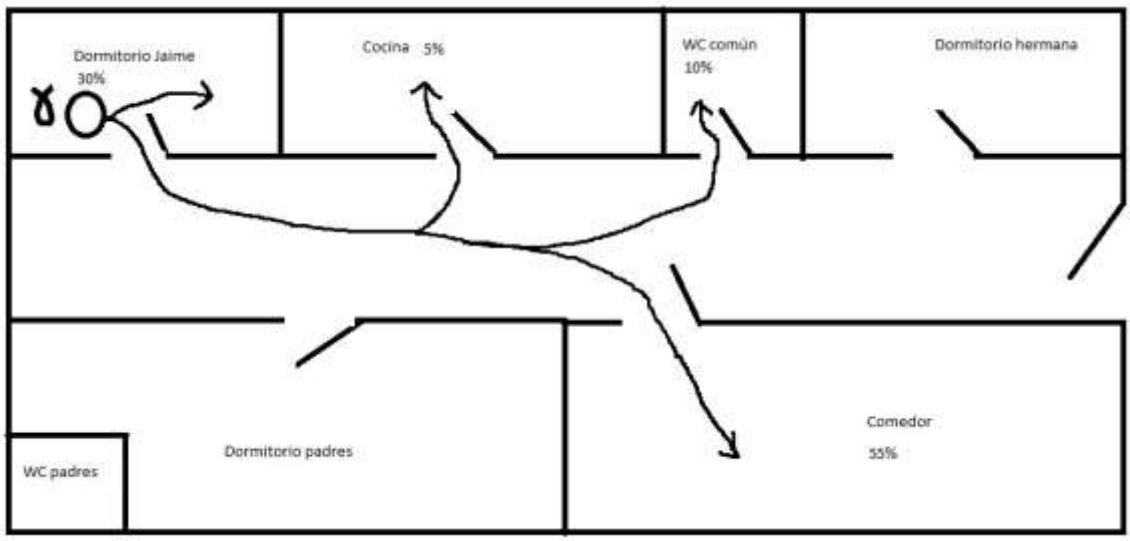
Se pregunta directamente sobre su problema de TDAH y nos confiesa que no sabe exactamente a qué puede deberse su mal comportamiento en clase y las malas notas. Nos confirma que este trimestre ha suspendido seis asignaturas, aunque nos reitera que en años previos las notas durante el año académico fueron más o menos parecidas y en la convocatoria de Septiembre consigue aprobarlas casi todas. Nos dice que nota cuándo la medicación le hace efecto y cuándo no. Últimamente siente que ha bajado el rendimiento más de lo habitual y que se siente cansado por las tardes.

Cuestionario MOS de apoyo social
Global: 84 puntos (alta)

Escala de Reajuste Social ERS: **0 UCV**
No presenta AVEs en los últimos 12 meses

Test Apgar familiar
9 puntos
Familia funcional.

MAPA DEL HOGAR



Calefacción: Eléctrica. Higiene: Normal. Iluminación: normal. Preguntamos por los confines territoriales y emocionales.

- ¿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.

Al revisar el mapa familiar nos fijamos en que Jaime pasa más del 50% del tiempo en zonas comunes de la casa. Prácticamente usa su dormitorio sólo para dormir. Además la madre comenta que es un "niño muy asustadizo" y que le gusta estar rodeado de sus padres y de gente mayor.

Estudia todas las tardes al menos una hora diaria. Habitualmente sale de casa para estar con sus amigos entre las 19 y las 21:30, momento en que vuelve a casa a cenar. Ese tiempo lo suele pasar en la urbanización de su amigo o jugando a la videoconsola en casa de otro de los miembros de su pandilla.

LISTA DEFINITIVA DE PROBLEMAS

Fracaso escolar.
Trastorno déficit de atención e hiperactividad con regular respuesta a tratamiento.
Dependencia familiar.
Figura paterna ausente la mayor parte del día por no coincidir los horarios.

SOLUCIONES Y TAREAS

PROBLEMAS SELECCIONADOS	INTERVENCIÓN
Fracaso escolar	Nueva cita donde se solicita cronograma diario
Trastorno déficit atención e hiperactividad	Derivación a salud mental para valoración por su parte. Solicitud de analítica rutinaria para descartar patología orgánica.
Dependencia familiar (hijo sobreprotegido)	Aplicación de escala Beck Depression Inventory for Primary-Care (BDI-PC)
Figura paterna ausente	Intentar encontrar forma de pasar más tiempo con el padre, aunque sea en fin de semana

TAREAS A CUMPLIMENTAR:

Tres semanas más tarde el paciente vuelve a consulta a por los resultados analíticos. Se ha aumentado la dosis de metilfenidato a 50 mg/d vo. Ha tolerado bien la medicación y el menor refiere encontrase mejor en clase. Las hormonas tiroideas y el resto de parámetros analíticos solicitados aparecen dentro de rangos de normalidad.

En el cronograma diario comprobamos que llega a casa del instituto hacia las 15h, que es cuando almuerza con su familia y se cuentan los problemas. Suele estar en zonas comunes viendo la televisión hasta las 16:30-17 horas. Luego dedica una hora u hora y media a hacer los deberes. Según el día sobre las siete de la tarde merienda en casa o va a casa de sus amigos a merendar para luego volver a la hora de la cena, hacia las 21:30. Duerme desde las 23 horas, salvo los fines de semana.

La aplicación de la escala BDI-PC dio un total de 3 puntos, cuyo resultado indica una posible depresión leve, aunque este estado puede estar supeditado a la coyuntura del paciente y al desarrollo emocional del mismo (por ejemplo, se interesa por las chicas pero aún no ha iniciado ningún romance).

Recomendamos a la familia que hablen con la orientadora del centro para que le ayude con técnicas de estudio. Citamos al paciente para una semana después de que le den las notas a ver cómo le ha ido este trimestre. Tanto él como su madre se van satisfechos con la actuación en consulta, y el adolecente promete que intentará mejorar sus notas de cara a la próxima evaluación.

HIPÓTESIS SISTÉMICA Y RESUMEN.

El TDAH es una entidad clínica que incluye diversas formas de presentación y afecta hasta al 7% de la población escolarizada. Las propias guías de práctica clínica muestran un bajo nivel de evidencia ante el diagnóstico y afrontamiento de esta enfermedad, salvo las que se refiere a la baja utilidad de las pruebas complementarias (salvo en casos donde la clínica lo justifique) y a la necesidad de procurar que los padres sean capaces de adaptarse y modificar su estilo de vida a la situación de estos pacientes. Por las características tan especiales de la adolescencia resulta difícil clarificar los motivos que pueden condicionar el desarrollo de una enfermedad como es el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, aunque se especula la asociación a ligera atrofia cortical e incluso un posible origen genético.

Algunos padres, en el contexto de la enfermedad, pueden llegar a estimular la dependencia prodigando cuidado y atención excesiva. Esta actitud de los padres priva en parte a los hijos de la satisfacción que se obtiene cuando se hacen algunas cosas por cuenta propia o con un mínimo de dirección por parte de los adultos. Este hecho debería seguirse en consulta de forma casual, preguntando acerca de la relación con los padres y entendiendo cada caso en el nivel de desarrollo madurativo emocional y sexual del momento.

Aunque el tratamiento crónico pueda usarse a largo plazo, modificando la enfermedad, muchas veces es preciso adoptar otras actuaciones que ayuden al paciente a evolucionar en su proceso hasta una resolución satisfactoria. En caso contrario, el trastorno puede evolucionar de forma negativa y perpetuarse hasta la edad adulta en forma de trastorno negativista, depresión mayor y otros trastornos de conducta.

Es importante un abordaje integral en este tipo de pacientes para conseguir evitar llegar hasta el punto de desarrollo de patología y así solucionar y prevenir los problemas que vayan surgiendo.

7 CONSUMO DE DROGAS Y DISFUNCIÓN FAMILIAR

Mª Jesús Salas Cárdenas

Varón de 23 años, adulto emergente, estudiante de ciclo grado medio de Hostelería. Intervenido de menisco rodilla derecha, sin otros antecedentes de interés.
No alergias medicamentosas.
Hábitos tóxicos: alcohol, tabaco, cannabis y cocaína (esta última de forma ocasional)
No tiene tratamiento habitual.

Paciente que acude sólo a consulta de atención primaria, por decisión propia, refiriendo insomnio desde hace 6 días, tanto de conciliación como de mantenimiento, así como ansiedad e irritabilidad. Se le pregunta si lo relaciona con algo y por el consumo de tóxicos; a lo cual responde que le ocurre desde que ha dejado de consumir cannabis. Presentaba consumo habitual de cannabis, ingesta excesiva de alcohol los fines de semana y ocasionalmente consumo de cocaína. La madre, unos días después acude sola a la consulta, manifiesta que su hijo tiene problemas de comportamiento, cada vez está más tiempo fuera de casa, su alimentación no es la adecuada, se muestra más agresivo y ha cometido robos en la casa, generando situaciones conflictivas en el ámbito familiar.

Comportamientos de riesgo: grupo de amigos no muy recomendables porque comparten el consumo de drogas.

MOTIVO DE LA CONSULTA
Insomnio

JUICIO CLÍNICO
Comportamientos de riesgo

LISTA DE PROBLEMAS

Consumo de tóxicos
Problemas familiares
Problemas con la ley

ESTUDIO FAMILIAR

1.1. ESTRUCTURA FAMILIAR: Familia Nuclear con parientes próximos (en la misma localidad convive algún miembro de las familias de origen)

1.2. CICLO VITAL FAMILIAR: Fase IV de Contracción (el primer hijo abandona el hogar → el segundo hijo abandona el hogar)

1.3. ACONTECIMIENTOS VITALES ESTRESANTES:

1. Paro laboral del paciente
2. Consumo de drogas legales e ilegales
3. Mala relación con los padres, principalmente con el padre

1.4. RED SOCIAL y APOYO SOCIAL:

El paciente cuenta con una familia algo distanciada, nunca ha tenido buena relación con sus padres, especialmente con su padre, lo cual se ha agravado a raíz de los últimos acontecimientos debidos a su adicción (amenazas, robos,...).

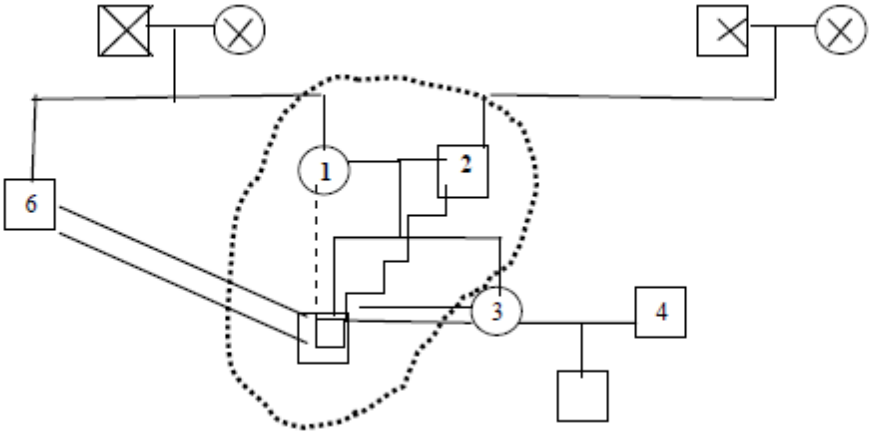
Su padre (guardia civil jubilado, figura autoritaria quiere imponerle sus normas, controlarlo y que se limite a trabajar con él en el campo. Su madre (ama de casa, de carácter sumiso) intenta ayudarle, aconsejarle, pero finalmente acaba apoyando a su padre para no tener discusiones con él.

Su mejor amiga y confidente es su hermana mayor, que actualmente no vive en la misma ciudad pero habla con ella a diario y se ven aproximadamente cada mes y medio. Casada y con un hijo de 1 año y medio. Quiere mucho a su sobrino y le encanta pasar tiempo con él. A su cuñado lo define como una persona poco sociable, estricta y que apoya y refuerza las ideas de su padre, empeorando su relación con él.

Su abuelos fallecieron hace muchos años, estaba bastante unido a ellos. Tiene muy buena relación con su tío (hermano de su madre, coordinador de medio ambiente) trabaja en Jaén pero aun así viene a visitarlos a diario.

ESTUDIO FAMILIAR

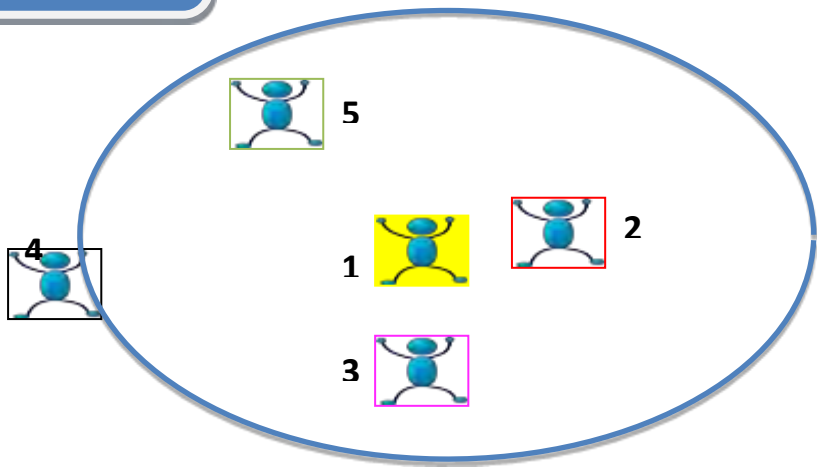
GENOGRAMA



1. Madre: 53 años. Ama de Casa.
2. Padre: 63 años. Guardia Civil Jubilado. Trabajador del campo.
3. Hermana: 34 años. Profesora de Educación Infantil.
4. Cuñado: 37 años. Juez.
5. Sobrino: 1 año y medio.
6. Tío: 57 años. Coordinador de medio ambiente.

MODELO DE CÍRCULOS

1. Paciente
2. Hermana
3. Madre
4. Padre
5. Tío



Cuestionario MOS de apoyo social: 41

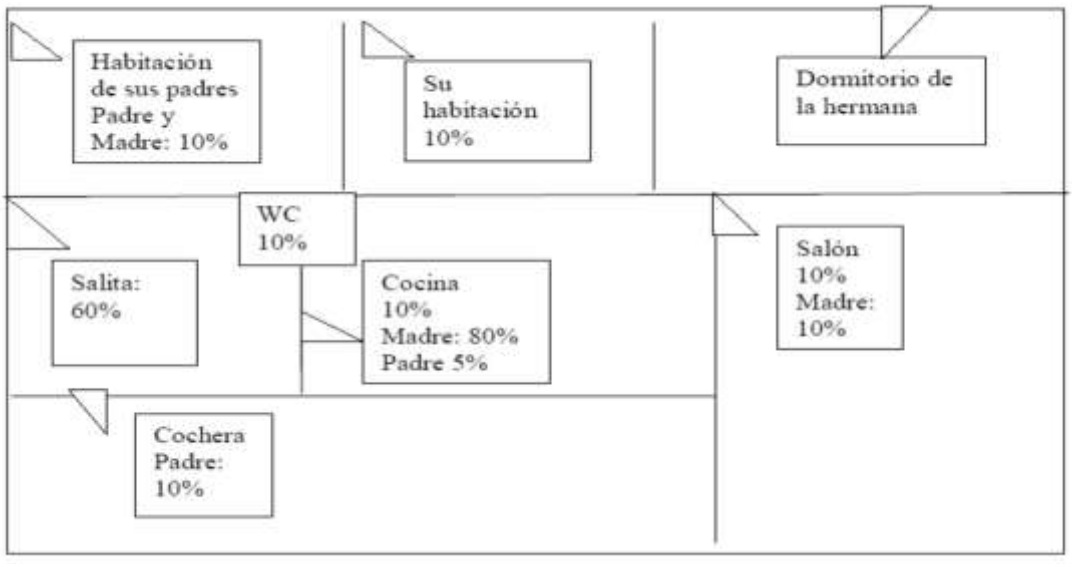
Se observa que la puntuación en cada ítem de la escala MOS es inferior al de la media lo que resulta, a su vez, en un índice global de 41, también inferior al valor medio de 53. Por ello, se puede concluir que el adolescente presenta un apoyo social y familiar escaso.

ERS (escala de reajuste social): 145

Paro (puntuación 47); drogadicción y/o alcoholismo (puntuación 44); cambio de actividades de ocio (puntuación 19); cambio de actividades sociales (puntuación 18) y cambio de hábito de dormir (puntuación 17). Al ser menor de 150 UCV no representa una alteración significativa en la salud o en la función familiar.

Test Apgar familiar - 3 puntos – Disfunción familiar severa

MAPA DEL HOGAR



1.- Características del hogar:

- calefacción: central
- higiene: normal
- iluminación: normal

2.- Confines territoriales y emocionales:

- ¿tienes un espacio para ti solo? si: salita y habitación dormitorio
- ¿tienes bien delimitado el espacio para defender tu intimidad? si
- ¿crees que deberían hacerse cambios en tu casa para vivir mejor? **no**

El paciente pasa la mayor parte de su tiempo en la salita, 60%. Allí tiene su ordenador con conexión a internet y una televisión. Un 10% del tiempo lo pasa en la cocina cuando come con la familia. Siempre come con su madre, el padre a menudo no está presente en las comidas. Otro 10% lo pasa en le salón principal donde en ocasiones ve la tele o habla con su madre. El resto del tiempo lo pasa entre el wc y su dormitorio, al que solo acude para dormir.

Su madre pasa una gran parte del tiempo en la cocina (80%), donde prepara la comida, lava la ropa,… y también ve la tele. En ocasiones pasa algo de tiempo en el salón viendo la televisión o hablando con él (10%). El 10% restante lo pasa en su dormitorio.

El padre apenas pasa tiempo en la casa, tan sólo un 5% en las cocina para comer (no siempre come en casa) y un 10% en su dormitorio. Lo pasa sobretodo en el campo (85%), donde siembra en el huerto y cuida de los animales. Antes acompañaba a su padre muchos días pero dada que la relación ha empeorado aún más en el último año, ambos se evitan porque tiene discusiones muy intensas y frecuentes.

.

LISTA DE PROBLEMAS AMPLIADA

1 Dependencia de drogas legales e ilegales (tratamiento actual en centro de drogodependencias)
2 Conflictos y mala relación con sus padres
3 Falta de amistades y actividades de ocio
4 Situación de desempleo
5 Insomnio secundario al abandono de consumo tóxicos
6 Miedo a la recaída

LISTA FINAL DE PROBLEMAS:

1) Insomnio secundario al abandono del consumo, lo cual le crea irritabilidad. Seguir correctamente el tratamiento, cuidado de la alimentación y medidas de relajación.

2) Mala relación familiar, no siente apoyo ni ayuda con su problema. Madre con bajo estado de ánimo por la situación que él atraviesa. Discusiones continuas con su padre → intentar pasar más tiempo con su madre y pedirle consejo. Acompañar a su padre al campo e implicarse en las tareas que allí realiza para iniciar así el acercamiento.

3) Le preocupa no tener amigos, evita a sus amigos porque todos ellos consumen y no quiere exponerse → relacionarse con otras personas.

4) Falta de empleo, lo cual conlleva la dependencia económica de los padres. Entregar el curriculum en las empresas para las que esté capacitado a la espera de ser llamado ó ampliar su formación académica durante este periódo.

5) Falta de actividades de ocio (jugaba al fútbol con las mismas amistades con las que ya no se relaciona porque continúan consumiendo drogas) → jugar al futbol con otro grupo de personas ó practicar otros deportes o aficiones.

6) Miedo a recaer, a que todo el esfuerzo haya sido en vano → evitar exposición, refuerzo positivo, atención continuada en atención primaria y drogodependencias.

AMPLIACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE LA LISTA DE PROBLEMAS EN RELACIÓN CON LA LECTURA DEL GENOGRAMA Y DE OTRAS TECNICAS:

Se cree que el problema más importante del paciente es la relación conflictiva que mantiene con su padre, nunca se ha sentido querido por él, no cuenta con su ayuda y piensa que sus problemas no le importan más allá que para recriminarle lo que hace mal. Hacia su madre tiene los sentimientos encontrados, por un lado sabe que lo quiere y que sufre al verlo enfermo pero al mismo tiempo le apoya a medias por evitar discusiones y enfrentamientos con su padre, se queja de ser él el que siempre tiene que ir a buscarla y no salir de ella preguntarle cómo se encuentra. Todo esto se ve agravado por su problemas de conducta debidos a la adicción y las complicaciones que están surgiendo al abandonar el consumo (insomnio, irritabilidad, agresividad, aislamiento,…). Su hermana es su principal apoyo pero aunque hablan todos los días y puede contarle cualquier problema o idea que le inquiete, está lejos y se siento sólo. La visita diaria de su tío le ayuda mucho, le permite desconectar un rato y bromear con él, le gusta que le cuente cosas de su trabajo y él poder contarle como ha pasado el día o qué planes tiene a corto plazo.

SOLUCIONES Y TAREAS

TAREAS PROPUESTAS

1) Informar al paciente sobre todos los aspectos de su enfermedad (adicción a drogas).
2) En cuanto a las amistades se le ha animado a que retome actividades de ocio que había dejado.
3) El tema del insomnio.
4) Un abordaje familiar.
5) Desempleo

Después de informar al paciente sobre todos los aspectos de su enfermedad (adicción a drogas) reforzando positivamente los pasos que ha dado y las metas que ha conseguido:

- Abandono del consumo de cannabis, alcohol y cocaína
- Evitar comportamientos de riesgo, al no relacionarse con las amistades con las que consumía
- Dar el paso de solicitar ayuda para tratar problemas secundarios al abandono del consumo y evitar la recaída (seguimiento conjunto en consulta de Atención Primaria y Drogodependencias)

En cuanto a las amistades se le ha animado a que retome actividades de ocio que había dejado, como jugar al tenis, pin-pon y salir a correr; esto le permitirá ocupar parte de su tiempo, cansarse físicamente y relacionarse con otras personas pudiendo así retomar amistades del pasado o acabar haciendo un nuevo grupo de amigos.

Con respecto al tema del insomnio, se han adoptado varias medidas:

- Cuidado de la alimentación en la cena (baja ingesta de grasas y líquidos).
- Tomar líquidos calientes, darse un baño,… es decir, cosas que le ayuden a relajarse.
- No realizar ejercicio físico a última hora para evitar activarse en exceso y que esto le dificulte conciliar el sueño.
- Sigue un tratamiento farmacológico (tranxilium) con reducción progresiva de la dosis.

Dentro de la familia existen varios problemas:

- Su madre cercana pero distante al mismo tiempo. Se le propone que de él el primer paso e intente pasar más tiempo con ella (ver la tele juntos, acompañarla a la compra,…) y que poco a poco le cuente lo que le preocupa y se apoye en ella. Su madre ha acudido en dos ocasiones a la consulta, indicándole igualmente que necesita sentirse más apoyado por su parte y orientándola en cómo poder hacerlo.
- Su hermana, él entiende que viven en diferentes provincias y es complicado por el trabajo de ella y de su cuñado, pero le animamos a que le comente que le gustaría verla más a menudo y que pasasen más tiempo juntos, por si entre ambos pueden buscar alguna solución (como por ejemplo que las visitas de su hermana fuesen más cercanas en el tiempo o él vaya a visitarla a ella).
- La relación con su padre es prácticamente inexistente. Le aconsejamos que se ofrezca a acompañarle al campo de vez en cuando para poder estar más tiempo con él y así tener ocasión de hablar y poco a poco tratar los diferentes temas que le están preocupando. En alguna ocasión a través de la madre lo hemos invitado a venir y consultarnos las dudas que pueda tener, vino en tan sólo una ocasión mostrándose reacio a cualquier consejo de acercarse a su hijo y afrontar el problema junto a él y a su mujer. Su mujer nos comentó en citas posteriores que no ha mejorado su relación, si no que el único cambio ha sido que se mantiene completamente al margen y consigue así evitar las grandes discusiones que había entre los dos previamente.

El estar en el desempleo le ocasiona mucha angustia y frustración, según refiere “no puedo demostrar que sé valerme sólo”. El no tener en que ocupar el tiempo hace que los días le resulten largos y piense más en sus problemas (ideas repetitivas que le obsesionan como recaer en el consumo, quedarse sólo sin familia ni amigos,…); esto unido a que no tiene

independencia desde el punto de vista económico para sus aficiones ni actividades de ocio (cine, clases de tenis,…).

Tareas a cumplimentar:

No ha cambiado el tema de su padre, el paciente apenas lo ve (no lo ha acompañado al campo) ni habla con él, continúa pensando que a su padre él no le importa y que no tiene por que ser él el que vaya a buscarlo.

EVALUACION

El paciente acude otro día con cita programada donde nos cuenta cuales han sido sus avances:

- Ha comenzado a correr a primera hora de la tarde y está relacionándose con un par de chicos que salen a correr en ese mismo horario, quedando para ir juntos en ambas ocasiones.
- Está acompañando a su madre a la compra por las mañanas, o bien la acompaña y la ayuda en lo que puede mientras cocina, "la veo más contenta, me sonríe, y me pregunta como me ha ido corriendo y que tal he dormido"
- Este fin de semana su hermana los ha visitado, ha aprovechado para hablar con ella y comentarle que le gustaría que se viesen más a menudo. Su hermana le explica que está limitada con el trabajo y el niño pero se ha ofrecido a pagarle el autobús para que la visite siempre que le apetezca y pase allí unos día con ellos.
- Consigue dormir unas 5-6 horas y permanecer en la cama descansando tranquilo 2-3 horas más.

Nos comenta que aunque se siente mejor, más positivo y animado, ha estado barajando la posibilidad de marcharse a Manchester a buscar trabajo, refiere que "necesita nuevos aires y desconectar de todo". Lo ha hablado con su madre y su hermana y a pesar de haberle aconsejado que no lo haga o que lo deje para un poco más adelante, la decisión está tomada y se marchará en 15 días. Su padre se opone totalmente a su marcha y desde que conoce la noticia la relación entre ellos ya es completamente inexistente. Le hacemos saber nuestra preocupación por el riesgo que conlleva el marcharse (volver a consumir, reaparezcan sus miedos, alteraciones de comportamiento,…), éste nos responde que es consciente de ello pero que pondrá todo de su parte para que esto no ocurra. Acordamos con el seguimiento en un principio a través de su madre y por correo electrónico.

8 ADOLESCENTE CON ANSIEDAD

Tatyana Myronyuk

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

La paciente acude la consulta acompañada de la madre, la cual nos refiere que últimamente presenta frecuentes cambios de la conducta, predominada la agresividad hacia ella. Ha comenzado a tener miedo salir a la calle y encontrarse con su novio. La madre nos insiste que todos los problemas de su hija comenzaron con la separación de su novio. La paciente se encuentra con un gran aumento de ansiedad, hace un año empezó a salir con un chico y empezaron los problemas, a consumir alcohol ocasionalmente y a fumar, 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.

MOTIVO DE LA CONSULTA
Cambios de conducta

JUICIO CLÍNICO
Ansiedad

LISTA DE PROBLEMAS

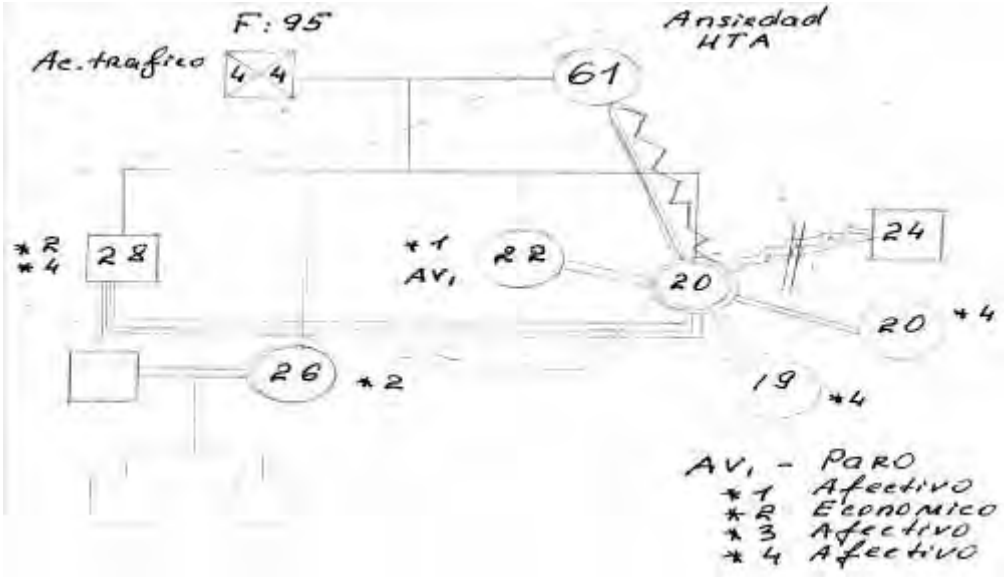
Síndrome ansioso – depresivo
Fumadora de un paquete diario
Aislamiento social
Baja autoestima

- Ingesta de alcohol: 5-6 bebidas alcohólicas los fines de semana.
- Hábito tabáquico: 15 cigarrillos/día.

ESTUDIO FAMILIAR

Se trata de una familia mononuclear en estadio IV etapa del ciclo vital. La adolescente vive con su madre. El padre falleció hace 20 años por un accidente de tráfico, lo que supuso una carga emocional muy importante para la madre. La madre la que asume todas las decisiones del hogar a nivel económico, educacional y de la salud. Un hermano mayor de 28 años, mantiene muy buena relación y recibe el mayor apoyo económico y emocional. Una hermana de 22 años que actualmente no trabaja y tiene buena relación con la paciente. La hermana mayor de 26 años, casada, con 2 hijos vive fuera de la familia y tiene buena relación con la paciente. La adolescente tiene una relación cordial con sus dos amigas.

GENOGRAMA



Apoyo social

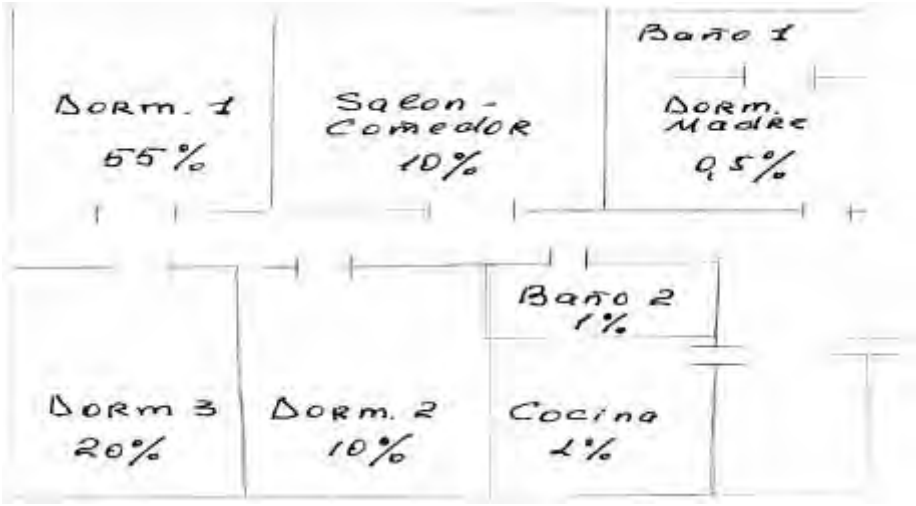
Test MOS: 68 puntos. Apoyo social normal

ERS: 120 UCV (los AVE no necesariamente llegan a afectar a la familia)

Test Apgar familiar

6 puntos

MAPA DEL HOGAR



CONFINES TERRITORIALES Y MATERIALES: La adolescente tiene un espacio para ella sola, su habitación. Refiere que tiene intimidad suficiente y no cree que se deban realizar cambios en su casa.

LISTA DE PROBLEMAS AMPLIADA

1. Síndrome ansioso – depresivo
2. Fumadora de un paquete diario
3. Aislamiento social
4. Baja autoestima

SOLUCIONES Y TAREAS

Lista de soluciones a los problemas

1. Mejoría de la relación y contacto diario con sus hermanas.
2. Tomar parte en las tareas del hogar, ayudando a su madre.
3. Ofrecer ayuda psicológica y tratamiento a la paciente de su síndrome ansioso – depresivo.
4. Combinación de las tareas con actividad deportiva.

SOLUCIONES SELECCIONADAS

- Entrevistas programadas con la madre
- Apoyo psicofarmacológico
- Abandono hábitos tóxicos (tabaco y alcohol)
- Inclusión en programa antitabaco
- Recomendación actividad física (comparte la recomendación)

HIPÓTESIS SISTEMICA Y RESUMEN

Nuestra paciente es una adolescente tardía de 20 años sin antecedentes personales. Hemos detectado de base un problema psicosocial, tras analizar la situación y realizar varias entrevistas.

El nivel de ansiedad de la madre y de la adolescente ha disminuido. Además, ha mejorado la relación entre madre e hija. El adolescente se ha comprometido a seguir un programa antitabaco y a disminuir el consumo de estas sustancias.

9 SOSPECHA DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDHA)

Mª Ángeles Moreno Fontiveros
Mª José Martínez Vera
Esther Mota Bobis

Varón 14 años que acude con sus padres, aportando informe de equipo orientación de su centro escolar donde se indica la sospecha de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), predominio déficit de atención. El paciente presenta síntomas de inatención, impulsividad, ansiedad y bajo rendimiento académico. No refiere hiperactividad, aunque sí desorganización, problemas de humor y autoestima. Tanto él como su familia relatan que los problemas comenzaron en torno a los 4 años, coincidiendo con el inicio de la escolarización. Bajo rendimiento escolar, requiere más de 20 horas semanales de clases de apoyo y seguimiento estrecho de sus padres. No ha repetido ningún curso, pero este año ha suspendido 3 asignaturas. Sus problemas de conducta hacen que "siempre esté castigado".

Al entrevistar a los padres nos dicen que el desarrollo motor del paciente ha sido normal, mientras que en el área del lenguaje la evolución fue lenta: primeras frases en torno a los 4 años y dificultades para comprender lo que decía por hablar atropelladamente. Refiere haber tenido accidentes repetidos, porque "soy torpe". Reconoce dificultades para planificar, dirigir, mantener la atención y retener la información mientras hace otra cosa, para controlar el tiempo, para aprender de los errores y para diferir recompensas. Siempre ha sido un niño introvertido, con pocos amigos y pocas actividades fuera del hogar, pero esta situación se ha hecho más evidente en los últimos 4 años.

Padre y madre son severos con él y preocupados por su bienestar. Ambos acuden a las tutorías al centro escolar y respaldan en casa las pautas recomendadas en el centro. En pocas ocasiones dan normas y ordenes efectivas, se acaba muchas veces discutiendo. El paciente niega hábitos tóxicos y los padres no tienen sospecha de ello.

- Antecedentes personales: epilepsia.
- Antecedentes familiares: padre y tío materno con dificultades en el aprendizaje no especificadas.

Tras la entrevista clínica al paciente y sus padres, donde recabamos la información descrita y descartamos otras patologías como depresión, drogodependencia,… Les entregamos el cuestionario Conners que recaba información de padres y docentes. Según los resultados aportados por la familia (Inatención 8/9, hiperactividad-impulsividad 4/9) y profesores (Inatención 8/9, hiperactividad-impulsividad 0/9), junto con la entrevista clínica previa, podemos afirmar que el paciente cumple criterios diagnósticos para el TDAH subtipo inatento según el DSM 5. En primer lugar, informamos sobre el trastorno y posibilidades terapéuticas al paciente y su familia.

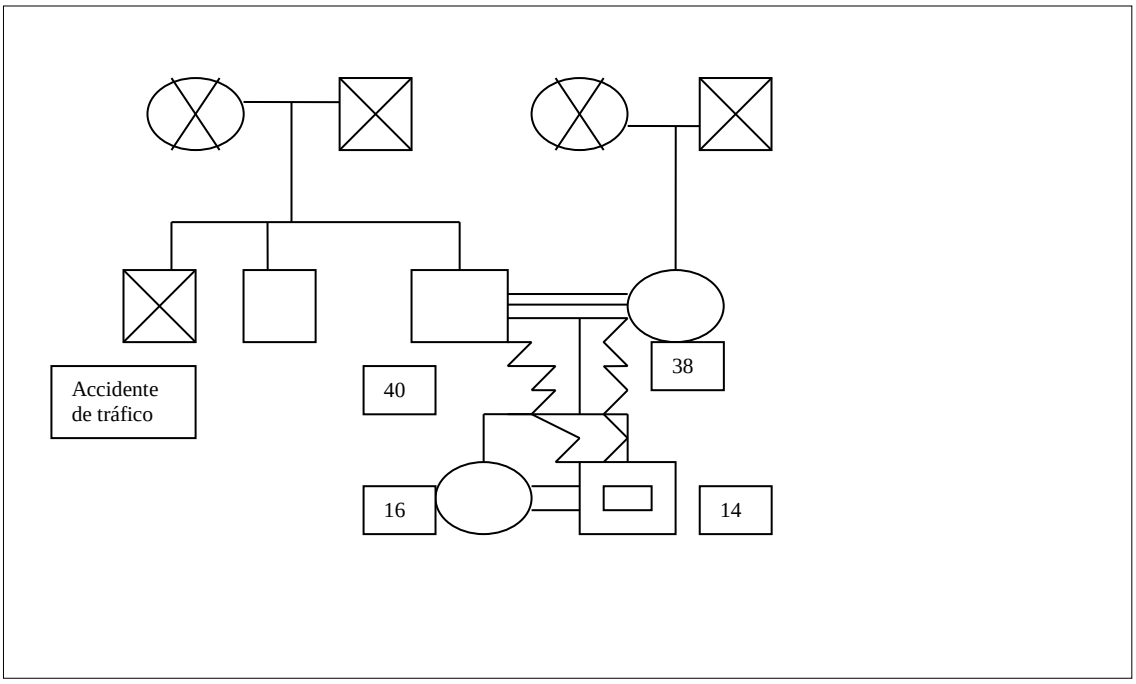
MOTIVO DE LA CONSULTA
Sospecha TDAH

JUICIO CLÍNICO
TDAH subtipo inatento según DSM 5
Ansiedad

LISTA DE PROBLEMAS
- TDAH subtipo inatento
- Bajo rendimiento escolar
- Introversión y aislamiento social
- Conflictos familiares
- Ansiedad
- Problemas de conducta

ESTUDIO FAMILIAR

GENOGRAMA



Apoyo social

Cuestionario MOS de apoyo social: Normal. Índice global 62 puntos

Test Apgar familiar

6 puntos.
Disfunción leve familiar.

LISTA DE PROBLEMAS AMPLIADA

5. TDAH subtipo inatento
6. Bajo rendimiento escolar
7. Introversión y aislamiento social.

SOLUCIONES SELECCIONADAS

- Psicólogo privado
- Tratamiento con metilfenidato
- Controles de enfermería
- Informe para el colegio
- Información de asociaciones de TDAH
- Aumentar la comunicación familiar
- Aumentar actividades sociales

SOLUCIONES Y TAREAS

- Ofrecemos al paciente valoración por Equipo de Salud Mental para psicoterapia. La familia y él prefieren seguimiento por psicólogo privado; en cambio si quieren comenzar tratamiento farmacológico desde atención Primaria.
- Tratamiento farmacológico. Antes de comenzar tratamiento farmacológico explico al paciente los efectos secundarios y características de la medicación. Acordamos instaurar tratamiento con metilfenidato (tratamiento de elección) de acción prolongada (12 horas) que se adapta mejor a los horarios y necesidades del paciente. Comenzamos con dosis bajas hasta lograr dosis mínima eficaz que fue de 54 mg al día.
- Acudirá a las citas programadas en la consulta médica y de enfermería. Hasta alcanzar la dosis correcta de tratamiento se siguieron controles de enfermería periódicos de peso, frecuencia cardiaca y tensión arterial que fueron normales salvo leve pérdida de peso.
- Realizamos informe que será entregado a su centro escolar para seguimiento del paciente y adaptación curricular si precisa.
- Se da información de webs y teléfonos de contacto con asociaciones de TDAH cercanas al municipio.
- Se propone la búsqueda de espacios que aumenten y refuercen la comunicación familiar y la relación entre los miembros de la familia: intentar comer juntos, organizar salidas los fines de semana,…
- Realizar lista de aquellos puntos de conflicto con sus padres y las posibles soluciones que propone. Igual ejercicio debe de ser realizado por los padres.
- Aumentar actividades sociales con personas de su edad: actividades deportivas,…

HIPÓTESIS SISTEMICA Y RESUMEN

El Trastorno de déficit de atención e hiperactividad es un trastorno evolutivo. Una parte importante de los pacientes diagnosticados de TDAH en edad pediátrica, durante su adolescencia y en la edad adulta, requerirán tratamiento y seguimiento en nuestras consultas de Atención Primaria. Además podremos encontrar en la consulta paciente adultos no diagnosticados que requerirán nuestra atención. El tratamiento del TDAH consiste en psicoeducación y manejo conductual, apoyo académico y tratamiento farmacológico.

La clínica del TDAH en el adulto es diferente en la edad adulta con respecto a la infancia. En el adulto disminuye la hiperactividad y la impulsividad, aunque la inatención se mantiene a lo largo de la vida, con la consiguiente dificultad para el diagnóstico. Para realizar una correcta evaluación del TDAH en el adulto se deben responder cuatro preguntas esenciales. En primer lugar, es imprescindible tener en cuenta que el TDAH no empieza en edades adultas, sino que es un trastorno evolutivo desde la infancia; por ello es requisito indispensable para realizar el diagnóstico que el paciente tenga una historia clara de síntomas desde su infancia. La segunda cuestión es aclarar la existencia de relación entre los síntomas de TDAH actuales y un deterioro significativo y consistente en diferentes ámbitos, para ello recabaremos información del paciente y personas de su entorno (familiar directo). En un tercer lugar hay que evaluar si los síntomas que presenta el paciente no se explican mejor por la presencia de otro trastorno psiquiátrico o médico. Y finalmente, hay que estudiar la existencia de otros trastornos comórbidos con el propio TDAH.

Las características de los pacientes diagnosticados de TDAH influyen notablemente a lo largo de su vida, tanto en el ámbito social y familiar, como profesional. Diversos estudios han demostrado que estos pacientes logran una menor formación académica, aun teniendo niveles de inteligencia similares al resto de la población. Los adolescentes y niños con TDAH tienen mermada la autoestima y las habilidades sociales; siendo este aspecto aún más evidente en aquello en los que la clínica persiste en la edad adulta. Esto ocurre porque en la edad adulta las demandas sociales aumentan y desaparece el entorno compensador existente (familia, amigos,..). También se han descrito mayores dificultades en las relaciones interpersonales y, de forma más específica, en las relaciones de pareja; en el ámbito laboral tienen peor adaptación; y su habilidad para la conducción está alterada (los adultos con TDAH sufren más accidentes de tráfico y más graves)

Actualmente nuestro paciente acude a nuestra consulta de forma semestral; en estas consultas el paciente y su familia nos cuenta su evolución y aporta informes realizados por equipo docente y psicólogo privado. Ha perdido el apetito durante las 12 horas de efecto de la medicación pero lo compensa con cenas copiosas. El paciente ha mejorado los resultados escolares y han mejorado sus relaciones sociales y familiares.

Las graves repercusiones que genera la ausencia de diagnóstico de TDAH, y el abandono del seguimiento y tratamiento de estos pacientes cuando llegan a la adolescencia, contrastan con la excelente respuesta a los tratamientos existentes, tanto farmacológicos como conductuales. El médico de Atención Primaria es un instrumento imprescindible para mejorar la atención a los pacientes adultos/adolescentes con TDAH.

10 UN ADOLESCENTE CON MUCHAS MANÍAS

Esther Mota Bobis
Mª Ángeles Moreno Fontiveros
Mª José Martínez Vera

Varón de 15 años (adolescencia media) que actualmente cursa 3º de E.S.O.

En un primer momento, acude la madre sola a la consulta, ya que ésta se encuentra en seguimiento por depresión desde hace varios meses. Comenta que está muy preocupada por su hijo mayor tras notarle cambios en el comportamiento, coincidiendo con la muerte de su abuela materna el año anterior. "Desde siempre ha sido un niño con muchas manías, muy exigente consigo mismo y muy preocupado por todo". Hasta hace poco presentó enuresis nocturna, pero se relacionaba adecuadamente con los compañeros de clase y era buen estudiante, con media de sobresaliente. Desde que comenzó el nuevo curso, su rendimiento escolar ha bajado bastante, llegando a suspender algunas asignaturas. Del mismo modo, le cuesta relacionarse y se muestra escasamente comunicativo, debido a que tiende a desconfiar de la gente. Su autoestima también se ha visto mermada, llegando a pensar que "es un inútil porque no hace nada bien". Sin embargo, lo que más llama la atención son los numerosos rituales que realiza a lo largo del día, tales como lavarse las manos repetidamente, ordenar la ropa del armario por colores o colocar los objetos siempre de la misma forma. Tras este relato, se le recomienda a la madre que asista a una nueva consulta con su hijo para poderle entrevistar y explorar más detenidamente.

Dos semanas después, acude el paciente acompañado por su madre por presentar odinofagia, tos y expectoración desde hace dos días. Se muestra algo decaído, poco hablador y comienza a ordenar los papeles que observa encima de la mesa. A la exploración física, presenta la orofaringe hiperémica sin otros hallazgos. Se aprovecha la ocasión para preguntarle por su estado de ánimo, a lo que responde que se siente triste, decepcionado consigo mismo por no lograr sus objetivos; desea controlarlo todo para que la gente deje de pensar negativamente de él. Además, le cuesta conciliar el sueño al llevarse toda la noche imaginando que se ha podido dejar la luz encendida o la puerta abierta. Esta situación le lleva a levantarse de la cama una y otra vez sin lograr descansar. También le ocurre durante el día mientras está estudiando o en el colegio, ya que constantemente tiene que comprobar las luces, la correcta colocación de objetos y caminar evitando pisar las líneas del suelo. Es consciente de que estos rituales no tienen sentido, pero refiere que no es capaz de dejar de realizarlos.

Se solicita analítica general para descartar organicidad y se deriva al Equipo de Salud Mental de referencia para valoración. Se cita al paciente cada dos semanas para reevaluarlo.

MOTIVO DE LA CONSULTA
Infección respiratoria
Trastorno del comportamiento

JUICIO CLÍNICO
Infección respiratoria
Trastorno obsesivo-compulsivo
Síndrome depresivo
Disfunción familiar

LISTA DE PROBLEMAS
- Infección respiratoria
- Trastorno obsesivo-compulsivo
- Síndrome depresivo
- Insomnio
- Dificultad de concentración
- Baja autoestima
- Problemas académicos
- Aislamiento social

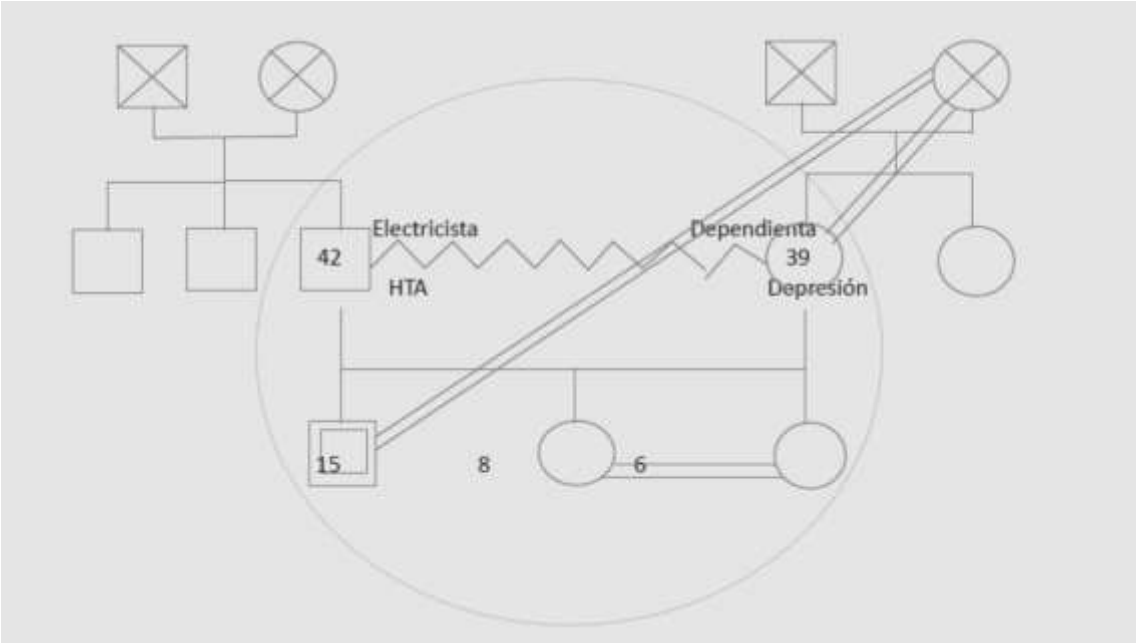
En el **ámbito académico**, está agobiado porque tiene dificultades para concentrarse y teme que esto repercuta en sus estudios. Ha suspendido varias asignaturas, lo que le hace replantearse su futuro como estudiante.

En cuanto al **ámbito social**, reconoce que presenta problemas en las relaciones interpersonales. Se siente incomprendido y juzgado por todo el mundo, por lo que no tiene amigos en la actualidad.

Por último, en el **ámbito familiar**, el paciente se muestra afectado por el fallecimiento de su abuela materna hace un año, con quien mantenía una relación muy estrecha. Desde entonces, su madre se encuentra en tratamiento por depresión y la relación entre sus padres ha empeorado, discutiendo muy a menudo. A veces piensa que él puede ser el causante de este malestar familiar, ya que siente que molesta a los demás con su comportamiento. Tiene dos hermanas pequeñas con las que no tiene confianza debido a la diferencia de edad. A veces tiene la sensación de que no está a la altura como hermano mayor por no ser un buen ejemplo a seguir.

ESTUDIO FAMILIAR

GENOGRAMA



AV1: Fallecimiento abuela materna
AV2: Problemas de relación entre los padres

El adolescente pertenece a una familia nuclear en la etapa II-B (fase de extensión) del ciclo vital. Vive con sus padres y sus dos hermanas pequeñas de 8 y 6 años, entre las que existe muy buena relación debido a la escasa diferencia de edad. Su padre, de 42 años, es electricista de profesión y padece HTA. Su madre, en cambio, tiene 39 años, es dependienta y padece depresión a raíz del fallecimiento de la abuela materna del paciente, con quien se sentía muy unida. Además, existe una relación conflictiva entre los padres motivada por las numerosas discusiones. El fallecimiento de la abuela y los conflictos entre los padres, suponen acontecimientos vitales estresantes para el adolescente, ya que también mantenía una relación estrecha con su abuela.

La red familiar se limita a los dos tíos paternos y a la tía materna, con quien la familia tiene relación cordial. Tanto los abuelos paternos como los maternos han fallecido, y ningún miembro posee amistades en la localidad.

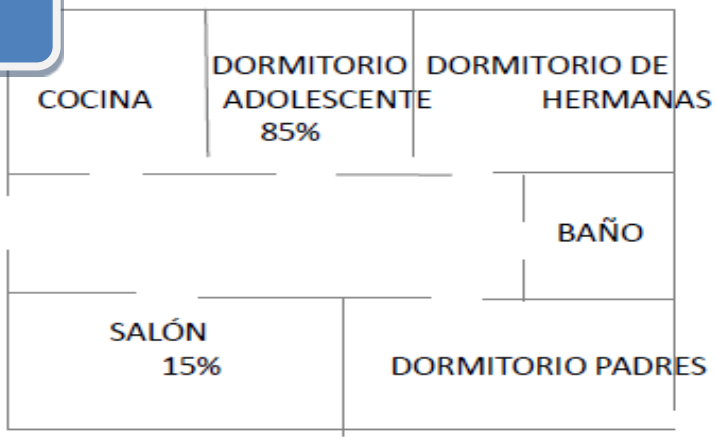
Apoyo social

Test MOS: Índice global 45 puntos: Apoyo social escaso
Nº de familiares: 4, Nº de amigos: 0
Apoyo emocional: 12 puntos
Ayuda material: 20 puntos
Relaciones sociales: 4 puntos
Apoyo afectivo: 9 puntos

ERS:
168 UCV: Puede existir algún problema de salud o de la función familiar
Muerte de un familiar cercano: 63
Mala relación con el cónyugue: 35
Cambio de actividades de ocio: 19
Cambio de actividades sociales: 18
Cambio de hábito de dormir: 17
Cambio en el número de reuniones familiares: 16

Test Apgar familiar
3 puntos:
Disfunción familiar grave

MAPA DEL HOGAR



La familia vive en un piso confortable, con buena iluminación natural y eléctrica. Existe aire acondicionado y calefacción en el salón, mientras que los dormitorios poseen ventiladores en verano y radiadores en invierno. La vivienda presenta buenas condiciones higiénicas; cuenta con un único baño, una cocina y un amplio salón donde se hace vida familiar. Los padres descansan en un dormitorio grande propio, mientras que las hermanas se ven obligadas a compartir el suyo. El adolescente tiene un dormitorio individual que le proporciona gran intimidad y en el que suele pasar el 85% del tiempo. En este espacio suele estudiar, escuchar música o jugar con el ordenador. El 15% del tiempo restante lo pasa en el salón, especialmente durante las comidas o cuando ve la televisión.

LISTA DE PROBLEMAS AMPLIADA

- Infección respiratoria
- Trastorno obsesivo-compulsivo
- Síndrome depresivo
- Insomnio
- Dificultad de concentración
- Baja autoestima
- Problemas académicos
- Aislamiento social
- **Fallecimiento de la abuela materna**
- **Problemas de relación de los padres**

SOLUCIONES Y TAREAS

- Derivación al Equipo de Salud Mental para valoración y tratamiento farmacológico y/o psicoterapéutico si procede.
- Revisiones en consulta cada 15 días para ver la evolución.
- Acudir a clases particulares de las asignaturas suspensas y realizar un plan de estudios diario consecuente a sus necesidades.
- Apuntarse a actividades de ocio de interés (deportes, teatro, música...), así como acudir a excursiones extraescolares y a actividades grupales para fomentar las relaciones interpersonales.
- Realizar reuniones familiares y actividades donde participen todos los miembros de la familia, tanto fuera como dentro de la vivienda. Mejorar la comunicación entre todos ellos expresando las preocupaciones y sentimientos, e intentando buscar soluciones.

SOLUCIONES SELECCIONADAS

- Derivación al Equipo de Salud Mental
- Revisiones en consulta cada 15 días
- Acudir a clases particulares de asignaturas suspensas
- Actividades de ocio
- Reuniones familiares

HIPÓTESIS SISTEMICA Y RESUMEN

El trastorno obsesivo-compulsivo es un trastorno de ansiedad en el que el paciente presenta obsesiones y/o compulsiones con el objetivo de prevenir o reducir la ansiedad o evitar que ocurra algún acontecimiento negativo. Estos comportamientos suelen ser excesivos y sin relación con aquello que se intenta prevenir. Casi el 90% de los casos se asocia a otros trastornos, sobre todo depresivos.

En este caso, se trata de un adolescente perfeccionista, muy exigente consigo mismo. Tiene miedo a molestar a los demás y a que piensen mal de él, por lo que no puede evitar creer que es el culpable de las discusiones entre sus padres. Su madre está en tratamiento por depresión y aún no ha superado la muerte de la abuela, por lo que se siente con la responsabilidad de cuidar de sus dos hermanas pequeñas y de ser un buen referente para ellas. Toda esta sobrecarga emocional le provoca gran ansiedad que desarrolla en forma de rituales carentes de sentido, los cuales interfieren en actividades diarias como dormir o estudiar. La obsesión por la búsqueda de una perfección imposible, unida a la falta de apoyo social, generan en el paciente tristeza, baja autoestima y consecuencias tales como fracaso escolar y aislamiento social.

Tras ser derivado al Equipo de Salud Mental, se inicia tratamiento con antidepresivo del tipo ISRS y terapia de exposición con prevención de respuesta, así como terapia cognitiva para corregir ideas erróneas. Ha precisado reajuste de la medicación en varias ocasiones, pero refiere sentirse más animado desde hace un mes. Continúan los rituales, aunque se ha reducido la frecuencia e intensidad de los mismos, permitiendo el descanso nocturno. El adolescente ha comenzado a recibir clases particulares de las asignaturas que más le costaban, logrando recuperar una de ellas. Además, se ha apuntado a clases de taekwondo, donde ha conocido a un chico con el que ha quedado en dos ocasiones. La relación con su familia, en cambio, apenas ha mostrado diferencias con respecto al inicio del seguimiento. Los padres continúan con las discusiones constantes y no se esfuerzan por fomentar la comunicación o realización de actividades conjuntas, lo que obstaculiza un mayor progreso del paciente.

11 DISMORFIA MUSCULAR EN LA ADOLESCENCIA

Eladio José Tejada García
Laura del Pilar Torres Martín

Varón de 17 años, con historia previa de asma extrínseco y obesidad. Acude a la consulta de Atención Primaria presionado por sus padres. Su madre está preocupada porque el paciente presenta desde hace 8-9 meses cambios de humor cada vez más frecuentes e intensos, lo "ven raro". En un principio pensaron que eran cambios de humor propios de la adolescencia pero en los últimos 2-3 meses ha sufrido crisis de agresividad verbal y con objetos cada vez más frecuentes, tras las cuales el paciente se siente culpable. La tutora escolar se ha puesto en contacto con los padres por detectar en el adolescente cambios en su comportamiento: aislado, mal humorado y apático. Además ha disminuido su rendimiento escolar de forma evidente, siempre ha sido un muy buen estudiante pero ha suspendido varias asignaturas.

Se trata de un paciente que acude poco a nuestra consulta, y detectamos un cambio evidente físico en él. Su madre (poca participación del paciente y su padre en la consulta) nos comenta que hace un año comenzó a acudir a un gimnasio y ha modificado sustancialmente su forma física. Al comienzo acudía al gimnasio 3-4 veces en semana, perdiendo peso y mejorando su autoestima progresivamente. Dado el sobrepeso que padecía, los padres estaban satisfechos con este cambio y lo alentaban. Desde hace unos meses "el gimnasio se ha vuelto su vida", va a diario y pasa de 3-4 horas al menos en él. Ha sido siempre un niño con pocas relaciones sociales, tímido y con muchos complejos por su sobrepeso. Ha abandonado las amistades, relacionándose más con los compañeros de gimnasio con los que acude a certámenes de culturismo y otras actividades relacionadas. Cuida mucho más su alimentación, sigue una dieta indicada por el monitor del gimnasio. Los padres reconocen que no es una dieta habitual ni equilibrada, pero no han querido intervenir en ella dado que el paciente está muy motivado y ha logrado mejorar su estado físico.

Se establece un acuerdo por ambas partes y la madre sale de la consulta. Cuando hablamos a solas con el paciente, éste se muestra más colaborador aunque con actitud defensiva. Reconoce que desde la niñez ha sido objeto de burlas por su sobrepeso. Ha comenzado a asistir al gimnasio para lograr la aprobación de los demás y cree haberlo logrado a través del ejercicio. Es muy autoexigente, y su objetivo es ganar músculos y "verse más grande", por lo que progresivamente tras perder peso con dieta, ha empezado a aumentar la cantidad de proteínas en su alimentación (complementos proteicos) y suprimir grasas. Acude a diario al gimnasio de 4-5 horas, para lo cual ha abandonado muchas de sus actividades sociales y obligaciones de su vida habitual. Reconoce que afecta a su rendimiento académico pero "vale la pena", se plantea abandonar los estudios. Se ha alejado de sus amistades previas porque "no lo entienden", "tienen celos", "siempre que salen quedan para comer o beber y yo debo cuidarme"...

Desde hace 4 meses recurre al abuso de sustancias (ciclos de anabolizantes esteroideos, insulina y otras sustancias que desconoce y que se administra regularmente). Su sueño es participar en concursos de culturismo porque piensa que "el físico es el centro de todo, abre las puertas" y "la fuerza genera respeto". Se muestra agresivo cuando insinuamos que puede que el uso de dichas sustancias sea la causante de las crisis de agresividad que sufre. Refiere que ahora es mucho más feliz y es valorado "por todo el mundo"; antes no quería salir a la calle, lloraba por cualquier motivo. Reconoce que en ocasiones consume cannabis "para relajarse", 1-2 porros al día. Desde que "se cuida" ha tenido varias relaciones con chicas pero casuales, efímeras. Reconoce arrastrar problemas de insomnio desde hace años, le cuesta concentrarse en sus obligaciones escolares y otras actividades. A pesar del esfuerzo aún no está contento con su físico, "estoy demasiado delgado", especialmente al compararse con otros compañeros del gimnasio. En ocasiones tiene episodios de "rabia interior" que le cuesta controlar y que él los explica "porque nadie me entiende". En el ámbito académico, está agobiado porque tiene dificultades para concentrarse y teme que esto repercuta en sus estudios. Ha suspendido varias asignaturas, lo que le hace replantearse su futuro como estudiante.

El paciente presenta una personalidad narcisista con pensamientos obsesivos, distorsión de la imagen corporal con nula conciencia de enfermedad provocando sentimientos negativos hacia su cuerpo, ansiedad y depresión.

Exploración física: Gran corpulencia, hipertrofia muscular llamativa. Acné facial. Peso 80 kilos, Talla 1.66 cm, IMC 29. TA 120/65. Resto de la exploración dentro de la normalidad. Se solicita analítica general para descartar organicidad.

MOTIVO DE LA CONSULTA
Trastorno del comportamiento

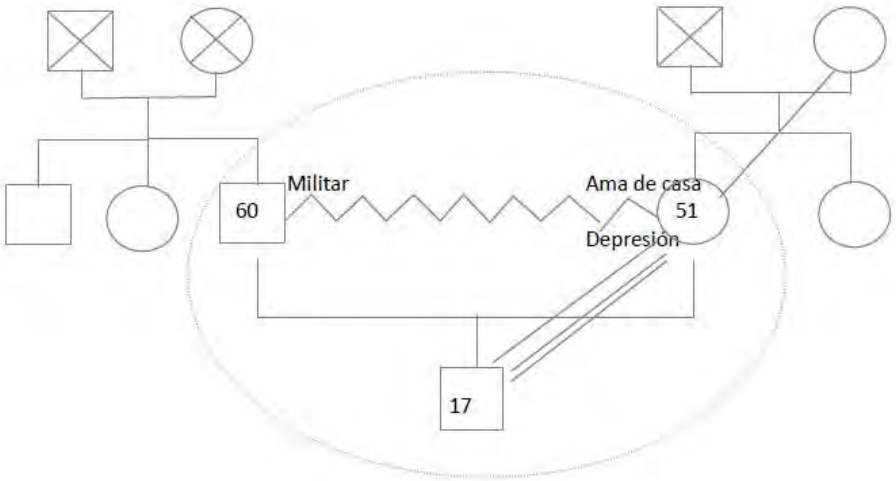
JUICIO CLÍNICO
Dismorfia muscular (Vigorexia)
Consumo tóxicos (cannabis)
Síndrome ansioso-depresivo

LISTA DE PROBLEMAS

- Baja autoestima
- Distorsión de la imagen corporal
- Consumo tóxicos
- Síndrome depresivo
- Insomnio
- Aislamiento social
- Problemas académicos

ESTUDIO FAMILIAR

GENOGRAMA



Apoyo social **Test MOS**: **61 puntos** (normal)
Test Apgar familiar 6 puntos (percepción de disfunción leve familiar)

LISTA DE PROBLEMAS AMPLIADA

- Distrofia muscular (vigorexia)
- Consumo tóxicos
- Síndrome depresivo
- Bajo rendimiento escolar
- Aislamiento social

SOLUCIONES Y TAREAS

- Ofrecemos al paciente derivación a Equipo de Salud Mental para psicoterapia y tratamiento farmacológico si procede. La familia y él prefieren seguimiento por psicólogo privado.
- Recomiendo al paciente informar a sus padres de la situación y el consumo de anabolizantes y otros tóxicos.
- Se da información de webs y teléfonos de contacto con asociaciones de Trastornos de conducta alimentaria cercanas al municipio.
- Abandonar consumo tóxicos (anabolizantes y otras sustancias, cannabis)
- Seguir dieta equilibrada.
- Se propone la búsqueda de espacios que aumenten y refuercen la comunicación familiar y la relación entre los miembros de la familia.
- Retomar contacto con amistades previas y realizar actividades sociales fuera del ámbito del gimnasio
- Ampliar su horizonte de intereses, haciéndole notar que existen muchísimas otras actividades gratificantes que no se limitan a la práctica del ejercicio físico

- Establecer plan de estudio diario y realizar clases de apoyo extraescolar si lo precisa.
- Revisiones en consulta cada 15 días para observar evolución del paciente.

HIPÓTESIS SISTEMICA Y RESUMEN

La vigorexia (complejo de Adonis o dismorfía muscular) es un trastorno caracterizado por una preocupación excesiva con la idea de no tener un cuerpo suficientemente musculoso, lo que conlleva renunciar a actividades sociales y laborales por la necesidad de ejercitarse (DSM VI). También provoca distorsión cognitiva de la imagen corporal, percibiéndose más débil de lo que realmente es, invirtiendo mucho tiempo en realizar ejercicio con abandono de sus obligaciones y actividades cotidianas. En base a los criterios DSM se incluye en los Trastornos Obsesivos Compulsivos, específicamente dentro del Trastorno Dismórfico Corporal. Se presenta principalmente en varones jóvenes (18-35 años) especialmente usuarios de gimnasios. El diagnostico de vigorexia se realiza a través de la entrevista clínica y la exploración física. También podemos apoyarnos en cuestionarios y escalas específicas, destacando el *Appearance Satisfaction Scale* (MASS), *Muscle Dysmorphia Disorder Inventory* (MDDI) y *Multidimensional Body-Self Relations*.

Se ha comprobado una actitud anómala hacia la alimentación seleccionando los alimentos por la composición y por el número de calorías y eligiendo dietas desequilibradas hiperproteicas sin grasas para aumentar la formación de masa muscular. Hay un alto riesgo de consumo de preparados hormonales tanto en forma oral como parenteral. Como consecuencia de este consumo presenta euforia, menos fatiga lo que permite un entrenamiento más continuado y vigoroso. El consumo de anabolizantes originar múltiples problemas destacando: agresividad, alteración de la libido, irritabilidad, trastornos psiquiátricos, hipertensión, problemas hepáticos (agravado por la alimentación hiperproteica), hipercolesterolemia, hipertrofia cardíaca, esguinces y fracturas, retención de líquidos, acné, problemas renales.... Además provoca disfunción eréctil, atrofia testicular, azoospermia y aumento de prevalencia del cáncer de próstata en el hombre, en la mujer virilización y trastornos menstruales. Muchos de estos productos son adquiridos en circuitos ilegales con el riesgo añadido que conlleva. El ejercicio se prolonga varias horas al día, por lo que las endorfinas se elevan, proporcionando sensación de bienestar. El gimnasio se convierte en la segunda casa del vigoréxico. Al final, sus intereses se limitan a lo que su alimentación, ejercicio, vitaminas y preparados hormonales con el abandonado de sus obligaciones familiares, sociales y profesionales.

La sintomatología de la Dismorfia Muscular y las consecuencias clínicas del abuso de anabolizantes que suele acompañarla, son poco conocidas y por ello es infradiagnosticada en nuestro medio. La considerable extensión de los trastornos relacionados con la imagen corporal y los hábitos alimentarios hace necesario una focalización de la atención en trastornos nuevos y emergentes como la vigorexia. Aún existe gran desconocimiento y poca experiencia clínica y terapéutica sobre esta enfermedad a pesar de que su prevalencia está en aumento.

Actualmente el paciente acude a nuestra consulta de forma semestral. En estas revisiones el paciente y su familia nos informan de su evolución y aporta informes elaborados por psicólogo privado. No acude al gimnasio, ha cambiado dicha actividad por la práctica de balonmano tres veces en semana. Sigue una dieta equilibrada y niega el consumo de anabolizantes y tóxicos. Ha retomado amistades previas que compagina con nuevas amistades. Su rendimiento escolar ha mejorado. Dentro del ámbito familiar, según nos indican los padres, la convivencia ha mejorado sustancialmente.

12 ENFOQUE FAMILIAR DE UN CASO DE DISFORIA DE GÉNERO

Natalia Zafra Ramírez
Enrique Molina Hurtado
Alejandro Pérez Milena

La paciente es una mujer adolescente de 14 años, que cursa estudios de Educación Secundaria Obligatoria. Recientemente ha pasado de la consulta de pediatría a la de medicina familiar. Acude la madre sola solicitando una nueva derivación a Endocrinología para valoración hormonal.

Según refiere, su hija desde recién nacida era muy irritable y dormía mal. Desde la entrada al colegio presenta alteraciones de conducta (tricotilomanía, balanceos, hiporexia, insomnio, inestabilidad emocional, amenazas autolesivas…) junto a un carácter agresivo en el ámbito familiar y escolar. Se niega a acudir al centro educativo porque dice que "se meten conmigo". La madre comenta que desobedece al profesorado, con conductas disruptivas y mala relación con compañeros, mostrando ausencia de motivación para estudiar. En casa rompe objetos, insulta a la madre e incluso realiza intentos de agresión física. Ha sido valorada por psicólogos privados y por neurólogo infantil. La siguen en Unidad de Salud Mental Infantil (USMI) desde que tenía 5 años, actualmente en tratamiento psicoeducativo y farmacológico (aripiprazol 1 mg/24h y mirtazapina 15 mg/24h). Ha sido diagnosticada de trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH), de trastorno del espectro autista (TEA) y de trastorno negativista desafiante.

Cuando es valorada en consulta, la exploración física no aporta ninguna anomalía como en ocasiones previas, con un índice de masa corporal de 17 y valores analíticos normales incluyendo perfil hormonal y citogenético (46XX) (figura 1). Tiene RMN craneal y EEG normales. WISC_IV (Coeficiente intelectual 85). Cuestionario de Depresión Infantil positivo (22 puntos) y Escala de Ideación suicida positiva relacionada con momentos de estrés. Se ha realizado cortes en brazos con cuchillas, y se coloca piercing sin correctas medidas de asepsia.

Figura 1. Perfil citogenético de la paciente.

En consulta muestra una actitud negativista, oposicionista, agresiva e impulsiva. Las pocas veces que viene con la madre a consulta se muestra distante, con mirada al suelo pero colaboradora. Sonríe cuando se le llama por su nuevo nombre (de chico). En una de las visitas a su anterior pediatra, comienza a expresar que le gustaría ser un chico. Desde entonces viste físicamente como tal. Según la madre en ocasiones se ha llegado a cortar el pelo ella sola. Han

contactado con la Asociación Chrysallis (familias de menores transexuales). Actualmente en proceso multidisciplinar para cambio de sexo (ha acudido a un médico privado para iniciar tratamiento con testosterona IM mensual y programar una mastectomía bilateral).

MOTIVO DE LA CONSULTA
Consulta administrativa

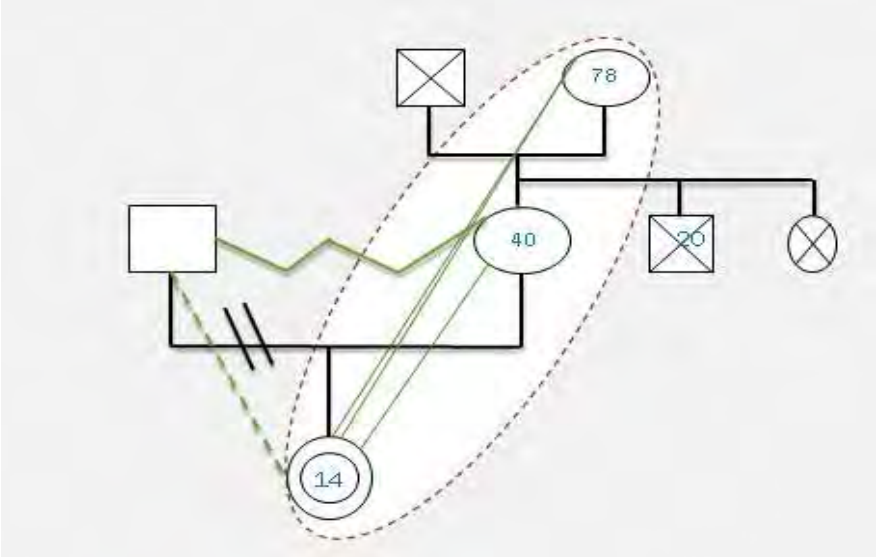
JUICIO CLÍNICO
Trastorno de déficit de atención e hiperactividad
Trastorno del espectro autista
Trastorno negativista desafiante

LISTA DE PROBLEMAS

- Alteraciones de la conducta
- Distorsión de la imagen corporal
- Violencia escolar y familiar
- Fracaso académico
- Ansiedad y riesgo de autolisis

ESTUDIO FAMILIAR

GENOGRAMA



El genograma muestra una familia monoparental por la separación de los padres, con parientes cercanos en estadio IIA (extensión). La adolescente vive con su madre y su abuela materna, con las que tiene una estrecha unión y un gran apoyo afectivo pese a los constantes conflictos que genera en el hogar. Con el padre, que vive fuera de la ciudad, la relación es distante. No tiene apoyos sociales. Un tío materno se suicidó con 20 años, y una tía materna falleció en un psiquiátrico. Lo recursos económicos con los que cuentan son bajos (viven de las pensiones).

- La separación de los padres hace años y la mala relación entre éstos condicionan el distanciamiento paternal hacia el adolecente.
- Por otro lado, pese a sus conductas de violencia y desobeciencia, encuentra como únicos apoyos a madre y abuela, lo que hace que a veces la relación familiar se convierta en un “ni contigo ni sin ti”.

Apoyo social
Test MOS: **32 puntos**
Apoyo social insuficiente

Test Apgar familiar
4 puntos: Indica una percepción de disfunción leve familiar.

LISTA DE PROBLEMAS AMPLIADA

Disforia de género (F64 de DSM-V) en la adolescencia temprana
Impulsividad que le lleva a autolesionarse físicamente.
Agresividad en entorno familiar
Dificultad para las relaciones sociales
Fracaso escolar

SOLUCIONES Y TAREAS

Lista de soluciones a los problemas
-Abordaje biopsicosocial y atención longitudinal.
-Tratamiento psicoeducativo y ajuste farmacológico.
-Compromisos para la nueva orientación sexual (cambio de nombre y de identidad sexual, aceptado por la familia y su entorno).
-Se propone cambio de instituto e integración en grupos de apoyo escolar.
-Reforzar sus actividades de ocio, como su pasión por los animales.

Tareas a cumplimentar
-Eliminar las autolesiones, puesto que ha de llegar a la cirugía de mamas en las condiciones de salud más óptimas
-Acudir a las clases académicas, aunque en principio sólo sea como oyente
-Planificar su colaboración en las tareas del hogar para reforzar la relación con madre y abuela

Hipótesis sistémica y resumen
Es fundamental el apoyo y la orientación al menor en su etapa de adolescencia hasta la mayoría de edad cuando se tiene una identidad sexual sentida y vivenciada no correspondida con el sorteo genético de la asignación sexual, como ocurría en este caso. Las alteraciones de conducta entrarían en este contexto de conflicto interno de identidad, por lo que es fundamental un compromiso tanto familiar como profesional de cercanía y de comprensión y que el adolescente no se sienta solo en este reto. Esto requiere un trabajo multidisciplinar altamente complejo. Por un lado la familia ha de adaptarse al nuevo cambio de identidad tanto físico como psíquico, aprendiendo a satisfacer las nuevas necesidades y a ofrecer el tipo de ayuda que requiera en cada momento. La Atención Primaria será el ámbito ideal para el médico de familia pueda llevar a cabo el seguimiento y la atención que en el ámbito personal y sociofamiliar un adolescente en estas circunstancias requiere. En ocasiones será un abordaje extenso y de gran complejidad, pero siempre individualizado.

Evolución, resultados terapéuticos

Aunque todavía hay mucho que conseguir, ha mejorado conductualmente, logrando reducir su nivel de agresividad y de impulsividad en el medio familiar. Refiere que duerme mejor y tiene buen apetito. Está en seguimiento por Endocrinología para continuar tratamiento hormonal y a la espera de la cirugía estética. Se prevé que el proceso de cambio de sexo será tedioso y complejo pero se conseguirá mejorar los problemas de comportamiento, resolviendo la disfunción familiar, la inestabilidad emocional del adolescente y su rendimiento académico.

13 ANSIEDAD Y AGRESIVIDAD EN UNA FAMILIA DESESTRUCTURADA

Leticia Simão Aiex
Natalia Zafra Ramírez
Alejandro Pérez Milena

Hombre 16 años (adolescencia media)
Nivel de estudios: primer curso de ciclo formativo de peluquería.

Varón de 16 años de edad, sin antecedentes personales de interés ni alergias medicamentosas conocidas, que acude a consulta de Atención Primaria acompañado de su tía materna. Desde hace dos meses vive con ella y su abuela, con quien ha tenido una discusión con un cuadro de ansiedad reactiva y un intento autolítico (sube a la azotea con intención de tirarse). Esto ha ocurrido con frecuencia en las últimas semanas, objetivándose una agresividad excesiva y tendencia a autolesionarse. Refiere que desde hace tiempo presenta problemas de insomnio de mantenimiento y falta de concentración en los estudios con conductas disruptivas por las que ha sido expulsado del centro escolar (estudia primer curso de ciclo formativo de peluquería con mal rendimiento académico). El adolescente es conocido desde los 12 años cuando entró en primero de ESO y solicitó ayuda al médico de Forma Joven en el instituto, refiriendo problemas de insomnio e hiperactividad. Previamente, desde los 8-10 años acudió en diversas ocasiones al servicio de urgencias por cuadros similares de ansiedad en el contexto de discusiones familiares. No desean ser tratados en Atención Primaria y la tía solicita una valoración por salud mental, cita a la que finalmente no acude.

Varias semanas después acude la madre por ansiedad muy intensa, pérdida de peso de 8 kilogramos en los últimos meses, insomnio y síntomas depresivos. Ha tenido que dejar el trabajo como limpiadora porque no puede realizarlo por el temblor. En la exploración se aprecia delgadez extrema (IMC<16) con bocio palpable, encontrando un hipertiroidismo en la analítica solicitada e iniciando tratamiento con tiamazol.

En una cita programada, mientras espera cita con Endocrinología, acude con su hijo. Nos indica mejoría clínica, pero comenta que su hijo se encuentra peor. Durante la entrevista comenta como problemas principales el maltrato que sufren por parte de su marido, de tipo verbal, desde hace muchos años, quien tiene un alto consumo de alcohol y no acepta la condición homosexual del adolescente (desconocida hasta ese momento por los profesionales sanitarios). La madre es quien habla durante la consulta mientras que el adolescente permanece en silencio y distante en consulta, atento pero poco colaborador.

En una segunda consulta programada se realiza una exploración física, siendo anodina. La consulta se desarrolla con un discurso correcto, pero el adolescente expresa nerviosismo extremo en casa y en el centro escolar, con falta de control de impulsos que le provoca tendencia a gritar, insultar, tirar cosas… Se le propone tratamiento con citalopram 10mg/24h y alprazolam 1mg/12h. Se le oferta un seguimiento mediante consultas programadas en el Centro de Salud, tanto de forma individual como conjunta con su madre cada 15 días. Se propone registro de pensamientos negativos y terapia familiar breve, que no llega a realizar por falta de estabilidad emocional. También se realiza un seguimiento interdisciplinar junto al trabajador social del centro de salud y al orientador del instituto, mientras es valorado al mismo tiempo en Salud Mental.

.

MOTIVO DE LA CONSULTA
Ansiedad

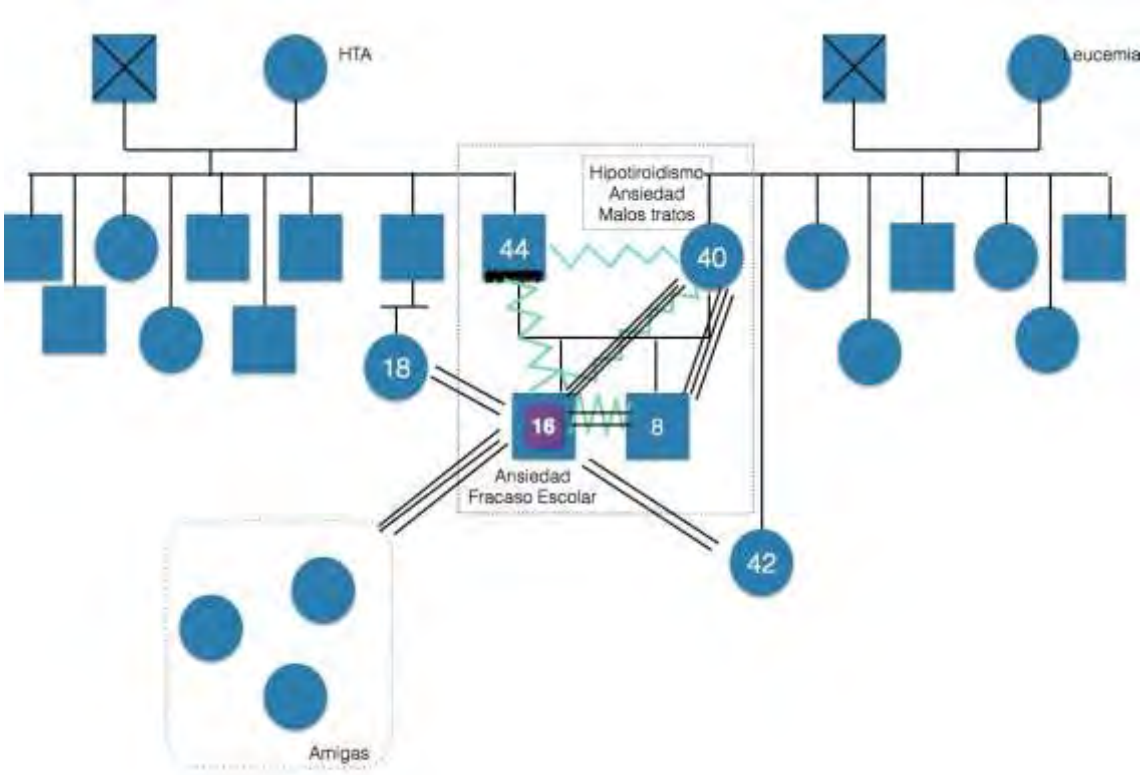
JUICIO CLÍNICO
Ansiedad generalizada
Fracaso escolar

LISTA DE PROBLEMAS

- Intentos autolíticos
- Conducta disruptiva en centro formativo.
- Fracaso escolar
- Alteraciones de la conducta.
- Entorno familiar violento.
- Pobre relación con los padres y hermano

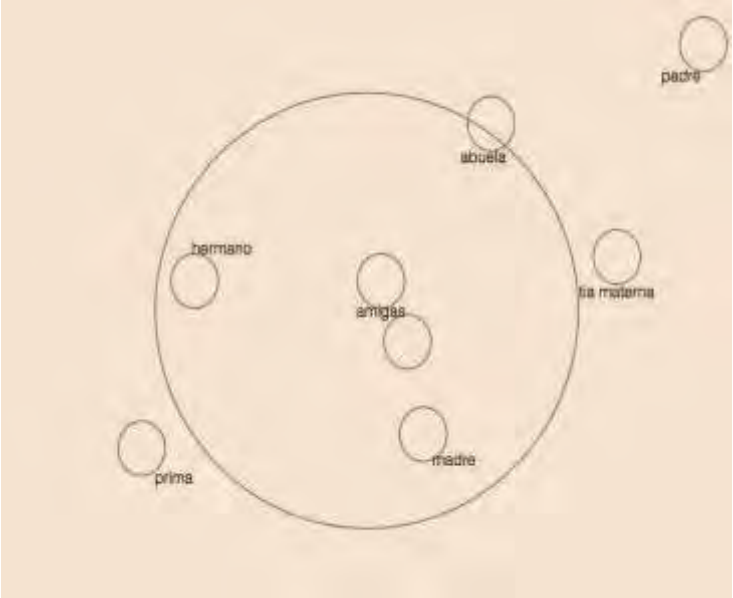
ESTUDIO FAMILIAR

GENOGRAMA



El adolescente vive en una familia nuclear, en fase III del ciclo familiar, compuesta por los padres de 44 y 40 años, que tienen mala relación entre ellos, y un hermano de 8 años de edad, al que le quiere mucho pero que tienen una relación conflictiva. Padre alcohólico, en paro, maltratador psicológico de la madre y del propio paciente. Los recursos económicos de la familia son mínimos. Vive entre la casa de su abuela y tía maternas y la casa de sus padres. El apoyo afectivo lo encuentra en su madre, algo menos en su tía materna y prima paterna. Se siente muy unido a sus amigas, con las que siente que puede contar para expresar sus sentimientos. Refiere poca relación con el resto de tíos tanto paternos como maternos Poco apoyo económico

Modelo de círculos



Muy unido a sus amigas, y en segundo lugar a su madre y hermano. La abuela sería el tercer elemento de apoyo en su vida. Otros familiares quedan excluidos, sobre todo el padre, quien ocupa la posición más lejana.

En esta consulta se comenta su consumo de cannabis, en fin de semana y compartido con sus amigas.

Test Apgar Familiar de Smilkstein	Escala de reajuste social de Holmes y Rahe	Cuestionario MOS de apoyo social
2 puntos Necesidad de Apoyo Inmediato. Disfunción familiar grave	**440 UCV** Problema de Función Familiar + Problema Psicosocial	**61 puntos** Buena percepción de apoyo social (26 amigos 3 familiares) ▪ Emocional - 24 puntos ▪ Instrumental - 13 puntos ▪ Interacción social - 14 puntos ▪ Apoyo afectivo - 10 puntos

LISTA DE PROBLEMAS AMPLIADA

Alteraciones de la conducta.
Disfunción familiar: Entorno familiar violento y relación conflictiva con el padre.
Familia de alto riesgo social
Conducta impulsiva y dificultad en relaciones sociales.
Fracaso escolar
Consumo de cannabis.

SOLUCIONES Y TAREAS

- Se ofrece al paciente derivación a Equipo de Salud Mental para psicoterapia y tratamiento farmacológico si procede. La madre y él prefieren seguimiento por psicólogo privado.
- Se recomienda dejar el consumo de cannabis, aunque se encuentra en estadio de precontemplación.
- Refiere necesitar dormir, porque continua con insomnio, para lo que se le ofrece una dieta equilibrada y se le propone realizar actividad física.
- Se propone la búsqueda de espacios que aumenten y refuercen la comunicación familiar y la relación entre los miembros de la familia.
- Retomar contacto con amistades previas y realizar actividades sociales fuera del domicilio de los padres.
- Ampliar su horizonte de intereses, haciéndole notar que existen muchísimas otras actividades gratificantes que no se limitan a la práctica del ejercicio físico
- Establecer plan de estudio diario y realizar clases de apoyo extraescolar si lo precisa.
- Revisiones en consulta cada 15 días para observar evolución del paciente.

Tareas a cumplimentar

- Actividades de colaboración en el hogar
- Mejorar relaciones personales del adolescente con el resto de su familia
- Control de conducta agresiva
- Controles mediante citas programadas en consulta para comentar la evolución

El adolescente no llega a ver su conducta como realmente problemática, excepto algunos comportamientos impulsivos que presenta principalmente durante las discusiones y afrontamientos familiares. Se empieza tratando a los problemas maternos, y poco a poco el adolescente empieza a aceptar su problemática, sin embargo sólo acude a las consultas programadas conjuntas con su madre, habiendo faltado a todas las citas individuales. Se realiza seguimiento programado y a demanda, principalmente de la madre, lo cual además de ayudarla también puede servir para intentar restablecer algún tipo de armonía familiar. Tras una discusión y agresión del marido hacia su mujer esta acude a centro sanitario donde se le aconseja que denuncie su marido. Así lo hace y después de intensa reflexión decide separarse legalmente de este. Esta actitud ha permitido que hubiese un ambiente de mayor tranquilidad en el hogar familiar.

HIPÓTESIS SISTEMICA Y RESUMEN

La madre demanda ayuda para solucionar sus problemas y los de su hijo, para así intentar ordenar sus vidas y la del resto de la familia. Se trata de una familia nuclear desestructurada por los problemas de violencia doméstica que sufren a manos del cabeza de familia. Hay un escaso apoyo social y una desestructuración de los roles: la madre no consigue realmente su autoridad sobre su hijo, hecho que se puede detectar incluso en la actitud de este de irse a vivir con su abuela y tía maternas.

Además el adolescente ha perdido, el referente paterno, que por su comportamiento y actitudes, conductas agresivas (violencia familiar - peleas constantes; agresiones verbales e incluso físicas a la madre) y no aceptación de la condición sexual de su hijo, se ha convertido en una figura patológica que solo consigue generar conflictos dentro del seno familiar.

Los valores de la escala de reajuste social que indican disfunción familiar grave pueden haberse visto agravados por el escaso apoyo familiar tanto económico como emocional recibido por la madre, que cuenta con el apoyo de una hermana y una sobrina.

Todo ello podría justificar en parte y ayudar a comprender la actitud rebelde y problemática del adolescente. Teniendo estos y otros hechos presentes sería importante ayudarle al adolescente a que reflexionara sobre sus actitudes y comportamientos.

Aún con todos estos datos no es posible realizar una evaluación cerrada del caso, sino que hay que valorar y seguir los futuros cambios que puedan ocurrir en el seno familiar. Además, el seguimiento es muy difícil ya que el adolescente falta frecuentemente a las consultas programadas. Sin embargo, ya se pueden apreciar algunos cambios puntuales:

- La decisión de la madre de separarse de su marido y denunciar violencia familiar. Eso favorece el cese de la violencia en el hogar familiar y la "desaparición" de esta figura patológica que representa el padre al adolescente. Y pese que a raíz de ello la comunicación en casa sea mínima, evita conflictos y enfrentamientos constantes.
- Disminución de la ansiedad y conductas agresivas, sin embargo, con recaídas puntuales.
- Mayor adherencia al tratamiento aunque con poca respuesta.
- Colaboración con los servicios sociales para mejorar apoyo de la madre.
- Acuerdos en cuanto a estudios y tareas del hogar.

14 QUIERO UN TEST DE TÓXICOS PARA MI HIJO

Sara Palenzuela Paniagua
Johanna Noemí Rivero Colina

Se presenta el caso clínico de un chico de 19 años que llevamos viendo en consulta desde los 14 años. Cada cierto tiempo acude la madre en solitario para solicitar una petición de analítica de tóxicos en orina. Lo justifica indicando que lo quiere para comprobar que no fuma cannabis. Hemos explicado en varias ocasiones que un test de tóxicos en orina nos mostrará un consumo puntual pero puede ser negativo si en los días previos no ha consumido y que, además, el paciente tiene que estar de acuerdo en realizarse el test. Hemos intentado razonar en varias ocasiones que la falta de comunicación y los diferentes problemas que tienen en el seno de la familia no pueden ser sustituidos por los test. Aun así sigue intentando que accedamos a hacerle analíticas de orina cada mes. Su madre le ha llevado en alguna ocasión al centro de drogodependencias pero no quiere volver a ir pues "eso es para drogadictos".

En las entrevistas en solitario, el paciente nos confirma que comenzó a fumar cannabis en verano de 2013 (15 años), al juntarse con un chico que lo consumía y dejando de lado a sus amigos de siempre. Actualmente incluso fuma en su dormitorio "para relajarse" con conocimiento de la madre. Intentamos hacer una educación en promoción de la salud para que deje de consumir dicho tóxicos y nos confirma que hay algunos periodos en los que no lo consume.

MOTIVO DE LA CONSULTA
Consumo de tóxicos (Cannabis)

JUICIO CLÍNICO
Disfunción familiar

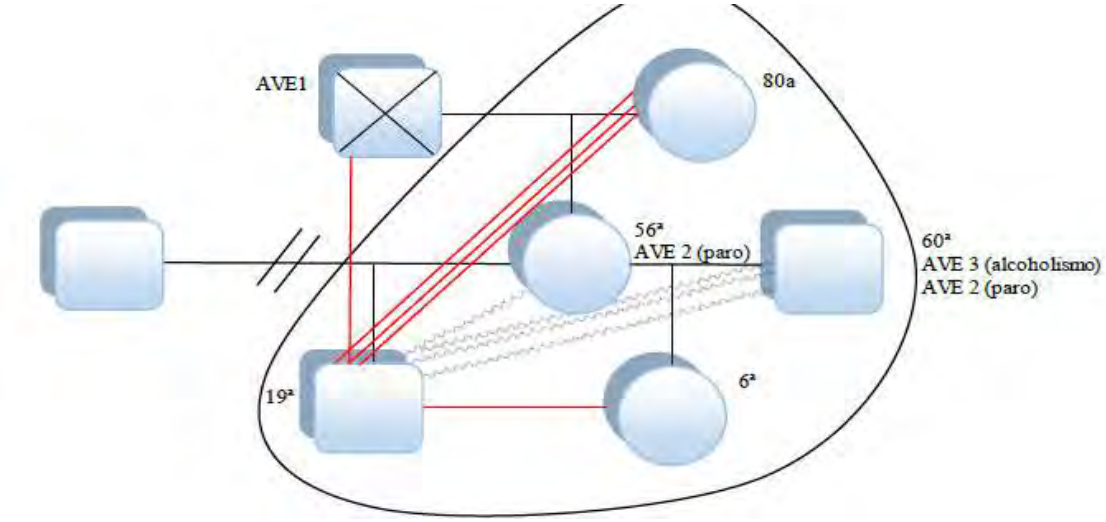
LISTA DE PROBLEMAS
- Problemas familiares
- Falta de madurez
- Consumo de tóxicos
- Falta de responsabilidad

En el ámbito escolar, estudió hasta 1º de bachillerato. Durante los años de primaria tenía algunas dificultades pues le costaba razonar pero logró ir aprobando los cursos. Su comportamiento en clase y en casa fue bueno. Dejó de estudiar e intentó realizar un módulo de educación física pero no le acababa de gustar y finalmente lo acabó abandonando después de 5 meses sin haber aprobado ninguna asignatura. Actualmente no estudia ni está buscando trabajo. No presenta alteración del sueño. El apetito está conservado. Desde Salud mental dan el diagnóstico de coeficiente intelectual límite y rasgos ansiosos. Se informa a la familia y se dan los recursos de apoyo de la zona básica de salud.

Test de inteligencia WAIS de Wechsler	Valor límite Comprensión verbal 78 (bajo), razonamiento perceptivo 77 (bajo), memoria de trabajo 85 (bajo), velocidad de procesamiento 86 (bajo), cociente intelectual total 75 (bajo), índice de capacidad general 74 (bajo)
Test de inteligencia de Raven	Percentil 5
Inventario clínico para adolescentes de Millon (test MACI)	Tendencia limite, rasgos ansiosos

ESTUDIO FAMILIAR

GENOGRAMA



El adolescente vive en una familia reconstituida con ciclo vital desestructurado de nivel sociocultural bajo. El padre desapareció cuando él tenía dos años y siempre ha vivido con sus abuelos maternos pues su madre no podía hacerse cargo de él. Cuando cumplió 9 años, fallece el abuelo (AVE1), con el que tenía muy buena relación. Es entonces cuando su madre, una nueva pareja y la hija de ambos de año y medio se van a vivir a casa de los abuelos maternos. Es en este momento cuando la madre quiere volver a retomar la educación del hijo ocasionando muchos enfrentamientos con la abuela y con él. Tanto la madre como la pareja de ésta trabajan de forma ocasional pero nada de forma continua y pasan mucho tiempo desempleados (AVE2). Él no reconoce la autoridad ni de la madre ni de la pareja y quiere que estos se vayan de la casa. Ha tenido varios enfrentamientos pues cuando la madre le niega algo, la abuela se lo concede. Ha realizado pequeños hurtos al resto de familiares (incluso en la hucha de la hermana).

La relación con la abuela y con la hermana (6 años) es muy buena. La pareja de la madre es bebedor (AVE3) y en ocasiones se vuelve agresivo, e incluso ha llegado a tener alguna agresión física que fue denunciada por el paciente. Menciona comentarios como “si tu marido es un borracho, por qué no voy a poder yo fumar?”. Con la madre no se lleva muy bien aunque la defiende si su pareja le grita o insulta. La madre se siente menospreciada por la abuela pues le quita toda la autoridad frente al chico. En las entrevistas destaca una gran falta de madurez por parte del paciente con sonrisas y risas injustificadas y banalización de los problemas. La abuela quiere ayudar y conoce el problema de tóxicos pero no puede evitar la sobreprotección aunque tenga que enfrentarse con su hija. No tiene otros familiares cercanos. Tiene muchas amistades y alguna novia ocasional por temporadas. Se relaciona bien con sus iguales.

Test Apgar familiar

2 puntos (percepción de disfunción familiar grave)

Apoyo social

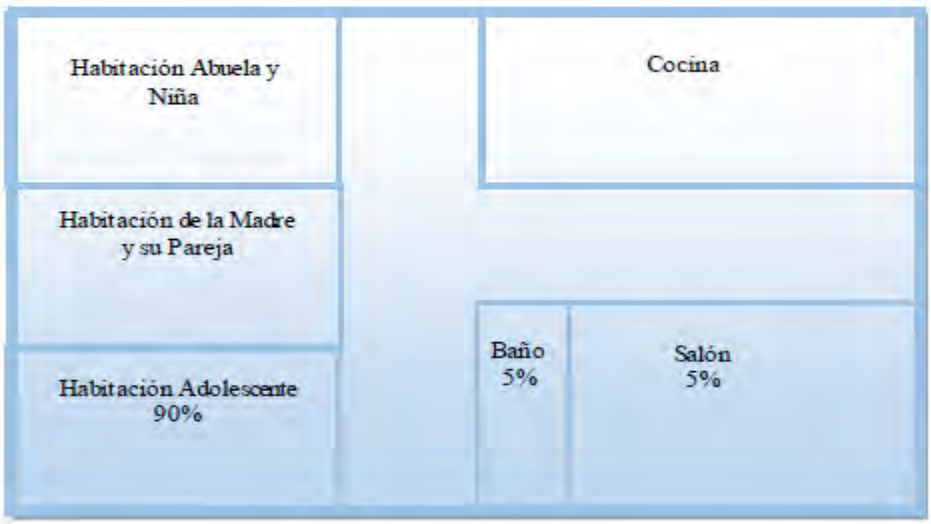
Test MOS:

- Apoyo social: 47 puntos
- Apoyo emocional: 16
- Apoyo material: 16
- Relaciones sociales: 10
- Apoyo afectivo: 5

Escala de Reajuste Social: 143 UCV

- Finalización estudios: 26
- Cambio condiciones de vida: 25
- Drogadicción: 44
- Desempleo: 47

MAPA DEL HOGAR



La casa es amplia. Tiene buenas condiciones sanitarias y correcta iluminación. El paciente permanece el 90% del tiempo del tiempo en su habitación, 5% en el salón y 5% en el baño. Cree que tiene un espacio amplio y bien delimitado. No cree que la vivienda necesite cambios. Le gustaría tener mayor intimidad pues la madre accede a su cuarto en busca de tóxicos. La madre ha puesto candados en la puerta del dormitorio principal para evitar que le desaparezca dinero. La abuela se encarga de todas las tareas del hogar con algo de ayuda por parte de la madre. En ocasiones reciben ayuda (alimentos) por parte de la iglesia del barrio.

LISTA DE PROBLEMAS AMPLIADA

Familia disfuncional
Falta de madurez
Consumo de tóxicos
Falta de responsabilidad
Fracaso escolar
Hurtos
CI límite
Rasgos ansiosos

SOLUCIONES Y TAREAS

Se consensuan con el adolescente, la madre y la abuela los problemas encontrados y se le da un tiempo para que proponga soluciones.

1. Se deriva a Salud Mental por sospecha de retraso madurativo.
2. Se dan opciones para realizar otros módulos de formación profesional.
3. Hablar con los tutores del centro educativo sobre sus conductas de riesgo para intentar un seguimiento estrecho.
4. Citar de manera individual a la madre y a la abuela para tratar los problemas existentes.
5. Abordar con el paciente el abandono de los hábitos tóxicos, al mismo tiempo que incidir en la necesidad de ser un modelo para su hermana.
6. Plantear la propuesta de actividades para mejorar sus hábitos de vida y minimizar situaciones de riesgo (embarazo no deseados, ETS, conducción bajo efectos de tóxicos…).

HIPÓTESIS SISTEMICA Y RESUMEN

La paciente es un adolescente de 19 años no maduro en una familia desestructurada con falta de autoridad manifiesta. Con malas relaciones interpersonales. Abandono de los estudios y falta de motivación para trabajar.

Tras la intervención de años los resultados obtenidos han sido favorables aunque la madre continua solicitando test de drogas en orina aún habiéndose normalizado el consumo de cannabis en el domicilio familiar. Las relaciones familiares siguen mal pero la madre está pensando en el abandono del hogar junto con su pareja y la hija de ambos, quedándose el adolescente bajo la tutela de la abuela.

Está haciendo un módulo educativo donde está bastante apoyado por los tutores y son conocedores del problema de tóxicos. Ha conocido a una chica de forma más estable que no consume tóxicos y usa métodos anticonceptivos.

Se decide valorar periódicamente cada una de las tareas a realizar y valorar el progreso obtenido y consecución de objetivos propuestos. De este modo podemos corregir aquellas actitudes y reforzar las que se vayan consiguiendo. En todo momento hacemos un control sobre los síntomas, emociones y actitudes del adolescente ante cada una de las tareas realizadas, indagando dificultades y emitiendo refuerzos positivos.