

Atención integral al adolescente.

Casos clínicos

Alejandro Pérez Milena, Idoia Jiménez Pulido.

grupo de estudio
del Adolescente



2014



grupo de estudio
del Adolescente



ATENCIÓN INTEGRAL AL ADOLESCENTE. Casos clínicos 2014.

Coordinadores:

- Alejandro Pérez Milena
- Idoia Jiménez Pulido

© 2014 **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.

ISBN-10

84-697-0022-7

ISBN-13

978-84-697-0022-8

ÍNDICE

	Introducción	1
	La adolescencia como un activo para la salud	2
	<i>Mariano Hernán García</i>	
Caso nº 1	Cefalea en una estudiante universitaria	6
	<i>Cristina Morales Prieto</i>	
Caso nº 2	Una adolescente embarazada	10
	<i>María del Carmen Merino Jiménez</i>	
Caso nº 3	Problemas con la alimentación	14
	<i>María Barbosa Cortes, Arturo Hidalgo Berutich</i>	
Caso nº 4	Absentismo escolar. Un problema frecuente en el adolescente de hoy ...	18
	<i>Cristina Sofía Rodríguez Ortega</i>	
Caso nº 5	Amistades peligrosas (para consumir cannabis)	23
	<i>Carolina Aranda Sola</i>	
Caso nº 6	Cuando no se sabe en qué habitación comer	27
	<i>María de la Villa Juárez Jiménez, Araceli Ramírez Picó</i>	
Caso nº 7	Acoso escolar en la adolescencia	32
	<i>Mª Ángeles Moreno Fontiveros, Mª José Martínez Vera</i>	
Caso nº 8	Adolescente con conductas de riesgo	35
	<i>Juana María Morales Cortés</i>	
Caso nº 9	Problemas judiciales en la adolescencia	39
	<i>Marta Muñoz Puentes</i>	
Caso nº 10	Conflictos familiares en la adolescencia	43
	<i>Eva Jiménez Ruiz</i>	
Caso nº 11	Duelo en un adolescente	47
	<i>Inmaculada Martos Bares</i>	
Caso nº 12	Enfermedad de Hodgkin en un adolescente de 16 años	51
	<i>Julia Ferreira Rebelo</i>	
Caso nº 13	Fracaso escolar en una adolescente acosada	55
	<i>Silvia Romero Morilla</i>	
Caso nº 14	Un adolescente muy estresado	59
	<i>María Demelza Olivencia Carrión</i>	
Caso nº 15	Duelo en la adolescencia	63
	<i>Consuelo Añón Barbudo, Carlos Recio Añón</i>	
Caso nº 16	Acné, alopecia y muchas más cosas	66
	<i>Blas Moreno Moreno</i>	
Caso nº 17	Astenia en una adolescente preuniversitaria	69
	<i>Sonia Torrecillas Almansa</i>	
Caso nº 18	Embarazo en una adolescente con pareja gitana	73
	<i>María Victoria Martínez Prieto</i>	
Caso nº 19	Somatización en una adolescente	76
	<i>Sara Palenzuela Paniagua</i>	
Caso nº 20	Un adolescente hipocondríaco	80
	<i>Mª José Martínez Vera, Mª Ángeles Moreno Fontiveros</i>	

INTRODUCCIÓN

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

Ofrecemos de nuevo el trabajo clínico diario de médicos y médicas de familia en la atención a adolescentes desde la consulta de Atención Primaria. Se trata de una labor habitual para la que se dispone de una serie de valiosas herramientas diagnósticas que, en ocasiones, pueden llegar a ser terapéuticas por sí mismas. El genograma valora la estructura, el ciclo vital familiar y las relaciones que se establecen; el mapa del hogar permite conocer la distribución de espacios dentro del hogar y la circulación del adolescente por los mismos; el modelo de círculos facilita la puesta sobre la mesa de las relaciones con las personas que rodean al adolescente. Junto a estas herramientas, otros cuestionarios empleados permiten realizar una atención integral al adolescente y a su familia, logrando en cada caso una mirada biopsicosocial en la elaboración de la lista de problemas. Es la misma mirada que el profesor Mariano Hernán realiza en el siguiente capítulo: un adolescente en constante cambio del que todos podemos aprender.

La Medicina de Familia oferta una atención integral e integrada, accesible para adolescentes y sus familias. Esto permite el asesoramiento anticipado de problemas que pueden causar patologías en los jóvenes o en su entorno familiar. No solo la consecución del listado de problemas se plantea como un reto diagnóstico diferente de la clásica atención biomédica, sino que la forma de tratarlos hace que el adolescente pase a ocupar el puesto principal. Cada caso clínico nos trae un problema real con unas soluciones que trascienden lo farmacológico y se centran en la resolución de problemas mediante la realización de tareas. En estas tareas el adolescente es el responsable de su elección y su posterior desarrollo, siendo su familia y el médico de familia quienes velan por su cumplimiento y facilitan el cambio que estas acciones llevan a cabo en el adolescente.

Por tanto, tenemos de nuevo una invitación para actuar de forma integral con los adolescentes, no sólo con los que tienen patologías graves sino con todos los que necesiten un consejo médico. Desde el grupo de estudio del adolescente de SAMFyC queremos agradecer a todos los médicos y médicas de familia que han participado con sus casos clínicos, exponiendo tanto la dificultad del trabajo diario en Atención Primaria como la satisfacción por desarrollar un trabajo que puede facilitar salud en la población adolescente.

LA ADOLESCENCIA COMO UN ACTIVO PARA LA SALUD

Mariano Hernán García

Profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública

Vocal asesor del Consejo Andaluz de Asuntos de Menores

En nuestra cultura entendemos la adolescencia como una etapa de la vida en la que la identidad personal adquiere un papel relevante y se pone de manifiesto el interés por el grupo de iguales o la tribu como forma de integración, diferenciación u oposición al mundo adulto.

Una persona en la adolescencia es capaz de hacer operaciones formales y disponer de todos los rudimentos necesarios para tener pensamiento científico: proceso-producto, hipótesis, probabilidad y disociación de factores.

Algún autor ha representado a la persona en la adolescencia pedaleando con cuerpo fuerte y nuevo, pero en una bicicleta sin manillar, en un entorno repleto de normas y límites.

La vida afectiva y la sexual que nace a la adultez se conformarán socialmente en la adolescencia y perdurarán en los próximos años. Esa vida se acopla con altibajos al grupo de referencia que potencia las virtudes, consecuencias y complejidad de tener *amistades y amores*.

La contención no es el punto fuerte de las personas en la adolescencia. La lucha diaria entre la subordinación y la autonomía es una notable y evidente fuente de conflictos. En un contexto de vida donde hay adolescentes, el chico o chica saben que son responsables de sus actos, pero las riendas de la personalidad no están en disposición de controlar los resultados de la independencia y el emprendimiento.



Si observamos a adolescentes en su medio natural o en su vida cotidiana, comprobaremos que a veces aparecen muestras inequívocas de una vuelta al periodo de oposición de la primera infancia. Pero sobre todo destaca su alta **capacidad de interpretar** creativamente el mundo que les rodea. Son proclives a aprender más si se tira de ellos (*pull*) que si se les empuja (*push*). Es difícil que en ambientes de convivencia con o entre adolescentes no se destapen talentos explícitos u ocultos, sobre todo si el adulto se aproxima con un verdadero sentido *pull* al chico o la chica. Necesitan asesores más que directivos que les den ordenes, y prefieren aprender “actuando con”, más que recibiendo información sobre “lo que hay que hacer”.

Decíamos que la adolescencia se caracteriza por el pensamiento experimental, científico, por eso la curiosidad está viva y permanente en la vida del adolescente. La curiosidad mueve el tanteo experimental, por eso ensayar, errar y volver a intentarlo, son tan propios de este modo y momento de la vida.

Todo lo dicho no es nuevo, pero al adulto que trabaja con adolescentes suele olvidar algunos detalles que convierten en ineficiente la tarea de acompañar a las personas en estas edades. El interés por aprender en la adolescencia es distinto al que se tiene para aprobar o ser domado, adiestrado o domesticado.

Las personas en la adolescencia observan una vida adulta en el presente y la ven fuera de la utopía, ellos desean otro futuro, buscan el eslabón de la cadena para construir nuestro mundo, y lo hacen a partir de una personalidad propia. La actitud subversiva adolescente nos beneficia al resto; **cuestionan nuestro mundo** y eso puede ser útil para avanzar. Muchos de los hallazgos que nos han mejorado como civilización han sido iniciados por mentes adolescentes.

Tanto las teorías que se centran en analizar la adolescencia ligada al binomio recompensa-riesgo, como las que comprenden el mundo adolescente como una forma de comportamiento experimental, coinciden en destacar la importancia de un abordaje de la salud y el bienestar en este momento de la vida.

Las personas en la adolescencia **necesitan tener experiencias que les permitan aprender** y asimilar lo nuevo, acomodarlo a lo que ya sabían, acoplarlo a su bagaje y adaptar lo aprendido a su repertorio de maneras de resolver los problemas o cuestiones que protejan o potencien su salud. Las personas en la adolescencia tienen innumerables necesidades de aprender cuestiones útiles para su salud, hechos y conceptos, habilidades y, por supuesto, valores, normas y actitudes que les ayuden a vivir mejor, y tener bienestar. Y precisan hacerlo contrastando lo que ya forma parte del conocimiento privado, con lo nuevo, por medio de experiencias de aprendizaje de salud individual, grupal y social. Es de esperar que ellos y ellas busquen la oposición a lo establecido, el riesgo y la experimentación; eso suele implicar hacer algo distinto al padre o al adulto mayor. Necesitan interactuar; la cooperación es una forma natural de aprender y, por eso, para trabajar con adolescentes en la consulta o en la comunidad, hay que saber que ellos utilizan el lenguaje y sus originalidades e identidades de grupo y una fuerte reafirmación de su propia identidad para hacer las cosas. Esto les suele conducir a aprender más fácilmente si otros iguales descubren, motivan y apoyan el proceso con ellos.

La familia es un activo de salud que los adolescentes identifican, pero también nos confiesan que como recurso para la vida la utilizan menos que a los amigos. Sobre todo la familia es un activo cuando el grupo tiene un ambiente capaz de generar salud y bienestar, y de hacerlo en un contexto democrático en el que convivir y rendir cuentas, colaborando y aportando al bien común con su propio esfuerzo.

Las familias con estilos laxos en normas y las rígidas o autoritarias suelen ser menos exitosas. Sabemos que las familias que enseñan a comprender y manejar lo que rodea al chico o chica y facilitan que en su seno se encuentre significado a la vida, son más capaces de generar hijos sanos que otras menos coherentes. Las familias en las que sus miembros saben de sus vidas mutuamente (hay comunicación) suelen generar más felicidad; también hemos aprendido de las investigaciones sociales sobre adolescentes que son más saludables las familias en las que las personas se quieren entre sí y tienen confianza entre ellas.

Con relación al ambiente de aprendizaje para la vida y la salud, conviene saber que hoy en día los chicos y chicas **no aprenden sólo en los espacios formales**; los aprendizajes no formales, ubicuos y en red son cada vez más importantes y lo que se comparte informalmente tienen un enorme valor para sus vidas, por eso es necesario trabajar con los adolescentes a partir de sus propios entornos y redes personales de aprendizaje informal, mediadas por Internet y las redes no convencionales o tradicionales.

Nos gustaría destacar lo que desde el lado de la evidencia se ha ido poniendo de manifiesto para abordar programas de **promoción de la salud** en la adolescencia:

- a) Los entornos que están interesados en educar para la salud a adolescentes deben centrarse en fomentar la felicidad, la confianza y el sentimiento de autonomía y control sobre la propia vida.
- b) Es necesario dar a la adolescencia habilidades para resolver problemas de la vida cotidiana y de la comunidad en la que viven.
- c) Es útil entrenar la motivación, la conciencia de sí mismo, la resolución de problemas; entender y manejar sentimientos y generar soluciones colaborativas para los conflictos.
- d) Conviene promover las capacidades para no sentirse deprimido y recuperarse.
- e) Es recomendable entrenar el sentido de cooperación con los demás y adiestrar la capacidad de tener buenas relaciones con los otros, evitar conductas disruptivas, violentas o de intimidación.
- f) Es eficiente trabajar junto a los chicos y chicas y validar con ellos los programas, sumándose a las dinámicas del barrio o pueblo y apoyar a los que trabajan realmente para el bienestar adolescente, con especial énfasis en los grupos o personas con más necesidades.
- g) Se ha evidenciado que poner los esfuerzos en promover los activos para la salud adolescente, la autoestima y la autoeficacia y aprovechar las relaciones exitosas y los

comportamientos positivos como ejemplos a imitar tiene efectos sobre el comportamiento saludable.

- h) Adaptarse a las necesidades concretas de los chicos y chicas de un modo comprensivo y adecuado a cada cual y potenciar el aprendizaje basado en proyectos que los chicos vean efectivos socialmente es una orientación coherente para las intervenciones.
- i) En las familias con adolescentes es conveniente potenciar las habilidades para ser padres o madres, facilitando información, actividades grupales aprendizaje entre iguales y apoyo a los que viven en desventaja.

- j) Los programas educativos que funcionan suelen:

Brindar atención, apoyo y asesoría a las personas que trabajan con adolescentes o son adolescentes motivados para potenciar la salud de sus iguales.

Planificar las actividades y prever su impacto.

Evaluar y monitorizar sistemáticamente la perspectiva de las personas implicadas.

Establecer alianzas entre chicos, chicas y profesorado para contribuir al bienestar social y emocional

Construir relaciones y apoyo para cuando lo necesitan.

Promocionar la educación entre iguales y la mediación

Capacitar y apoyar a chicos y chicas mediadoras

Debatir reglamente asuntos y preocupaciones personales de cada adolescente

Respetar la confidencialidad

Integrar el bienestar y la salud en la formación permanente de los educadores para la comprensión de lo subyacente en el comportamiento adolescente y potenciar las habilidades sociales y emocionales de los adultos que intervienen con adolescentes.

La salud es un recurso para la vida, no es el fin, por eso para vivir saludablemente es bueno aprender a nadar en el río de la vida. De ahí la importancia de **aprender a nadar de modo salutogénico** orientando los intereses hacia aquello que genera salud y nos hace ser más coherentes. Pero para sustentar el aprendizaje en bases sólidas durante el curso de la vida es clave no olvidar la importancia del ambiente en el que los y las adolescentes aprenden, los estímulos y los estilos de vida que esos chicos y chicas ven a su alrededor y sustentar en pruebas científicas cualquier decisión que se vaya a tomar sobre sus vidas y su salud. Es muy importante saber ¿a qué evidencia responde lo que recomendamos que haga la adolescencia?

1

CEFALEA EN UNA ESTUDIANTE UNIVERSITARIA

Cristina Morales Prieto
Médico de Familia. Centro de Salud el Valle, Jaén

Acude una mujer de 22 años a consulta refiriendo desde hace meses cefaleas frecuentes que le dificultan la concentración en los estudios. Tiene como antecedentes una alergia estacional. Viene acompañada por su madre. En la anamnesis se pregunta a la adolescente por varias cuestiones, incidiendo en la posibilidad de que exista alguna causa estresante que motive esos síntomas. La adolescente explica que está teniendo problemas en la Universidad con los compañeros: *“se ríen de mí y comentan todo el rato que soy muy fea y muy rara”*. Sigue contando que no entiende por qué tienen que afectarle esos comentarios, cuando sabe *“que son niñaterías, y debo ser adulta y que no me afecten, pero me siento inferior a todos ellos y no soy capaz de hacerles frente”*. Por esta circunstancia ha disminuido su rendimiento académico y le han quedado bastantes asignaturas, motivo por el que se encuentra muy preocupada y agobiada. La exploración neurológica es normal. Se aconseja el uso de analgésicos para la cefalea y se da una cita programada a la paciente en una semana, indicándole que acuda sola.

MOTIVO DE LA CONSULTA

Problemas clínicos
Problemas académicos

JUICIO CLÍNICO

Cefalea
Trastorno de ansiedad

LISTA DE PROBLEMAS

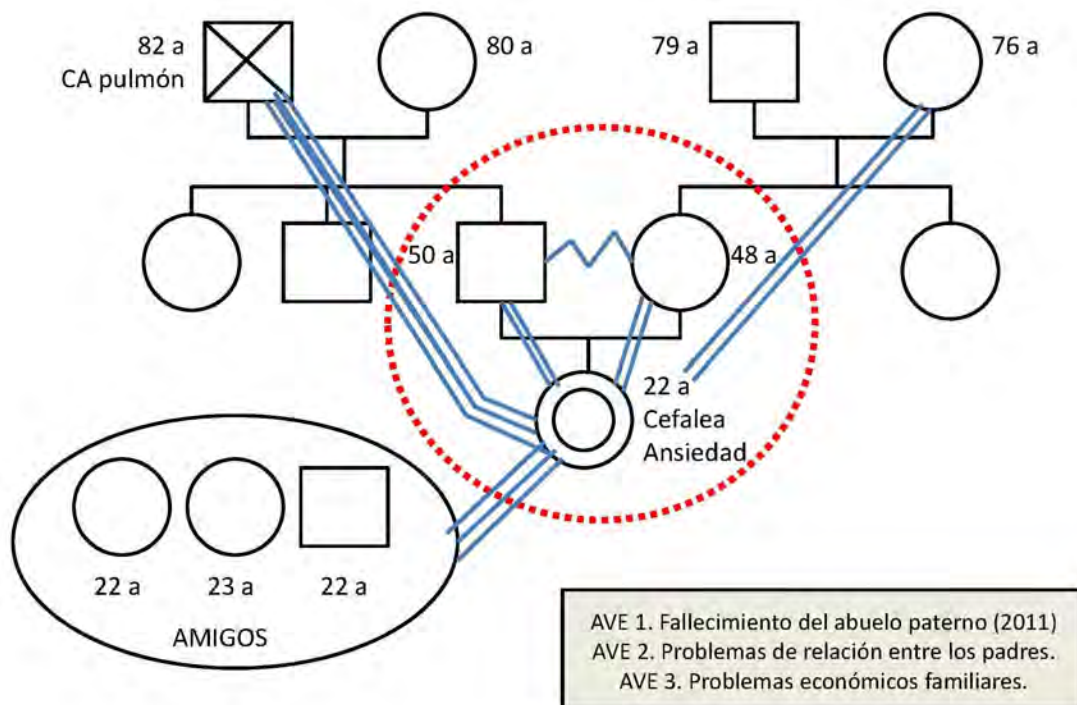
Dificultad para concentrarse
Bajo rendimiento y suspensos
Problemas con los compañeros de clase
Complejo de inferioridad
Trastorno de ansiedad

En la siguiente cita programada no se detectan comportamientos de riesgo (no consume drogas ni tiene relaciones sexuales). Indica una serie de **problemas académicos** provocados por el absentismo (cada vez falta a más clases) por una fobia a asistir a la Universidad, provocada por los problemas de relación con sus compañeros, quienes se ríen y burlan de ella. Esto ha generado un fracaso escolar: ha suspendido muchas asignaturas y está retrasada respecto a sus compañeros

En la consulta programada también se indaga sobre la **relación familiar**. Cuenta que en casa hay un *“ambiente regular”*. Los padres tienen peleas con mucha frecuencia en los últimos meses. Siempre se han llevado bien (*“con las discusiones normales”*), pero ha empeorado mucho de un tiempo a ahora, circunstancia que también la tiene algo preocupada. El padre es camionero y pasa muchas horas fuera del hogar. La madre es ama de casa. Los padres son muy protectores con ella y siempre están muy encima: en ocasiones se siente muy agobiada. Con el tema de los estudios la comprenden y dice que saben que lo está pasando mal, pero a la vez se siente presionada por ellos, por el tema económico y los gastos que supone la Universidad. Sus amigos no entienden como ella puede dejar que sus padres se inmiscuyan tanto en su vida y en cada una de las cosas que hace. La propia adolescente cree que debe tener más independencia en este aspecto.

ESTUDIO FAMILIAR

GENOGRAMA



La adolescente vive en una familia nuclear sin parientes cercanos, en la etapa II- B del ciclo vital familiar. Es hija única y vive en el domicilio familiar junto a sus padres. Su padre es camionero y su madre ama de casa, mantienen una relación buena que se ha deteriorado en los últimos meses con frecuentes discusiones, lo que supone para ella un acontecimiento vital estresante. Cree que la relación familiar se ha deteriorado en parte como consecuencia de los problemas económicos, ya que aunque su padre conserva su trabajo, le han bajado el sueldo y pasa muchas más horas fuera de casa. Ella mantiene una relación cordial con ambos, aunque ante determinados aspectos y circunstancias de su vida personal siente que se entrometen mucho. La relación con la familia de sus padres es escasa. Sus tíos paternos viven fuera de Jaén y se ven en contadas ocasiones y con la hermana de su madre no tienen relación. Mantenía un vínculo especial con su abuelo paterno, quien falleció hace un par de años lo que supuso un gran golpe para ella (lo señala como otro acontecimiento vital estresante). Actualmente viven sus dos abuelas, y con su abuela materna mantiene también un nexo bastante fuerte y es un gran apoyo para ella. Entre sus apoyos destacados están también sus amigos, confía mucho en ellos y son un pilar fundamental para ella. Otros acontecimientos vitales estresantes son

Cuestionario MOS de apoyo social

NORMAL - INDICE GLOBAL: 76 PUNTOS

Nº familiares=4; Nº amigos=3

Apoyo emocional = 32 puntos

Ayuda material o instrumental = 16 puntos

Relaciones sociales de ocio y distracción = 16 puntos

Apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño = 12 puntos

Test Apgar familiar

NORMAL - 10 PUNTOS

Indica una percepción normal de la función familiar

MAPA DEL HOGAR



La adolescente vive con sus padres en un tercer piso. Las condiciones higiénicas y de iluminación son buenas y adecuadas. Tienen calefacción eléctrica y el piso es acogedor. Ella tiene su propio cuarto individual, en el que dispone de bastante espacio. En él pasa gran parte de su tiempo cuando está en casa. Allí estudia, escucha música y ve películas a través de su ordenador. Considera que en ese aspecto tiene bastante intimidad en su casa, de hecho con frecuencia sus amigos van al domicilio y pasan horas en su cuarto sin que nadie les moleste.

LISTA DE PROBLEMAS AMPLIADA

Dificultad para concentrarse
 Bajo rendimiento académico
 Problemas de relación con los compañeros de clase
 Complejo de inferioridad
 Trastorno de ansiedad
Problemas familiares: económicos y de relación entre padres
Duelo por muerte del abuelo paterno

SOLUCIONES Y TAREAS

En primer lugar se consensuan con la adolescente los problemas encontrados, dejando un espacio (tiempo hasta la siguiente visita programada) para que ella proponga soluciones podría buscar o adoptar ella ante dichas situaciones. En una nueva consulta ella trae por escrito las siguientes soluciones:

1. En relación al rendimiento académico y los estudios:

Realización de un *planning* específico diario de estudio compaginándolo con momentos de ocio con amigos que le permita maximizar el tiempo invertido en los estudios y a la vez descargar el nivel de estrés y de ansiedad ocasionado por éstos.

2. Respecto a los problemas con los compañeros de clase:

Reforzar su autoestima y capacidad de enfrentarse a los compañeros en caso de situaciones violentas, con nuestra ayuda o ayuda especializada. Fomentar el trabajo en equipo e integrarse más en las actividades universitarias para intentar mejorar su interacción.

3. En el caso de la relación con sus padres:

Hablar de un modo conciliador y cordial con ellos para intentar mejorar el trato entre ambos y explicar la influencia que éstas actitudes crean en ella. Pactar con sus padres el tener más libertad en la toma de sus decisiones personales, y aunque ellos sean partícipes y conocedores de ellas, tener la autonomía para llevarlas a cabo sin imposiciones.

Se valoran de forma conjunta las soluciones propuestas por la adolescente, ofertando también la posibilidad de realizar una consulta programada a la que acudan los padres donde se expliquen los problemas de la paciente y se plantee cómo mejorar las pautas de convivencia familiar. Se aconseja valoración por psicólogo del equipo de salud mental. Por último, se escogen de forma conjunta unas tareas concretas para que la adolescente pueda ir trabajando en la resolución de sus problemas.

TAREAS PROPUESTAS

1. Realización semanal de plan de estudios con establecimiento de los tiempos dedicados a cada una de las actividades. Conjuntamente preparar plan de ocio alternativo (en este caso se contará con la ayuda de los amigos y entorno social del que dispone). Apuntar actividades que se realizan, si se cumplen los tiempos estipulados, sensaciones y actitudes.
2. Acudir a talleres programados por psicólogo para refuerzo de la autoestima y manejo de control de sentimientos y emociones. Inicialmente se incluye en programas de asertividad semanales y en charlas de integración.
3. Fomentar la integración con los compañeros intentando participar en actividades grupales y extraacadémicas. Valorar dificultades encontradas, situaciones difíciles y sensaciones.
4. Favorecer mediante abordaje familiar, la mejora del entorno y las comunicaciones entre los miembros de la familia. Para ello se propondrán tareas que se llevarán a cabo en el domicilio y citas programadas con los padres y con nuestra paciente para ir valorando evolución.

Se decide valorar periódicamente (inicialmente cada 15 días) cada una de las tareas a realizar. Mediante esta evaluación se valorará el progreso obtenido y la consecución de los objetivos establecidos. De este modo se podrán corregir aquellas actitudes que no sean del todo satisfactorias, valorar añadir nuevas actitudes y reforzar aquellas que se vayan consiguiendo. En todo momento habrá un control sobre los síntomas, emociones y actitudes de la adolescente ante cada una de las tareas realizadas, indagando dificultades y emitiendo refuerzos positivos.

2

UNA ADOLESCENTE EMBARAZADA

María del Carmen Merino Jiménez

Médico de Familia. Centro de Salud San Felipe, Jaén

Paciente de 18 años de edad (adolescencia media), que ha estudiado hasta 3º de ESO. Tiene antecedentes de neurofibromatosis. Acude a consulta por un embarazo, con síntomas de náuseas y vómitos matutinos y una exploración física normal para una gestante. Los tratamientos prescritos inicialmente fueron yodo y ácido fólico. Durante la consulta la adolescente refiere que se ha quedado embarazada porque su pareja hizo agujeros en los preservativos. No ha sufrido accidentes de tráfico, no consume alcohol ni otras drogas.

En 3º de ESO dejó de estudiar: no tenía un gran interés por los estudios, pero tampoco tenía problemas con los compañeros. A raíz de la relación complicada de pareja que inició a los 16 años, cuando la trasladaron a otra población, empezó a dejar más de lado sus estudios lo que provocó una serie de **problemas académicos**: empeoró el fracaso escolar y dio lugar al absentismo; después llegó el embarazo y dejó los estudios definitivamente

En la **relación familiar** relata problemas con los padres provocados por su relación de pareja: al parecer llegó más tarde de la hora estipulada por sus padres por lo que su madre le dio una bofetada tras lo cual ella se fue y la denunció. Estuvo en seguimiento por asistentes sociales por el tema de la custodia y la mandaron a otra población durante un tiempo cautelar. En ese período se escapó y se fue con su pareja a otra ciudad, donde fue requerida por el cuerpo de policía, llevada a calabozo durante una noche, antes de cortar con su pareja y volver con sus padres. Actualmente la relación con sus padres, aunque no sea especialmente buena, es cordial.

MOTIVO DE LA CONSULTA

Embarazo
Falta de apoyo familiar

JUICIO CLÍNICO

Embarazo
Disfunción familiar

LISTA DE PROBLEMAS

Embarazo
Relación difícil con sus padres
Problemas en el colegio
Relación complicada con su pareja

ESTUDIO FAMILIAR

Estructura familiar. Familia extensa (viven tres generaciones)

Ciclo Vital Familiar. Desestructurado.

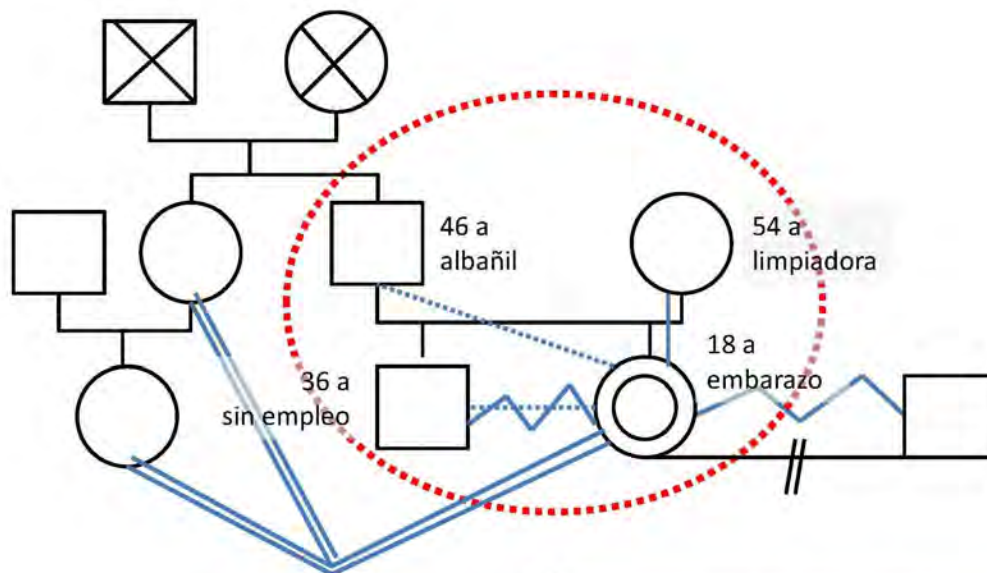
Acontecimientos vitales estresantes. Enfermedad de un pariente cercano. Embarazo. Discusiones con la pareja. Cambios importantes en las condiciones de vida. Cambio de residencia. Cambio a una escuela nueva. Cambios en los hábitos del sueño. Cambio en los hábitos alimentarios.

Red social y apoyo social

Número de personas que forman la red: 2. No existe red extra familiar.

Apoyo instrumental (1), apoyo afectivo (2), apoyo confidencial (1), interacción social positiva (1-2).

GENOGRAMA



AVE 1 Embarazo (2012)
AVE 2. Cambio de domicilio (2013).
AVE 3. Ruptura con su pareja (2012).

La relación actual con su hermano es muy mala, apenas nula, no existe comunicación entre ellos, y nuestra paciente quiere que se vaya de casa. Con su padre escasa relación y por último algo más con su madre, aunque siente que a veces la apoya no hay un gran vínculo.

Cuestionario MOS de apoyo social

DÉFICIT - INDICE GLOBAL: 46 PUNTOS

Tamaño de la red social: 2 personas.

Apoyo emocional 18 (mínimo), Ayuda material o instrumental 13 (media), Relaciones de ocio y distracción: 12 (media).

Apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño 3 (mínimo).

Escala de reajuste social

UCV: 241

enfermedad de un pariente cercano (44)
embarazo (40)
discusiones con la pareja (35)
se inicia o termina el ciclo de escolarización (26)
cambios importantes en las condiciones de vida (25)
cambio de residencia (20)
cambio a una escuela nueva (20)
cambios en los hábitos del sueño (16)
cambio en los hábitos alimentarios (15)

Test Apgar familiar

DSFUNCIÓN GRAVE - 2 PUNTOS

Indica una percepción de una disfunción grave en su familia

MAPA DEL HOGAR



La paciente permanece aproximadamente 50% en su habitación, un 25 % en la cocina, 5% en el baño y un 20 % en el salón. Cree que tiene suficiente espacio para ella sola y bien delimitado el espacio para defender su intimidad, por lo que la vivienda no precisaría cambios. Como calefacción tienen un brasero eléctrico y sistema de calefacción en las habitaciones (aunque no sabe especificar el tipo). La higiene es buena, ella se encarga de gran parte de las tareas del hogar. La iluminación es adecuada, el piso tiene tanto luz natural (es un 2º piso) como eléctrica.

LISTA DE PROBLEMAS AMPLIADA

Embarazo en adolescente

Fracaso escolar

Problemas económicos

Disfunción familiar y escaso apoyo social

Maltrato en la relación de pareja

SOLUCIONES Y TAREAS

La adolescente desea continuar con el embarazo. Se plantea terminar definitivamente con la relación de pareja, ya que la había engañado para quedarse embarazada y las relaciones con esta persona se están complicando (la paciente sufre maltrato por parte de él). También indica que necesita una independencia económica que le permita dejar el hogar familiar: se plantea volver a estudiar, buscar un trabajo tras el parto e incluso buscar una casa de acogida para mujeres maltratadas.

Como recursos con los que cuenta, enumera el apoyo familiar (aunque no se sienta querida, le facilitan permanecer en el domicilio y ayudar con el niño que viene en camino) y por parte del sistema sanitario (ayuda de trabajadores sociales, casa de acogida, apoyo médico).

TAREAS PROPUESTAS por la propia adolescente

1. Reiniciar los estudios de secundaria.
2. Acudir a los controles de embarazo acompañada de un familiar.
3. Asistir a talleres para padres/madres realizados por trabajador social.
4. Continuar viviendo en casa de los padres.
5. Romper definitivamente la relación con su pareja.

En la actualidad permanece con sus padres, el niño ya ha nacido. La relación con sus padres parece que se ha suavizado un poco, aunque persisten las diferencias con su hermano mayor.

El padre del niño sigue en la cárcel, pero con ciertos permisos, en estos días puede visitar al niño en presencia de los asistentes sociales sin la madre (ya que tiene orden de alejamiento por maltrato). Existe riesgo de fuga y de que se lleve al niño al país de origen (Marruecos), de ahí que no pueda verlo solo. Tiene pendiente el juicio por malos tratos y custodia definitiva del hijo.

Ella está pendiente de reiniciar sus estudios para obtener al menos la ESO en el próximo curso. Continúa en la escuela para padres. Se desenvuelve bien en sus tareas diarias y en el cuidado del niño, se encuentra preocupada porque él esté bien. Y aunque parece tener claro que la relación con el padre del niño ha terminado, impresiona que pudiera volver con él, pese al abordaje que se hace del maltrato y de su situación actual en consulta.

3

PROBLEMAS CON LA ALIMENTACIÓN

María Barbosa Cortes, Arturo Hidalgo Berutich
Médicos de Familia. Centro de Salud Villanueva de los Castillejos, Huelva

Se expone el caso de una adolescente de 14 años (adolescencia media) con un nivel de estudios 3º de ESO. Su madre la acompaña a consulta por percibir que la paciente toma alimentos hipocalóricos y en escasa cuantía. También refiere que ha perdido peso en los últimos meses. Desde hace unos tres meses han notado en casa que la adolescente come menos de lo habitual, sobre todo ingiere alimentos de escaso valor energético; sospechan vómitos provocados y un aumento del ejercicio físico habitual, con menstruaciones irregulares y cambio de carácter. Su madre se encuentra muy preocupada por la situación.

Hay una segunda visita en la que la adolescente acude con su madre. Ésta contesta que no fuma ni bebe alcohol. Tampoco indica la existencia de problemas sociales ni familiares. A **nivel académico** es una estudiante muy responsable. Cuenta con tres buenas amigas pero en las últimas semanas está algo más distante porque se siente vigilada por ellas.

La **exploración física** ofrece una buena coloración de piel y mucosas, con acné leve facial, sin signos de deshidratación pero con aspecto de desnutrición. No se observa el signo de Russell (callosidades o rozaduras del dorso de los dedos). El índice de masa corporal (IMC) es de 19,37 que bajó a 17,97 cuatro semanas después.

MOTIVO DE LA CONSULTA

Sospecha de trastorno de la conducta alimentaria

CONDUCTAS DE RIESGO

Conductas purgatorias y anoréxicas
Exceso de ejercicio físico

LISTA DE PROBLEMAS

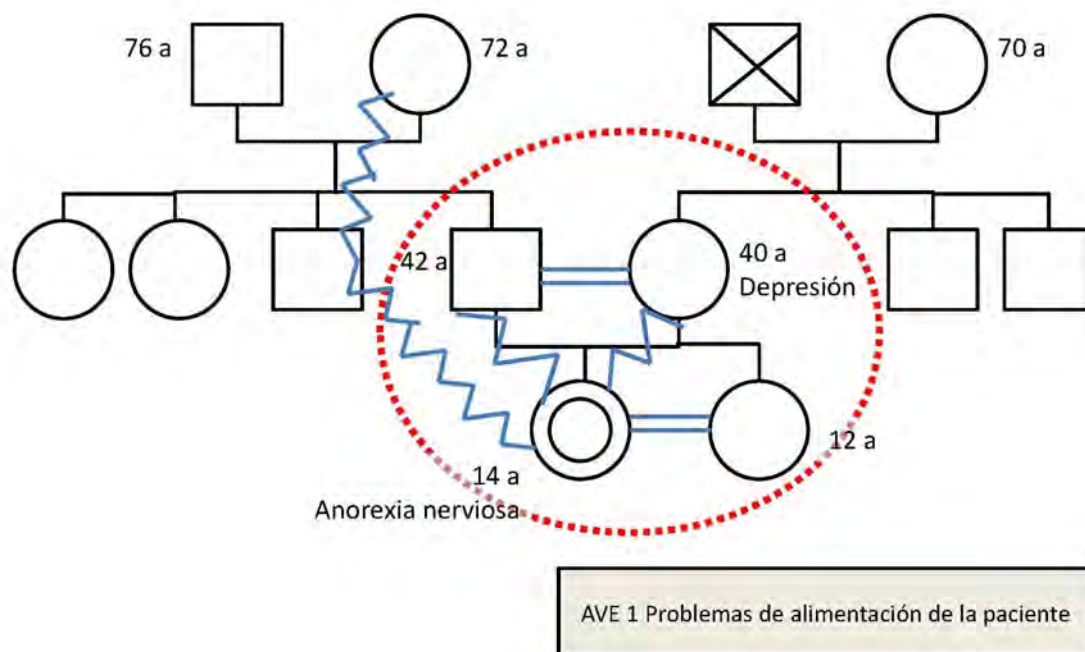
Sospecha de trastorno de la conducta alimentaria
Acné
Falta de conciencia de enfermedad
Riesgo de desnutrición
Posibles rasgos disfuncionales de la personalidad

Teniendo en cuenta los síntomas y signos que la paciente presentaba durante la entrevista clínica, se llegó al diagnóstico de trastorno de conducta alimentaria sin utilizar ningún cuestionario clínico (como el *Eating Attitudes Test*). Posteriormente se confirmó el diagnóstico en la consulta del especialista hospitalario en trastorno de conducta alimentaria.

Enfoque terapéutico: No se pauta tratamiento farmacológico. En esta primera consulta se pacta que en la próxima visita acudan madre e hija con la justificación de la vacunación de VPH, extracción de analítica sanguínea y para valorar el acné que también presenta. A partir de este momento, el seguimiento fue semanal mediante consultas programadas de presencia física en consulta o por contacto telefónico con su madre u otros profesionales, como la orientadora del instituto.

ESTUDIO FAMILIAR

GENOGRAMA



Se trata de una familia nuclear con parientes próximos en fase III (final de la extensión) del CVF. La adolescente vive con sus padres y su hermana. Por lo que refiere su madre, entendemos que la familia paterna se encuentra “muy presente” en todas las decisiones que se tomen. Destaca la relación invasiva de la abuela paterna y su influencia sobre el núcleo familiar. La familia paterna es propietaria del negocio del que dependen económicamente.

El trastorno de la paciente ha provocado un acontecimiento vital estresante (AVE) importante que ha hecho que la buena relación que existía con sus padres se haya debilitado e incluso haya suspicacia y desconfianza por parte de ella. Esto se ve reflejado en la puntuación del test de Apgar Familiar. Su padre presenta un síndrome de ansiedad por el que ha consultado varias veces. A raíz de los acontecimientos referidos, su madre se encuentra mal anímicamente con varias crisis de ansiedad. Existe una buena relación de pareja y encuentran apoyo en la familia más cercana. La relación con su hermana pequeña es buena. Aunque se lleven dos años de diferencia de edad, las etapas evolutivas por las que están pasando ambas les hace estar algo más distante.

Cuestionario MOS de apoyo social

INDICE GLOBAL: 61 PUNTOS

Apoyo emocional 22 puntos
Apoyo material 19 puntos
Relaciones sociales 11 puntos
Apoyo afectivo 9 puntos

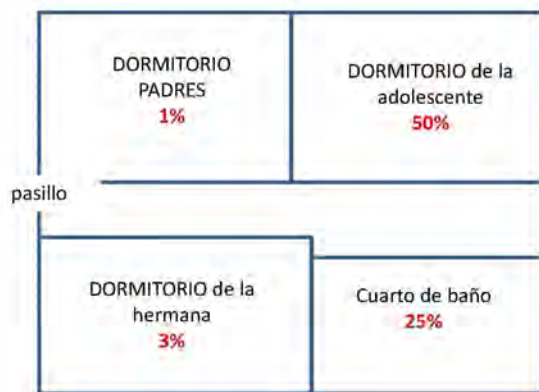
Test Apgar familiar

DSFUNCIÓN LEVE – 4 PUNTOS

Escala de reajuste social

149- sin riesgo

MAPA DEL HOGAR



Planta primera



Planta baja

CARACTERISTICAS DEL HOGAR: Calefacción, butano, higiene normal y buena iluminación. Tiene espacio para ella sola y bien delimitado.

LISTA DE PROBLEMAS AMPLIADA

Trastorno de la imagen corporal

Acné

Desnutrición

Disfunción familiar: relación conflictiva con los padres

Desconfianza de la paciente al percibir que sus amigas y familiares la controlan.

PROBLEMAS SELECCIONADOS

1. Trastorno de conducta alimentaria y falta de conciencia de enfermedad
2. Alteración de la imagen corporal
3. Disfunción familiar y falta de apoyo social

SOLUCIONES Y TAREAS

1. Derivación de forma preferente a la unidad de salud mental infantil por riesgo de su salud física, tras comunicación con la responsable de dicha unidad por vía telefónica. Una vez valorada en dicha unidad se le propuso ingreso en unidad de día con permisos de fin de semana. Fue aceptado por ella y sus familiares. En la actualidad ha recuperado peso y se mantienen las medidas terapéuticas.
2. Mientras tanto, en entrevista a solas con la adolescente, se pacta dieta adecuada y equilibrada. Igualmente se le ofrece información sobre las concepciones erróneas de alimentos, dietas.... que suelen tener estos pacientes.
3. Se contacta con la orientadora del I.E.S para informarle de la situación, así como para proponerle un seguimiento semanal a través de entrevistas con ella y con sus padres.
4. Aminorar la angustia que presentan los padres, recomendando pautas de actuación para afrontar el problema, y que así la ansiedad no dificulte la buena relación que

tenían previamente. Se prescribe tratamiento ansiolítico a ambos, además a la madre se le plantea tratamiento antidepresivo que acepta.

5. Se realiza analítica para valorar su estado nutricional.
6. Se lleva a cabo el seguimiento de la evolución de la paciente mediante contacto telefónico con los padres y consultas programadas con los mismos. Se acuerda con el profesor de educación física realizar el control de peso semanalmente.

Para llevar a cabo las intervenciones se cuenta con los siguientes **recursos**:

1. Concienciación por parte de los padres y familiares del problema que padece la adolescente.
2. Concienciación de las amistades íntimas de la paciente.
3. Buena dinámica y red de apoyo familiar.
4. Detección precoz del cuadro clínico.
5. Apoyo del centro escolar.
6. Buena coordinación por parte de los integrantes de su centro de atención primaria así como otros profesionales implicados.
7. Intervención multidisciplinar.

Los acuerdos a los que se llegaron con la adolescente fueron negociados por las dos partes en consulta y se cumplieron parcialmente. Con los padres si se cumplieron casi en su totalidad, según se vio en consultas programadas.

HIPÓTESIS SISTÉMICA resumen

La adolescente podría ser un típico caso de trastorno del comportamiento alimentario. Es una chica (género femenino: aproximadamente el 90% de la población que padece un trastorno del comportamiento alimentario son chicas), adolescente (el 40% de los casos se dan en una franja de edad comprendida entre 15 y 19 años). Así mismo es la primera de dos hijas de padres con estructura ansiosa. Este factor, ha podido ser, como en muchos otros casos, un elemento predisponente y precipitante del cuadro que presenta la chica. Unos padres cuando debutan en su rol se muestran más inseguros y ansiosos con su primer vástago. De ahí puede entenderse y justificarse por otra parte, el rasgo de hiperresponsabilidad y perfeccionismo que presenta la adolescente. Es posible que haya crecido en unos esquemas cognitivos de perfeccionismo (rasgo bastante frecuente en los trastornos de conducta alimentaria).

Paralelamente a todos estos factores, el dato de que la familia paterna sea muy influyente y decisoria en la dinámica familiar, ha podido ser un modelo en el que “el control es vivido desde el exterior”. Del mismo modo, la invasión que ha vivido esta familia nuclear por parte de la familia paterna, se puede estar reproduciendo en la familia de la chica adolescente.

El hecho de que el caso se haya detectado con prontitud y haya una buena colaboración con los padres de la paciente, nos hace pronosticar una buena respuesta a la intervención llevada a cabo. Creemos que el abordaje planteado es adecuado y que la intervención multidisciplinar es lo primordial y fundamental en los casos de trastorno del comportamiento alimentario.

4

ABSENTISMO ESCOLAR. UN PROBLEMA FRECUENTE EN EL ADOLESCENTE DE HOY

Cristina Sofía Rodríguez Ortega
MédicodeFamilia.CentrodeSaludLópezBarneo,Torredonjimeno(Jaén)

El estudio de esta paciente se ve motivado por la presencia de conflictos escolares y familiares que apreciamos de forma paulatina en consulta durante un periodo de 6 meses. Se trata de una mujer de 16 años, sin alergias conocidas, fumadora y bebedora de fin de semana. Acude a consulta acompañada por su madre, durante dos meses consecutivos refiriendo múltiples **síntomas mal definidos**: cefalea occipital, epigastralgia, molestias abdominales, astenia.... La exploración física y las pruebas complementarias realizadas no muestran alteraciones patológicas. Se le indica que realice dieta blanda y se pauta paracetamol. Se cita a la semana para valorar evolución.

En la siguiente visita la paciente refiere persistencia de la sintomatología a pesar del tratamiento. Durante la entrevista la madre reconoce un problema a **nivel académico**: hay faltas a clase reiteradas por parte de su hija desde el comienzo de la clínica. Refiere que la adolescente se niega a acudir al instituto, lo que supone discusiones frecuentes, que finalizan de forma pacífica cuando consiente la negativa de su hija. La tensión emocional existente en la paciente tras revelarnos esto, nos hace plantearnos dos preguntas contrapuestas:

¿Son los síntomas que nos manifiesta la adolescente los que interfieren en su rendimiento escolar y entorno

¿Es el instituto y/o el entorno sociofamiliar el origen primario de los problemas en la paciente?

Llegados a este punto, se decide realizar un abordaje integral, citando a la paciente en consulta sin el acompañamiento de su madre. Durante la primera entrevista nuestra paciente se muestra tímida, por lo que se dirige la entrevista a su entorno social con el fin de crear un ambiente relajado y conocer su Red de Apoyo Social, logrando una participación activa. Reconoce haber sido objeto de burla, aislamiento y agresiones en el instituto. Siendo éste el motivo por el cual no quiere ir a clase y los días que ha asistido ha necesitado que su madre la acompañe y la recoja al salir del instituto. Su padre desconoce los hechos. Tras conocer las circunstancias de la adolescente, le propongo informar a los padres, trabajadora social y orientadora del instituto. Se cita a la semana y se evalúa lista de problemas, genograma y mapa del hogar

MOTIVO DE LA CONSULTA

Síntomas mal definidos

CONDUCTAS DE RIESGO

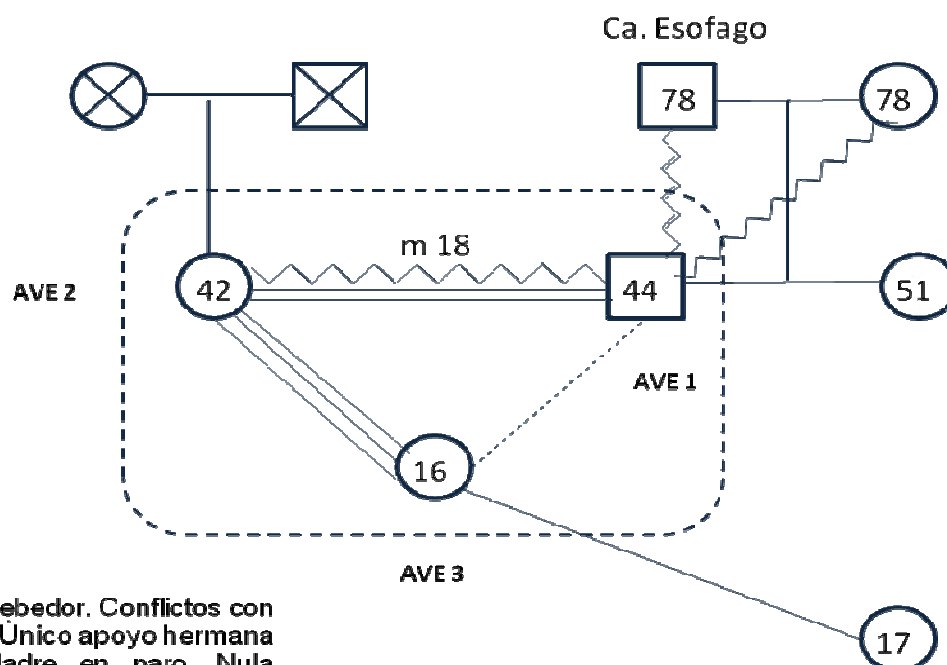
Consumo de alcohol en fin de semana
Tabaquismo
Absentismo y fracaso escolar

LISTA DE PROBLEMAS

Aislamiento grupal y estigma social fuera del instituto
Problemas con compañeros de clase, acoso escolar, abandono y fracaso escolar.
Pérdida de sus amistades.

ESTUDIO FAMILIAR

GENOGRAMA



AVE 1: Exbebedor. Conflictos con los padres. Único apoyo hermana
AVE 2: Madre en paro. Nula relación con familia política. Animo deprimido.
AVE 3: Abandono Escolar. Acoso Escolar. Distanciamiento paterno

Vive en una familia nuclear, en fase de extensión (IIB). Es hija única y vive en el hogar. En el subsistema conyugal, la madre asume todas las decisiones relativas al hogar, educación y salud de su hija. La relación conyugal es conflictiva desde hace años coincidiendo con la pérdida de trabajo de la madre y la adolescencia de la paciente. La situación con la hija está empeorando los conflictos matrimoniales. La adolescente reconoce mala relación con su padre, distanciamiento y pérdida de confianza. Refiere falta de comunicación entre ambos pero, a la vez, necesita la confianza y apoyo de éste. Se avergüenza de la situación vivida en su instituto y le preocupa la reacción de su padre cuando conozca los hechos. Según refiere la paciente, su padre le reprocha falta de seguridad en sí misma.

La red familiar es limitada, no disponen de familiares cercanos, la madre no tiene relación con su familia política y el padre mantiene relaciones complicadas con sus progenitores debido a su hábito enólico durante años previos (no ha podido recuperar a pesar de su abstinencia alcohólica actual). Carecen de amistades en la localidad de residencia. Esta situación difícil ha provocado en la madre sentimientos de desesperanza que la hacen incapaz de solventar la situación familiar y escolar de la adolescente. La paciente basa su red social en una amiga y en su madre, de la que recibe apoyo social, afectivo e instrumental. De su padre recibe exclusivamente apoyo instrumental. Los acontecimientos vitales estresantes de la adolescente son la carencia de un referente paterno, el acoso escolar y el abandono de los estudios.

Cuestionario MOS de apoyo social

INDICE GLOBAL: 70 PUNTOS

Apoyo emocional 27 puntos
Apoyo estructural 19 puntos
Relaciones sociales 13 puntos
Apoyo afectivo 9 puntos

Test Apgar familiar

DISFUNCIÓN LEVE – 6 PUNTOS

Test Apgar familiar

Realizado a los padres

MADRE DISFUNCIÓN LEVE – 7 PUNTOS

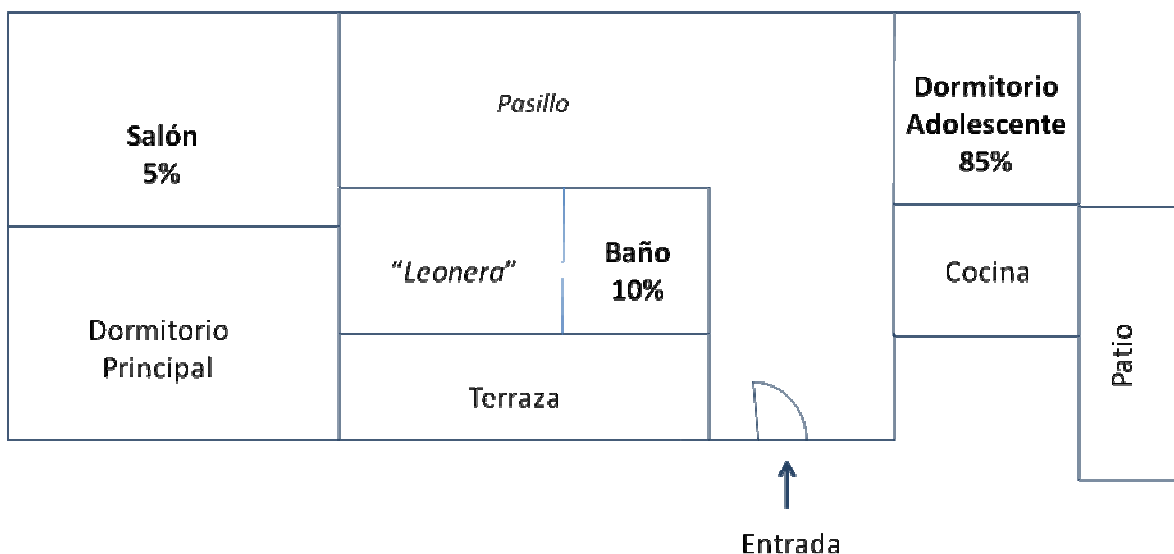
PADRE FUNCIÓN NORMAL – 9 PUNTOS

Escala de reajuste social

294 – riesgo presente

- inicio en el consumo de drogas y alcohol (61) cambio importante en la aceptación por sus compañeros (51)
- aumento en el número de discusiones entre los padres (51)
- aumento del número de discusiones con sus padres (47)
- fracaso escolar (46)
- pérdida del trabajo de algunos de los padres (38).

MAPA DEL HOGAR



La calefacción es central, con una higiene e iluminación normal. La adolescente dispone de habitación propia con ordenador y televisión. Su dormitorio le aporta mayor intimidad ya que está separado del de sus padres. La "leonera", es una habitación de uso indefinido, cuarto de plancha, trastero, etc. Ella pasa casi todo el tiempo que está en casa, en su dormitorio. Come en su habitación, ve la televisión, descansa y estudia. No considera cambios en casa, prefiere estar sola en su dormitorio. Se puede deducir que comparte poco tiempo de ocio con su familia.

Lista definitiva de problemas

Relación deficiente con el padre: Problema principal. Padre e hija sienten que su relación se distancia. El padre se siente desplazado por la relación que mantienen madre e hija, pero no sabe cómo solucionarlo. La adolescente carece de un referente paterno que la apoye y la ayude a afrontar sus relaciones sociales. Esto le provoca baja autoestima, pocas habilidades de comunicación y de relación con sus iguales. Además es censurada por su padre ante cualquier fracaso.

Conflictos conyugales y de comunicación en el subsistema parental.

Falta de consenso en las decisiones conyugales. La paciente carece de una orientación definida dentro del hogar, dando lugar a comportamientos caóticos e impulsivos fuera como reflejo de lo que ocurre dentro.

Paro de la madre

Acoso y absentismo escolar: La dificultad de la adolescente para resolver conflictos con los compañeros y la falta de apoyo (fundamentalmente del padre) provoca el abandono de los estudios. La paciente se escusa en que no le gusta estudiar y que prefiere trabajar; no tiene muy claro a qué se quiere dedicar. No es consciente del nivel de responsabilidad que un trabajo requiere ni del nivel de exigencia de la sociedad actual. Carece de recursos de formación y aptitudes. Las entrevistas con los padres ponen en evidencia que ellos no han sido capaces de inculcarle responsabilidades de forma progresiva.

Lista de soluciones

Relación nula con el padre:

Entrevistar a padre, madre e hija individualmente, para conocer sus creencias y necesidades afectivo-emocionales. Entrevistas conjuntas padre-hija donde intervenimos tratando de acercar posturas, exponiendo a cada uno los sentimientos del otro. Desarrollo de actividades conjuntas padre-hija dentro y fuera del hogar para fortalecer su relación.

Conflictos Conyugales y falta de consenso en el matrimonio:

Entrevistas individualizadas, ambos miembro del matrimonio por separado, donde exponen sus creencias y expectativas en el otro. Entrevistas conjuntas, actuando como moderadora, donde exponen sus diferentes puntos de vista y se intenta alcanzar un punto de acuerdo entre ambos. Sesiones de terapia de pareja que aceptan.

Acoso escolar, absentismo y fracaso escolar:

Informar del caso a trabajadora social, orientadora escolar y dirección. Informar al padre de la adolescente que hasta entonces desconocía los hechos. Realizar visitas (trabajadora social y médico) al instituto. Proponer soluciones junto con el profesorado. Programar una reunión en

el instituto. Participación de la paciente y compañeros implicados, con la presencia de orientadora y trabajadora social a modo de moderadoras, para intentar resolver sus diferencias mediante el diálogo. Propuesta a los padres de la posibilidad de cambio de instituto. Visitas en consulta cada dos semanas. Intercambiar puntos de vista y necesidades. Realizar actividades para fortalecer autoestima. Uso de técnicas dinámicas de aprendizaje de cualidades positivas individuales. Motivar a la adolescente para que termine los estudios. Propuesta de actividades para identificar campos laborales que le interesen y vincularlos a asignaturas. Señalar los objetivos planteados y llevarlos a cabo. Facilitar técnicas de estudio y evaluarlas. Proporcionar técnicas de gestión del tiempo. Crear en consulta un horario semanal y cumplirlo. Enseñar responsabilidad y orientar a los padres para apoyar a SAM en la consecución de los objetivos que se ha planteado. Proponer cambios en la dinámica del hogar (comer todos juntos, etc.)

DURANTE EL SEGUIMIENTO se realizaron tres visitas al instituto para obtener más información: lo que al principio fue un malentendido se convirtió en agresiones verbales y físicas. Se programó una reunión en el instituto entre ella y las compañeras implicadas, donde se pudo **resolver el conflicto por la vía del diálogo**; las burlas cesaron y no se produjeron más agresiones físicas. Sin embargo, no pudo reintegrarse al instituto por sufrir aislamiento grupal, por lo que los padres deciden **traslado a otro centro** donde continuar sus estudios.

Se realizó seguimiento de la paciente durante seis meses, evaluando progresos conseguidos, mejora de la autoestima, orientación escolar y realización de actividades en casa. Paralelamente, se prestó consejo médico y apoyo psicológico a los padres. Estos últimos meses se ha visto una progresión positiva en la adolescente en cuanto a planteamiento de metas y consecución de objetivos. En la última visita reconoce estar contenta con el cambio de instituto. Se siente aceptada y querida. Está **centrada en sus estudios** y en superar la enseñanza obligatoria para acceder al ciclo formativo de peluquería, que es a lo que quiere dedicarse. Actualmente ella y su padre realizan juntos el trayecto hasta instituto y centro de trabajo del padre, que se encuentran en la misma localidad. Comparten desayuno y charlan. Queda pendiente que ambos realicen actividades fuera de la rutina que favorezcan la unión y confianza que necesitan.

HIPÓTESIS SISTÉMICA resumen

A partir de un problema orgánico se detecta un problema psicosocial y familiar en entrevistas sucesivas. Los principales problemas son la deficiente relación padre-hija, conflictos conyugales y la ausencia de normas claras en el hogar, los cuales han comprometido las habilidades de relación, comunicación y convivencia de la adolescente con su entorno social ocasionando dificultades para relacionarse con sus iguales. Esto provoca baja autoestima, carencia de red social amplia y exclusión grupal. Por otro lado, la sobreprotección materna le ha impedido aprender normas de convivencia y adquirir responsabilidades. Estas circunstancias repercuten en la visión que la menor tiene de su entorno psicosocial, dificultando sus relaciones con el mismo y limitando los recursos para la correcta resolución de los conflictos.

5

AMISTADES PELIGROSAS (PARA CONSUMIR CANNABIS)

Carolina Aranda Sola

Médico de Familia. Centro de Salud Federico del Castillo, Jaén

Un adolescente varón de 19 años acude a la consulta acompañado de su tía materna y su abuela materna (quien no entra en consulta). Nos solicita que le realicemos una analítica de control porque desde hace unos meses presenta cansancio, anhedonia e insomnio. Comenta que todo *“le da todo igual”*. Su tía indica que todo viene desde hace casi más de un año, cuando abandonó los estudios y comenzó a salir con un nuevo grupo de amigos *“no muy recomendables”*. También comenta que el motivo de solicitar la analítica es para realizar una prueba de tóxicos, ya que su sobrino *“ha fumado porros de forma habitual”* y están preocupados aunque el adolescente dice que hace tiempo que no fuma, ya que se lo prometió a su tía. Se realiza una escucha activa del adolescente dejando a la tía hablar cuando el paciente da su visto bueno. Se aplican técnicas de entrevista motivacional sobre el consumo y abandono del consumo de cannabis, notando una actitud incómoda por parte del paciente por lo que se abandona en esa primera consulta. El adolescente no desea en un primer momento realizarse la prueba, pero al final se solicita.

Acuden a una segunda visita para los resultados. La entrevista se centra en las **relaciones familiares**, concretamente en la mala relación que tiene con su madre, motivo por el que le acompaña su tía. El paciente indica que no se siente comprendido por su madre, guarda una relación distante con discusiones frecuentes, refiere que según ella *“todo lo que hago está mal, que no ayudo en casa, que soy un vago...”*. Hay frecuentes peleas y discusiones entre su madre y su padre, quien se ausenta por temporadas del hogar (ahora lleva un mes y medio fuera) y con quien desearía vivir. Sitúa el comienzo del problema en el despido laboral de su padre: *“desde entonces los problemas aumentaron”*. La relación con su hermano pequeño de 12 años es insoportable: le molesta mucho, se mete en su cuarto y siempre se están peleando.

El adolescente presentaba un mal **rendimiento académico**, desde ese momento comenzó a no asistir a clase hasta que hace un año abandonó los estudios. Desde entonces comenzó a salir con otro grupo de amigos que tampoco acudían a clase, comenzó a fumar cigarrillos (medio paquete diario) y de forma ocasional cannabis, además de consumo de alcohol los fines de semana. Además durante ese periodo salió con varias chicas del grupo con las cuales tuvo **relaciones sexuales**. Ahora está con una chica, le gusta mucho pero discuten con frecuencia debido a que él sale mucho con sus amigos y a ella no le gusta lo que hacen.

No tiene otros antecedentes de interés. Se realiza una entrevista motivacional sobre el consumo de cannabis, y se indica que elabore una lista con pros y contras del mismo para que la traiga a la próxima consulta. Se recomienda realizar dieta equilibrada y ejercicio físico diario.

MOTIVO DE LA CONSULTA

Consumo de cannabis

CONDUCTAS DE RIESGO

Consumo de alcohol, tabaco y cannabis

Fracaso escolar

Relaciones sexuales sin protección

LISTA DE PROBLEMAS

Fracaso escolar.

Consumo de drogas.

Disfunción familiar.

Relaciones sexuales de riesgo.

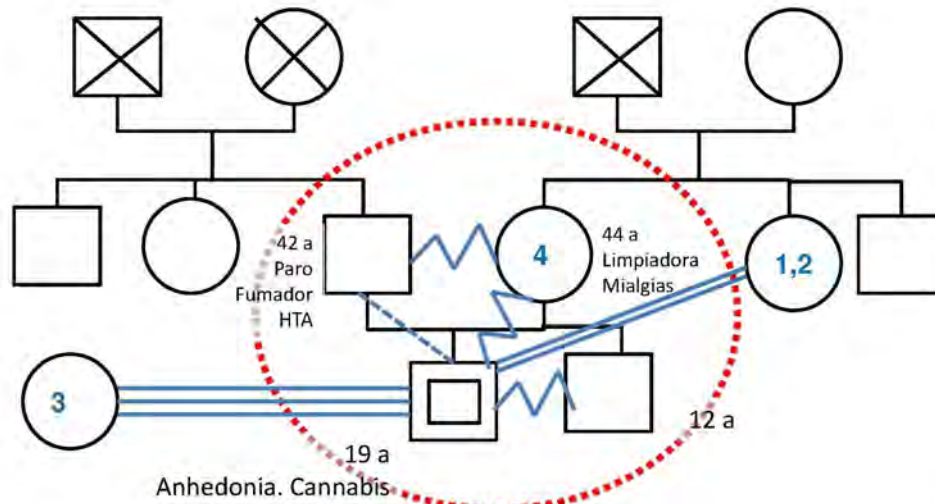
Conductas agresivas.

Astenia, anhedonia. Insomnio.

Problemas económicos.

ESTUDIO FAMILIAR

GENOGRAMA



AVE 1: Desempleo del padre.
AVE 2: Separación padres.
AVE 3: Fracaso escolar.

1 Red social confidencial 2 Red social emocional
3 Red afectiva 4 Red apoyo económico

MAPA DEL HOGAR



CIRCULACIÓN DE ESPACIOS

Adolescente:

Dormitorio → Salón → Dormitorio.
Dormitorio → Baño principal → Dormitorio.

Madre:

Cocina → Salón → Dormitorio.

Hermano pequeño:

Salón → Dormitorio → Salón

El hogar dispone de calefacción central. La higiene del mismo es normal, la madre realiza las tareas de limpieza sin ninguna ayuda por parte de sus hijos. La iluminación es normal.

Intimidad: El paciente dispone de un dormitorio para él sólo, pero dice que no tiene la suficiente intimidad ya que su hermano cuando el no está en casa aprovecha para entrar en su cuarto y registrar sus cosas. Así como su madre el cuál cree que está en su habitación para buscar cigarrillos, mirar sus cosas porque ella no confía en él. Según él, el espacio de su casa está bien delimitado. Piensa que si deberían haber cambios en casa para que su padre no tuviera que irse, cree que la culpa la tiene la madre ya que piensa que su madre debería cambiar su actitud tanto con su padre como con su hermano menor, piensa que su hermano menor está muy mimado y que su madre no le regaña y le da todos los caprichos.

Circulación: El paciente pasa el mayor tiempo del día que está en su domicilio en su dormitorio casi el 80% del tiempo, cuando no está ahí se encuentra en el salón aunque dice que no está mucho tiempo porque si está su hermano pequeño allí él se va a su dormitorio o a la calle. Cuando no está ahí está en la calle, casi el 50% del día, con sus amigos y con su novia con la cuál ahora está bien, y que si no está en la calle se va a casa de su tía materna con la que guarda una muy buena relación. Su madre suele pasar el mayor tiempo del día en la cocina y en el salón una vez que ha limpiado la casa, aunque también indica que está mucho tiempo en la calle hablando con sus vecinas y con sus amigas criticando mucho.

LISTA DE PROBLEMAS AMPLIADA

Fracaso escolar.
Consumo de drogas.
Disfunción familiar.
Relaciones sexuales de riesgo.
Conductas agresivas.
Astenia, anhedonia. Insomnio.
Problemas económicos.

Problemas de comportamiento en casa.

SOLUCIONES Y TAREAS

Las siguientes soluciones fueron propuestas por el paciente y por nuestra parte para poder ser lo más adecuadas y realizadas por nuestro adolescente.

Soluciones seleccionadas:

- Asistencia del paciente al centro provincial de drogodependencias.
- Abordaje del abandono escolar, incidir en la necesidad y beneficios de volver a escolarizarse o realizar alguna actividad escolar o en formación profesional y así mejorar sus conocimientos y mejorar sus aspiraciones laborales.
- Entrevista médico-paciente centrada en sus creencias, perspectivas laborales.
- Reforzar y mejorar la relación madre- hijo mediante entrevistas conjuntas.
- Reparto de tareas domésticas.
- Realización de tareas o actividades ociosas en compañía de su hermano.

TAREAS PROPUESTAS

1. Realización de lista de pros y contras sobre su situación actual y su actitud.
2. Realización de lista de pros y contra sobre su consumo de drogas.
3. Conocer puntos conflictivos con su madre y hermano, así como posibles soluciones para mejorar la relación y poder tener una mejor convivencia.
4. Hacer conocer a su madre sus deseos, inquietudes, pensamientos sobre la relación que mantiene su madre y su padre.
5. Autorregistro del consumo: anotar en una lista la cantidad de cigarrillos, alcohol y cannabis consumido semanalmente, anotando al lado las sensaciones que estos hechos le ocasionan tanto buenas como malas.
6. Uso de medidas de protección en relaciones sexuales.
7. Refuerzo de las connotaciones positivas sobre las actitudes más saludables.

En la actualidad el adolescente ha mejorado la relación con su madre, acudiendo con ella a todas las visitas que realiza a nuestra consulta, aunque aún tiene algunas discusiones, éstas han mejorado. Ayuda a su madre a realizar algunas tareas domésticas como acompañarla hacer la compra semanal, nos indica que su madre hace más cosas de las que él pensaba. La relación con su hermano continúa siendo difícil cree que es por la edad de éste y nos indica que su madre ahora regaña más a su hermano cuando es necesario.

El paciente ha decidido no volver a estudiar, está buscando trabajo como camarero en un bar o cafetería aunque aún no lo ha conseguido. Ha dejado sus antiguas amistades y pasa más tiempo con su novia y con los amigos de ésta, y refiere que se divierte más. Nos dice que ha dejado de consumir cannabis, su nuevo grupo de amigos no lo hacen y él se sentía mal cuando lo hacía estando con ellos ya que dice que le miraban mal.

6

CUANDO NO SE SABE EN QUÉ HABITACIÓN COMER

María de la Villa Juárez Jiménez, Araceli Ramírez Picó
Médicos de Familia. Centro de Salud El Valle, Jáen

Acude una adolescente de 15 años a la consulta acompañada de su madre. La paciente consulta por prurito y eritema con lesiones descamativas en ambas axilas de varias semanas de evolución y que no mejora con antifúngico tópico. Además refiere ataxia menstrual desde la menarquía (hace 2 años). La madre manifiesta que su hija tiene problemas con la alimentación desde hace 2-3 meses; comenta que vomita la comida en ocasiones, las comidas son muy irregulares, está perdiendo mucho peso y realiza un ejercicio físico muy intenso.

En la primera parte de la entrevista clínica la paciente tiene un papel activo, ya que es la que habla y expresa sus síntomas: ataxia menstrual desde la menarquía y dermatitis en ambas axilas. En la segunda parte de la entrevista la madre comenta su preocupación por la conducta alimenticia de su hija: come poco, vomita en ocasiones tras comer y se preocupa mucho por el peso. En esta parte de la entrevista la adolescente permanece callada, adopta un papel pasivo y contesta con monosílabos y frases cortas; cuando la madre le exige hablar, desvía la mirada hacia el suelo, hace gestos de desacuerdo con la mirada y utiliza adaptadores (como mirar su móvil). Finalmente, ella niega problemas con la alimentación y refiere que la madre está demasiado preocupada por el tema.

Como antecedentes personales presenta migraña y adenoidectomía en el año 2003. Tuvo la menarquía a los 13 años de edad. En los antecedentes familiares, la madre padece fibromialgia y asma bronquial, y un tío materno tiene un linfoma. No indica alergias medicamentosas. Entre los **hábitos de riesgo** destaca un consumo esporádico de alcohol (sobre todo en fin de semana). A veces monta en bicicleta y corre; realiza una dieta normocalórica. Tiene pareja y usa como método anticonceptivo el preservativo. La paciente no refiere problemas sociales, escolares ni familiares. La madre refiere que su hija es buena estudiante e inteligente, aunque que el último trimestre suspendió matemáticas e inglés.

En la exploración física se objetiva un índice de masa corporal de 18 kg/m² (peso 44 kg y talla 155 cm), siendo el resto normal (salvo una micosis en ambas axilas). Se realiza la encuesta sobre conducta alimenticia *eating attitudes test* 26 con una puntuación de 10 (normal cuando es inferior a 20 puntos). Tiene una analítica general normal de pocos días previos, realizada en urgencias del hospital; se solicita un perfil hormonal, un test de gestación y una ecografía de útero y ovarios.

MOTIVO DE LA CONSULTA

Ataxia menstrual
Bajo peso

JUICIO CLÍNICO

Dermatitis axilar
Alteraciones de la menstruación

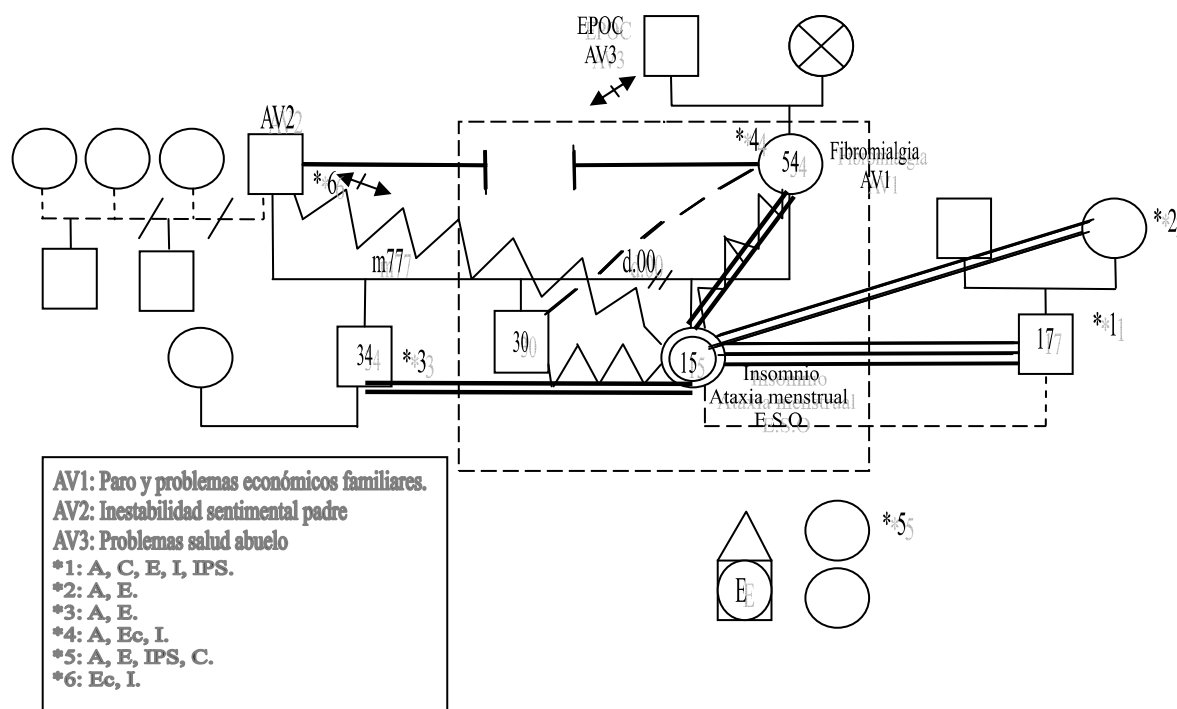
LISTA DE PROBLEMAS

Dermatitis axilar
Ataxia menstrual
Pérdida ponderal
Alteraciones del patrón alimentario

Se prescribe un antifúngico vía oral y se cita para consulta programada de forma independiente a la madre y a la hija (ésta se valora en el instituto donde acude, en la consulta del punto de Forma Joven) para control de peso y estudio familiar.

ESTUDIO FAMILIAR

GENOGRAMA



Es una **familia monoparental en estadio del ciclo vital familiar III** (final de la extensión. Sus padres se divorciaron cuando ella tenía 3 años (en el año 2000). En el hogar viven el 2º hijo de 30 años y la hija menor de 15 años (adolescente identificada). El padre no vive en el hogar, ha tenido tras la separación 3 parejas conocidas y 2 hijos con 2 de sus parejas, una de ellas le exige someterse a la prueba de ADN para que reconozca la paternidad de uno de sus 2 últimos hijos. Actualmente tienen graves problemas económicos ambos padres y la madre está en paro.

La madre padece de fibromialgia y tiene una relación conflictiva y unida con la adolescente. En ocasiones la adolescente teme que su madre recaiga en depresiones (tuvo una grave con el fallecimiento de la abuela materna). Hay escasa comunicación con su padre aunque es el principal apoyo económico familiar. La relación con su padre es unida y conflictiva. Con su hermano mayor tiene una relación unida. Con su hermano que viene en el hogar tiene una relación conflictiva; apenas tiene confianza para hablar sobre los problemas familiares.

Los **acontecimientos vitales estresantes** en el último año son:

- Paro y problemas económicos familiares.
- Inestabilidad sentimental del padre
- Problemas de salud del abuelo materno (ingresos reiterados en el hospital por exacerbación de EPOC)

Cuestionario MOS de apoyo social

BAJO - INDICE GLOBAL: 44 PUNTOS
 Apoyo afectivo = 32 puntos
 Apoyo confidencial = 26 puntos

Test Apgar familiar

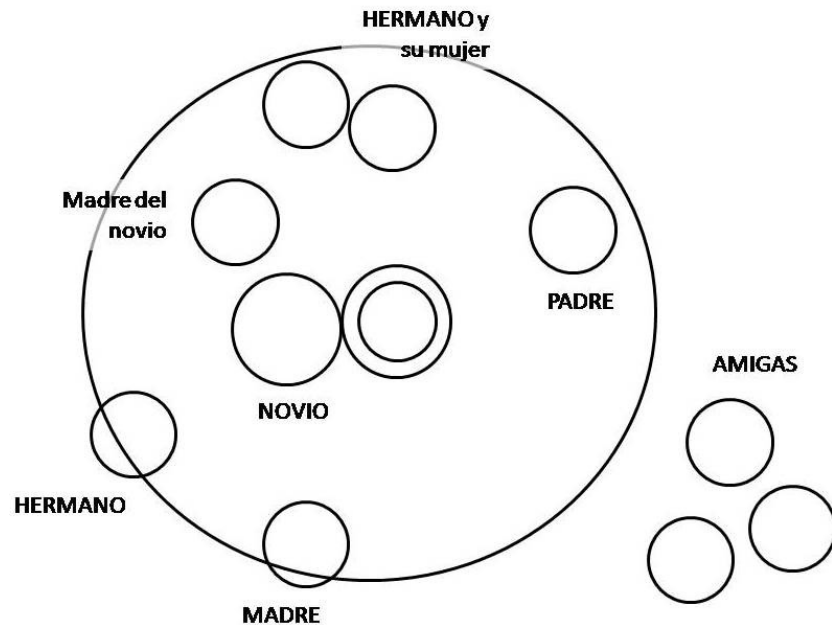
DISFUNCIÓN LEVE
 7PUNTOS

Escala de Reajuste Social

Puntuación total: 120 puntos

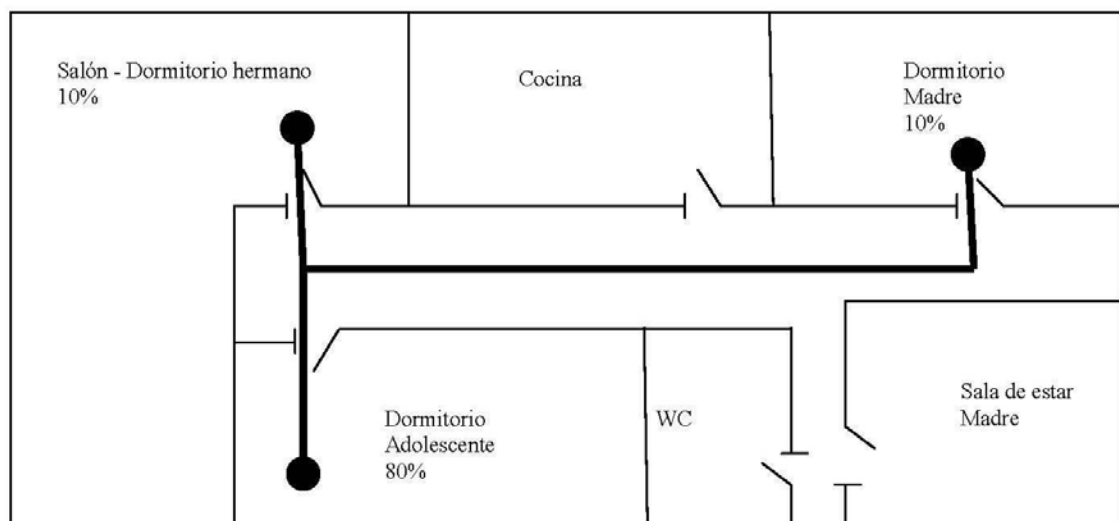
Paro: 47 puntos
 Cambio de salud del abuelo: 44 puntos
 Problemas legales del padre: 29 puntos

Modelo de Círculos



En una sesión la adolescente cumplimenta un modelo de círculos. Ella ocupa el centro junto a su novio y la madre del mismo. Su madre y el hermano que viven en el hogar están situados en la periferia de su círculo íntimo, mientras que el padre (separado de la madre) y el hermano mayor que vive fuera se encuentran dentro del mismo. De forma externa sólo indica algunas amigas del colegio.

MAPA DEL HOGAR



La familia vive en un piso con buena higiene, está limpio y ordenado. La calefacción es eléctrica y hay buena iluminación natural; todas las habitaciones de la casa son exteriores (dan a la calle o a patio interior) y presenta ventanales amplios excepto en el pasillo.

Intimidad de la adolescente: La paciente tiene un dormitorio para ella sola, pero no siente que tenga intimidad; ya que cuando sale de casa nota que su madre registra su armario, sus bolsos, su mochila, su escritorio (mira notas de las amigas del instituto que tiene en el estuche), la papelería... A la paciente le gustaría tener un cuarto de baño para ella sola dentro de su mismo dormitorio para no tener que atravesar el pasillo obligatoriamente para llegar hasta el cuarto de baño. Además le gustaría tener un dormitorio más amplio.

Circulación en el hogar: La paciente permanece la mayor parte de su tiempo en su dormitorio (80%), en torno a 10% en el salón-dormitorio del hermano para ver la televisión, comer y hablar con el hermano y otro 10% en la habitación de la madre. La madre pasa la mayor parte de su tiempo en el sala de estar (descansando, viendo la televisión, haciendo tocados de bodas para venderlos y arreglos de prendas para tiendas). Un 20% de su tiempo lo pasa en la cocina (cocinando y comiendo) y un 25% en su dormitorio. El hermano pasa la mayor parte de su tiempo en su dormitorio-salón, y muy poco en la cocina para ver la televisión o comer. Se objetiva una clara división del hogar en dos zonas: madre y hermano; ya que la relación entre ambos es distante. La adolescente tiene el siguiente dilema, si almuerza en el salón con el hermano, la madre se incomoda y si por el contrario; almuerza con la madre, su hermano se molesta.

LISTA DE PROBLEMAS AMPLIADA

(ordenada por la **MADRE**
por orden de importancia)

Mala alimentación de su hija
Problemas económicos y paro
Algias musculares
Mala relación con su hijo

LISTA DE PROBLEMAS AMPLIADA

(ordenada por la **ADOLESCENTE**
por orden de importancia)

Preocupación por su baja talla (155 cm)
Mala relación con la madre
Insomnio
Dieta no equilibrada

SOLUCIONES Y TAREAS

Soluciones seleccionadas:

- Se hará un seguimiento del peso corporal en consulta en las sucesivas visitas.
- Se le explica la pirámide de alimentos, concepto dieta equilibrada, dieta para estreñimiento.
- Se le explica a la madre en consulta que la relación entre madre e hija se mejoraría si se fomentase la comunicación entre ambas y para ello debería la madre de hablar abiertamente con su hija sobre los temas que le preocupan, ganarse su confianza, no registrar sus enseres...
- Se le indica tratamiento dietético y medidas higiénicas para conciliar el sueño (no tomar bebidas excitantes, no dormir siesta, ejercicio regular, lectura antes de dormir, baño...)

TAREAS PROPUESTAS

5. La madre junto con la adolescente acuerdan en que sería conveniente pasar una temporada en casa del hermano mayor.
6. La madre realiza hoja de pensamientos negativos (terapia cognitiva breve) donde identifica los momentos en los que se encuentra peor durante el día e inicia ejercicios de relajación muscular.
7. La adolescente realiza una dieta equilibrada y rica en fibra e incluso nos solicita la emisión de un informe médico donde se indique su problema de estreñimiento crónico para que lo tenga en cuenta en el servicio de cocina de la residencia de estudiantes donde se alojará.
8. Se aconseja aumentar el tiempo que estén juntos la madre, hijo e hija; por lo que se aconseja encontrar momentos a compartir en el hogar: almuerzo en la cocina todos juntos a diario y comentar qué han hecho durante la mañana.

Se objetiva en las siguientes visitas un incremento ponderal (hasta 5 kg) de la paciente, con una menor frecuentación médica. La madre padece menos dolores y cuando acude a consulta habla fundamentalmente de su hija; a mitad del pasado curso se fue a vivir con su hermano y su cuñada, pero ahora se encuentra en una residencia de estudiantes en un pueblo cercano a su localidad, decisión tomada por la madre de forma unilateral. La adolescente va a casa los fines de semana para estar con el otro hermano y la madre. La relación con la madre ha mejorado al distanciarse y verse de forma más espaciada en el tiempo. Mejora en los estudios aunque ha suspendido alguna asignatura. La madre no se muestra preocupada, la define como inteligente y augura mejores resultados al finalizar el curso.

7

ACOSO ESCOLAR EN LA ADOLESCENCIA

M^a Ángeles Moreno Fontiveros. Médico de Familia. Centro de Salud Estepa, Sevilla
M^a José Martínez Vera. Médico de Familia. Centro de Salud Casariche, Sevilla

En una primera cita, son los padres los que acuden sin la paciente a la consulta solicitando asesoramiento. Han encontrado una carta amenazante en el buzón de su domicilio dirigida a su hija, una adolescente de 15 años. En la carta, que aportan en la consulta, se insulta y amenaza de muerte a la menor y se demuestra conocimiento extenso de aspectos íntimos de su vida y entorno, tales como la muerte muy reciente de un tío muy cercano a los 32 años. Los padres afirman que han hablado con su hija, quien niega conocer a los autores del texto pero les cuenta que hace unas semanas en el colegio le desapareció una de sus libretas y tras varios días apareció frente a su casa. En la libreta se habían tachado todos los ejercicios y sobrescrito insultos a la menor. Los padres refieren que desde hace unos 7 meses la paciente se muestra más retraída de lo habitual, callada y con brotes de irascibilidad, que achacaban a la adolescencia y al fallecimiento inesperado de un familiar cercano muy allegado a la menor. Informan que en este mismo tiempo vienen observando malos resultados escolares inusuales en la paciente, quien siempre ha tenido muy buen expediente. Además la paciente está en estudio por **dolores abdominales** intermitentes, inespecíficos, siendo todas las pruebas realizadas hasta el momento normales. Sin antecedentes de problemas escolares previos.

Se acuerda una nueva cita en la que acudirán los padres con la paciente. Se hace pasar a la menor sin la presencia de los padres, y ésta se muestra dispuesta a hablar de los hechos que han ocurrido relatados en la consulta anterior. Sin embargo, es reacia a comentar aspectos sobre su vida cotidiana, con sus compañeros de clase y su estado emocional previo y su estado actual. Reitera que desconoce quién le está amenazando y no conoce sentimiento cercano de resentimiento o rechazo hacia ella. Sin embargo, existe una situación de **acoso escolar**: ha recibido insultos y empujones en el colegio, comunicándoselo a su tutor en varias ocasiones desde hace años, pero en este curso escolar se han intensificado en intensidad y frecuencia. Siente miedo, evita ir al recreo y relacionarse con otros alumnos (come con los profesores, o se queda en clase estudiando). Relata que para volver a casa del colegio elige el camino menos transitado aunque este sea más largo. Tiene sólo una amiga que también recibe amenazas. Reconoce no entrarse anímicamente como antes, pero dice ser fuerte, y únicamente por la noche no deja de pensar, se despierta y llora cuando nadie le ve: *“pienso en taparme y no salir de la cama”*. Ha perdido el apetito, especialmente en el almuerzo, llegando a perder peso. Por las tardes realiza sus actividades extraescolares y se divierte con ellas. No se detecta consumo de tóxicos y no tiene pareja en la actualidad.

Mantiene una buena relación con los miembros de su familia. Se siente mejor, aliviada desde que todo ha salido a la luz, confortada por el apoyo de sus padres. No sabe decir por qué no lo ha dicho antes, aunque sí reconoce que se siente avergonzada por la situación, y tiene miedo por decepcionar a sus padres. Tras hablar con la paciente, se acuerda volver a comentar lo hablado a los padres estando ella presente.

MOTIVO DE LA CONSULTA

Acoso escolar

JUICIO CLÍNICO

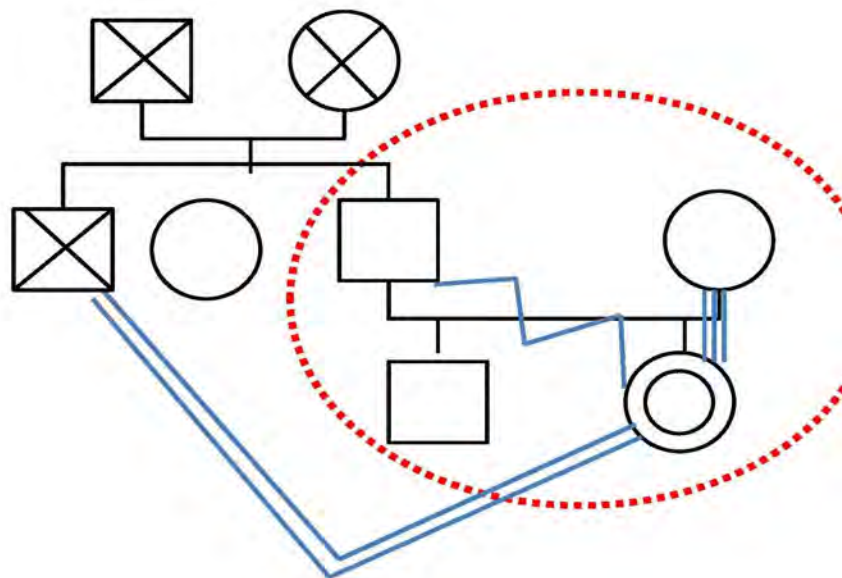
Violencia entre iguales
Trastorno adaptativo

LISTA DE PROBLEMAS

Acoso y fracaso escolar
Introversión y aislamiento social
Insomnio y síntomas de ansiedad
Duelo
Dolor abdominal funcional
Pérdida de peso

ESTUDIO FAMILIAR

GENOGRAMA



Se trata de una familia nuclear con parientes cercanos. Hay una mala relación con el padre, muy exigente con ambos hijos por lo que la paciente busca constantemente su aprobación. Unida estrechamente a la madre y a su tío paterno, quien ha fallecido recientemente.

Cuestionario MOS de apoyo social

NORMAL - INDICE GLOBAL: 62 PUNTOS

Test Apgar familiar

5 PUNTOS

Indica una percepción de disfunción leve familiar

LISTA DEFINITIVA DE PROBLEMAS

Acoso escolar
Introversión, aislamiento social
Trastorno adaptativo
Dolor abdominal funcional

SOLUCIONES Y TAREAS

- Revisión en consulta de forma semanal (durante el tiempo de recreo).
- Derivación al Equipo de Salud Mental de referencia
- Puesta en marcha del Protocolo de actuación en supuestos de acoso escolar (Orden de 20 junio de 2011, BOJA número 132, julio 2011) por parte del Centro Escolar.

El Protocolo de Actuación en supuestos de Acoso Escolar incluye diversas actividades con las aulas de los alumnos implicados para la sensibilización el resto del alumnado, así como una intervención individualizada de la orientadora con la paciente, para el aprendizaje y desarrollo de habilidades sociales, autoestima, habilidades de comunicación y asertividad. También a través del ámbito escolar se realiza una intervención sobre el alumnado agresor, aplicando las correcciones correspondientes estipuladas en el plan de convivencia, y actuaciones educativas dirigidas a modificar su conducta y ayuda personal. Además se interviene sobre los observadores pasivos, desarrollando sus habilidades sociales, emocionales y de empatía a través de actividades. Dentro del protocolo de actuación ante el Acoso Escolar también se incluye el apoyo a las familias.

- Buscar tiempo y espacio para reforzar la comunicación entre los miembros de la familia. Realizar actividades juntos: comidas, deporte, salidas los fines de semana,... Fomentar la interacción entre los distintos miembros de la familia, hablar de los problemas e intentar darles solución entre todos.
- Pensar en cambiar de Instituto en el próximo curso escolar.
- Se plantea la posibilidad de reforzar las asignaturas pendientes con clases escolares.
- Aprender a verbalizar sus sentimientos.
- Buscar actividades de ocio para intentar mejorar las relaciones interpersonales y relaciones sociales.

Hipótesis sistémica

El acoso escolar es entendido como el maltrato psicológico, verbal o físico hacia un alumno o alumna producido por uno o más compañeros y compañeras de forma reiterada a lo largo de un tiempo determinado. Tras varias consultas programadas con el paciente y su familia, la adolescente identifica al grupo de agresores. Ha tenido varias agresiones previas, inicialmente verbales, que han ido aumentando de frecuencia e intensidad a lo largo del tiempo, siendo actualmente diarias. Tras la puesta en marcha del Protocolo de Actuación en supuestos de Acoso Escolar en el Centro de Enseñanza, la paciente se muestra más receptiva con sus padres y más abierta a la hora de expresar sus dudas y problemas. Se decide que el año próximo la paciente cambiará de instituto, decisión con la que la paciente se muestra de acuerdo, aunque está preocupada por los problemas a la hora de establecer nuevas relaciones. La paciente refiere encontrarse aun insegura en el Instituto, pero afirma sentirse más apoyada por su familia y estar más abierta a hacer partícipe de sus problemas al resto de su familia.

8

ADOLESCENTE CON CONDUCTAS DE RIESGO

Juana María Morales Cortés

Médico de Familia. Centro de Salud San Felipe, Jaén

Paciente de 21 años, alérgica a la penicilina, con antecedentes personales de rinitis alérgica, acude a consulta acompañada de su madre, mostrándose reacia a participar en la consulta médica. La madre refiere encontrar a su hija rara en los últimos 3 meses. No le gusta la compañía que tiene últimamente (*“ha conocido a gente nueva que no es de fiar”*). Llega muy tarde a casa y a veces en condiciones de ebriedad. Además está muy irritable, dice que casi no se le puede hablar porque a la mínima se muestra violenta y amenaza con irse de casa. Durante la consulta la paciente en cuestión se muestra cabizbaja y a veces *“mira mal”* a la madre cuando cuenta la situación.

Se establece un acuerdo por ambas partes y la madre sale de la consulta. La paciente, una vez que la madre sale de la consulta, se muestra mucho más relajada. Refiere consumo de sustancias tóxicas (alcohol, tabaco y drogas en ocasiones, como la cocaína). Además refiere relaciones sexuales de riesgo al no usar método anticonceptivo.

No sabe por qué no se encuentra bien con ella misma. Refiere que con el nuevo grupo de gente con la que sale tiene estas conductas y que para sentirse aceptada tiene que hacer lo mismo que el resto. A veces no lo apetece, pero siente que tiene que hacerlo para ser una más y que no la discriminen. Ya ha tenido esa sensación en otras ocasiones y no quiere que le pase más. Además uno de los chicos del grupo nuevo le gusta y no quiere que le vea como una *“pardilla”*.

Últimamente se siente más cansada de la cuenta y no soporta la convivencia con su madre. Al parecer su madre tiene una nueva pareja sentimental y nuestra paciente no tiene buena relación con él.

MOTIVO DE LA CONSULTA

Problemas de conducta
Conductas de riesgo

JUICIO CLÍNICO

Conductas de riesgo: consumo de sustancias y relaciones sexuales de riesgo

LISTA DE PROBLEMAS

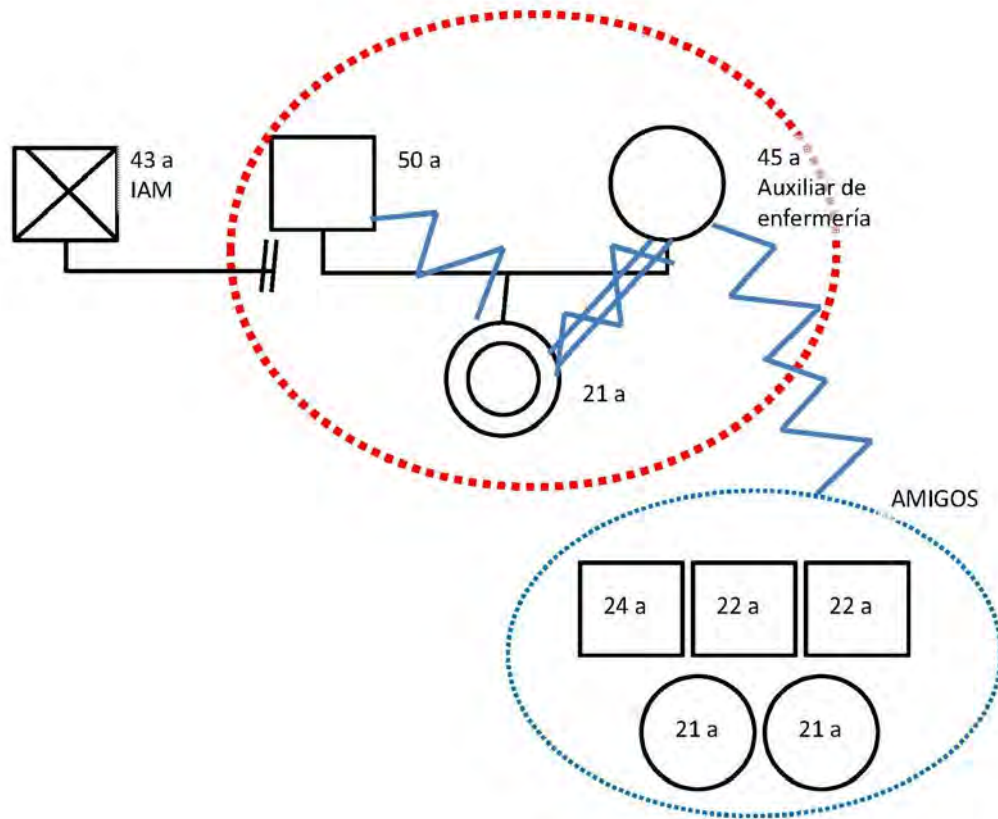
Consumo de drogas
Relaciones sexuales de riesgo.
Problemas en la relación con los pares.
Mala relación con la madre.

Enfoque terapéutico:

Se solicita analítica general incluyendo estudio de anemias, hormona tiroidea, serología de hepatitis y VIH, y un test de embarazo. Se hace hincapié en lo perjudicial de sus hábitos y en el beneficio de su abandono. Se programa nueva consulta a la que la paciente acudirá sola o acompañada según desee. Se plantea la posibilidad de realizar una derivación a Salud Mental para profundizar en la valoración de su conducta y la relación con su madre.

ESTUDIO FAMILIAR

GENOGRAMA



La familia de la paciente es monoparental, sin parientes próximos.

La relación actual con la madre es mala aunque no siempre ha sido así, ya que antes de la muerte de su padre mantenían una relación excepcional; posteriormente empeoró cuando la madre comenzó una relación con otro hombre, con el cual tampoco tiene una buena relación. Actualmente tiene un mayor vínculo con sus amigos, sobre todo con uno con el que parece que tiene o quiere tener una relación sentimental. La paciente se mantiene muy reservada al respecto de este tema. La madre tiene mala relación con los amigos de nuestra paciente porque piensa que no son buena compañía.

Cuestionario MOS de apoyo social:
NORMAL con puntuación máxima

ERS (escala de reajuste social):
145 UCV (*unidades de cambio vital*)
dentro de la normalidad

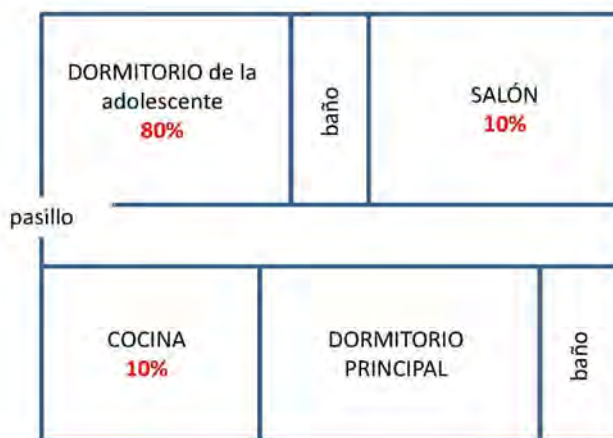
- Cambio de salud de un familiar
- Cambio de situación económica

Test Apgar familiar

DISFUNCIÓN GRAVE - 0 PUNTOS

Indica una percepción mala de la
función familiar

MAPA DEL HOGAR



Llama la atención el poco tiempo que comparten los miembros de la familia aproximadamente 1,5 horas al día, el resto del tiempo la paciente lo pasa fuera de casa o en solitario en su habitación.

LISTA DE PROBLEMAS AMPLIADA

Fracaso escolar – no hay datos

Paro – no hay datos

Consumo de tabaco, alcohol y drogas.

Relaciones sexuales de riesgo.

Problemas en la relación con los pares.

Disfunción familiar grave.

Duelo.

SOLUCIONES Y TAREAS

El listado de problemas fue realizado por el equipo médico pero siempre con la ayuda y aprobación de la paciente y su madre, y se plantean las siguientes posibles soluciones

1. Se deriva al adolescente a Salud Mental, quienes hacen diagnóstico de personalidad límite y trastorno adaptativo.
2. Se plantea la posibilidad de retomar los estudios para sentirse algo mejor consigo misma.
3. Se propone la búsqueda de espacios que aumenten y refuercen la comunicación familiar y la relación con su madre: intentar comer juntos, ver la televisión juntos en el salón, organizar salidas los fines de semana, etc.
4. Hablar con sus amigos de las conductas de riesgo que siguen.
5. Buscar actividades de ocio que le permitan mejorar sus relaciones interpersonales y aumentar sus relaciones sociales: practicar algún deporte, inscribirse a algún curso.
6. Citar de manera individual a la madre para tratar los problemas existentes.
7. Hablar con el Trabajador Social para pedir información sobre posibilidades laborales para la paciente.
8. Abordar con la paciente el abandono de los hábitos tóxicos, al mismo tiempo plantearle que piense y proponga actividades para mejorar sus hábitos de vida.
9. Acudir con su pareja a planificación familiar.

Las tareas también fueron consensuadas en conjunto y se plantearon a la paciente y su familia buscando su aprobación.

TAREAS SELECCIONADAS

1. Pasar más tiempo juntas en familia, madre e hija. Aprovechar las horas de las comidas para estar en familia y hablar. Utilizar más los espacios comunitarios de la casa (salón, cocina). Buscar actividades que puedan disfrutar todos los miembros de la familia (ver la televisión, salir a comer...). Hablar y discutir sobre los problemas del día a día.
2. Buscar orientación sobre cómo buscar trabajo
3. Hará un esfuerzo por ampliar su red social, llamando a antiguas amigas para reiniciar la relación.
4. Abandono de hábitos tóxicos. Inicio de abandono de hábitos tóxicos y acudir a nosotros en caso de no poder conseguirlo para buscar ayuda en centros especializados
5. Mejorar hábitos de vida: iniciar planificación familiar.

HIPÓTESIS SISTÉMICA Y RESUMEN.

La paciente es una adolescente tardía de 21 años que tiene una familia monoparental con mala relación con su madre. Mantiene nula relación con el resto de sus familiares directos y una muy estrecha relación con un círculo de amistades que según su madre no le convienen. Abandonó los estudios y actualmente está en el paro. La paciente, aunque en un primer momento se mostró reacia a la intervención médica, una vez iniciada siempre se ha mostrado muy colaboradora y participativa.

Tras la intervención los resultados que se han obtenido han sido satisfactorios. Tras tres meses, la paciente se encuentra mucho mejor: ahora tiene trabajo, no consume drogas y usa métodos anticonceptivos. Ha conocido a gente nueva y se ha inscrito en un módulo de diseño de interiores (su gran vocación). Las relaciones familiares con su madre han mejorado mucho, aunque aún le cuesta un poco aceptar a la nueva pareja, pero se muestra mucho más tolerante y no está tan agresiva. La madre de nuestra paciente acude a consulta muy agradecida por el gran cambio que ha experimentado su hija en tan poco tiempo. Dice que ahora la ve feliz y que esa era su única intención.

Se decide valorar periódicamente (inicialmente cada 15 días) cada una de las tareas a realizar. Mediante esta evaluación se valorará el progreso obtenido y la consecución de los objetivos establecidos. De este modo se podrán corregir aquellas actitudes que no sean del todo satisfactorias, valorar añadir nuevas actitudes y reforzar aquellas que se vayan consiguiendo. En todo momento habrá un control sobre los síntomas, emociones y actitudes de la adolescente ante cada una de las tareas realizadas, indagando dificultades y emitiendo refuerzos positivos.

9

PROBLEMAS JUDICIALES EN LA ADOLESCENCIA

Marta Muñoz Puentes

Médico de Familia. Centro de Salud Madrid, Andújar (Jaén)

Paciente varón de 15 años acude a consulta acompañado por su madre. Es ella la que toma la iniciativa mostrando preocupación por hábitos tóxicos de su hijo y alteraciones en su conducta. Nos relata que desde hace más de un año su hijo llega tarde a casa con bastante asiduidad, con intenso olor a tabaco y en numerosas ocasiones en estado de embriaguez. Si le recriminan algo, éste reacciona con agresividad, no sólo verbal sino también dando golpes a las puertas o la pared. La madre también nos informa de las “malas amistades” con las que sale su hijo así como fracaso en los estudios.

En los últimos meses ha sido detenido por la policía por robo de un ciclomotor, tráfico de estupefacientes, resistencia y desobediencia a la autoridad, siendo condenado e internado en un centro de menores. El adolescente reconoce todo lo que nos relata su madre. Dice beber alcohol todos los días y en cantidad importante, así como fumar tabaco y cannabis. Es consciente del problema que tiene.

Tratamientos prescritos: antidepresivos y ansiolíticos. Ante la conducta de consumo de tóxicos decidimos enviarlo al Centro de Drogodependencia para que valoren el caso y se da una nueva cita programada.

MOTIVO DE LA CONSULTA

Conflictos familiares
Problemas escolares
Comportamientos de riesgo

JUICIO CLÍNICO

Consumo de tóxicos
Falta de control de impulsos

LISTA DE PROBLEMAS

Impulsividad.
Conducta agresiva.
Conductas delictivas.
Fracaso escolar.
Consumo de alcohol y cannabis.

En la siguiente cita programada indica una serie de **problemas académicos** provocados por el absentismo escolar con fracaso escolar por la escasa motivación para estudiar.

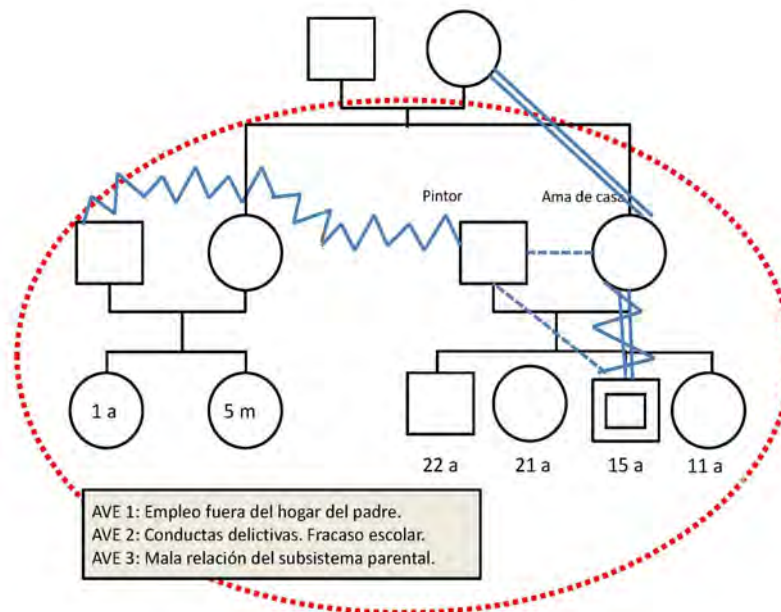
En cuanto a los **comportamientos de riesgo** del adolescente podemos destacar:

- 1) Consumo de tóxicos como alcohol y cannabis.
- 2) Actos delictivos: robo de moto, tráfico de estupefacientes, resistencia y desobediencia a la autoridad

En la consulta programada también se indaga sobre la **relación familiar**. La relación del adolescente con su padre es casi inexistente, debido a que éste pasa la mayor parte de la semana fuera de casa por motivos laborales. No se implica prácticamente nada en los problemas de su hijo. En cuanto a la madre, la relación y actitud de la misma es diferente. Se implica en las medidas terapéuticas y judiciales impuestas a su hijo, participando en las entrevistas de forma activa y colaboradora, intenta sobreprotegerlo.

ESTUDIO FAMILIAR

GENOGRAMA



Se trata de una familia nuclear ampliada. En la etapa II-B del ciclo vital familiar en extensión. La familia está compuesta por los padres y cinco hijos de edades comprendidas entre los 22 y los 11 años. No siempre las relaciones familiares han sido buenas. El paciente, entre los 7 y los 10 años, ha sido internado en Centros de Protección junto a sus hermanos mayores. Posteriormente ha estado en Piso de Convivencia y Centro de Internamiento por orden judicial con motivo de su actividad delictiva. Según refiere el menor, las relaciones familiares van mejorando. En el domicilio familiar viven los progenitores, los hermanos y la familia de una de las hermanas (sus tíos y sus dos primas).

El padre pasa toda la semana fuera por trabajo, mantienen una relación distante. La relación con la madre es unida aunque ocasionalmente conflictiva. Se localiza una mala relación con la familia de su tía ya que, según el menor, la pareja de su tía la maltrata y tiene conductas inapropiadas; por este motivo, su padre y su tío político no se hablan a pesar de vivir en la misma casa. Refiere agresiones verbales de su parte al resto de la familia. La relación con sus abuelos es buena, reconoce la preocupación de los mismos por la situación familiar. El resto de familia vive fuera por tanto la relación es buena pero escasa.

En cuanto a los amigos son chicos de su localidad, no obstante, el menor comenta que desde que salió del centro solo se relaciona con ellos de forma esporádica y no a diario como antes. Comenta que son menores sin medidas judiciales aunque sí reconoce que consumen cannabis.

Test Apgar familiar

4 PUNTOS

disfunción familiar grave

MAPA DEL HOGAR



La casa es demasiado pequeña para el número de personas que habitan en ella, diez personas. Necesitaría reformas para vivir mejor, una de las reformas sería cerrar el balcón y ampliar el salón, de forma que se pueda meter un mueble cama para la familia de la hermana, aunque en estos momentos no tienen posibilidad económica para ello. No tiene espacio para él sólo ni para defender su intimidad.

LISTA DE PROBLEMAS AMPLIADA

Consumo de alcohol y cannabis.
Problemas de absentismo y fracaso escolar.
Delincuencia.
Detención, juicio e internamiento en centro de menores.
No puede contener sus impulsos.
Influencia negativa de sus amigos.

Problemas con la pareja de su hermana (padre de sus sobrinas).
La mayoría de los componentes de la familia desempleados.
Problemas económicos.
Pequeña vivienda para gran número de personas que viven en ella.

PROBLEMAS SELECCIONADOS

1. Consumo de alcohol y cannabis.
2. Problemas de absentismo y fracaso escolar.
3. Influencia negativa de sus amigos.
4. Delincuencia

SOLUCIONES Y TAREAS

Una vez fuera del Centro de Internamiento el menor debe aceptar de forma participativa todas las acciones que desde el equipo de medio abierto se le han propuesto:

1. Matriculación en el IES del nivel I de la ESPA que engloba los cursos de 1° y 2° de ESO.
2. Tratamiento de deshabituación de tóxicos asistiendo al CPD.
3. Cambio del tipo de amistades.

TAREAS PROPUESTAS

1. Asistir puntual y regularmente a las clases impartidas en el Centro.
2. Realizar tareas escolares.
3. Respetar las normas de convivencia del Centro Educativo, así como al profesorado y los compañeros de clase.
4. Asistir al tratamiento ambulatorio psicológico.
5. Controlar el consumo de tóxicos y alcohol.
6. Respetar las normas familiares y los horarios de regreso al domicilio marcados por su madre.

EVALUACIÓN DE RESULTADOS

El trabajo realizado hasta el momento está resultando gratificante para todos los profesionales que trabajan con el menor, puesto que su actitud está siendo muy favorable permitiendo abordar de forma unificada y armonizada todos sus aspectos personales, sociales y formativos. Se está mostrando como un joven responsable y comprometido con todas las medidas, facilitando la interacción entre todos los profesionales. En el trabajo diario que realiza, está consiguiendo un gran aprovechamiento, lo cual va en beneficio de su desarrollo personal. El menor se muestra ilusionado ante las calificaciones obtenidas, ha aumentado su autoconfianza y motivación ante la posibilidad de obtener en un futuro próximo el Título de Educación Secundaria. En lo referente al ámbito familiar, el menor respeta las normas impuestas en el domicilio, respetando de igual forma los horarios de llegada.

10

CONFLICTOS FAMILIARES EN LA ADOLESCENCIA

Eva Jiménez Ruiz

Médico de Familia. Centro de Salud San Felipe, Jaén

La paciente de 19 años acude a la consulta hace cinco meses, el motivo era que presentaba una fobia desde hacía tres años a la oscuridad, además de miedo a los peces, por lo que ya no se bañaba en el mar y que había ido aumentando en el último año, provocándole irritabilidad, llanto fácil, insomnio y celos a su pareja, al parecer sin motivos. Ha sufrido **fracaso escolar**, ya que dejó los estudios en 3º de ESO porque se aburría. Respecto a las **conductas de riesgo** reconoce consumo de alcohol (sobre todo los fines de semana) con un hábito tabáquico de 5 cigarrillos diarios. Es consumidora habitual de 1 cigarro de cannabis diario, al igual que su pareja. No ha tenido ninguna IVE pero si ha solicitado en 4 ocasiones en los últimos 2 años la píldora postcoital.

La adolescente cuenta una historia de **disfunción familiar**: sus padres se divorciaron hace 4 años debido al maltrato psíquico y físico que sufrió su madre. Desde entonces no mantienen ningún tipo de relación con el padre, éste se ha desentendido por completo de sus dos hijos, aunque ella refiere que él nunca ha sido cariñoso con ellos. A esto se unieron graves **problemas económicos**: la madre que era limpiadora se quedó en paro, el domicilio familiar esta embargado, ella no estudia ni trabaja y el único sustento económico lo trae su hermano mayor que trabaja de camarero en un bar. Hace un año la adolescente discutió con su madre porque le había robado todas las joyas de oro y las había vendido para conseguir dinero (alega que la madre no podía darle más de 2 euros al día de paga). Durante un tiempo se fue a vivir con una amiga a otra ciudad donde estuvo relacionada con temas de prostitución y drogas. En esta temporada conoció a su actual pareja, quien se trata de sus adicciones a las drogas en Proyecto Hombre; durante unos meses vivió con él en la casa de sus suegros pero hace dos meses que ha regresado al domicilio familiar.

La relación actual con su madre y su hermano sigue siendo muy mala. Le reprocha a su madre que trata mejor a su hermano que a ella (por ejemplo, aún le hace la cama) pero piensa que su hermano trabaja y que ella no quiere trabajar: lo único que hace es levantarse al medio día y ver programas de la tele todo el día. La adolescente también nos comenta que su anterior pareja la maltrató psicológicamente.

MOTIVO DE LA CONSULTA

Conflictos familiares
Comportamientos de riesgo

JUICIO CLÍNICO

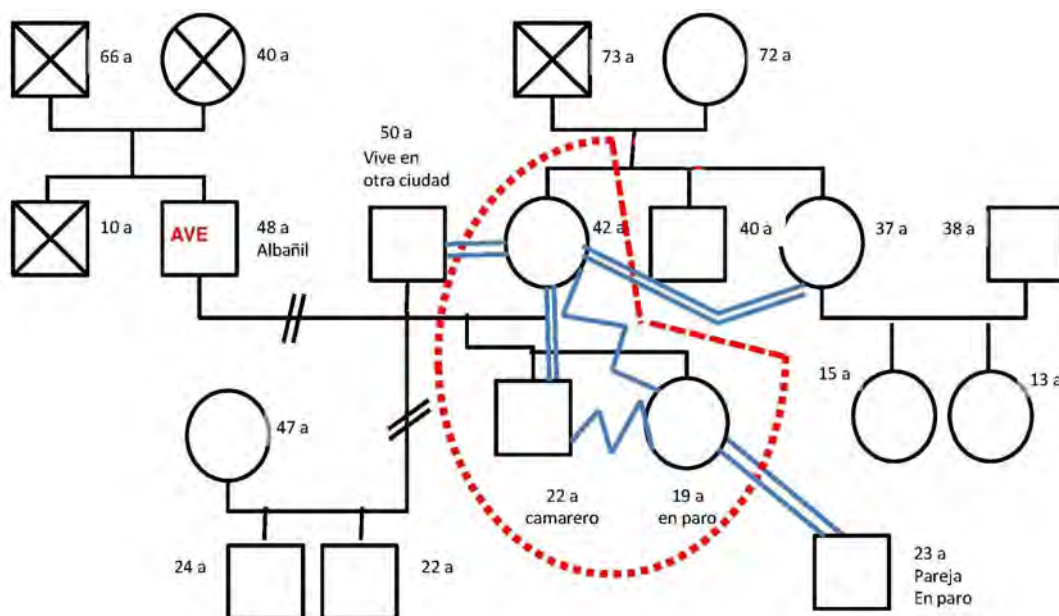
Disfunción familiar
Alteraciones de conducta

LISTA DE PROBLEMAS

Insomnio
Disfunción familiar
Fracaso escolar
Dificultad para relaciones sociales
Relaciones sexuales de riesgo
Consumo de drogas
Maltrato psicológico de su ex pareja

ESTUDIO FAMILIAR

GENOGRAMA



AVE 1: Maltrato del padre y divorcio.
 AVE 2: Fracaso escolar.
 AVE 3: Problemas económicos.
 AVE 4: Consumo de drogas.

Es una familia monoparental que se encuentran en la fase contracción (fase IV), pero aún con hijos adolescentes pero no independientes; la hija ha vuelto al domicilio familiar recientemente. La red social de la paciente es muy escasa, debido que al abandonar sus estudios perdió la relación con sus amigas de toda la vida, su único apoyo social externo a su familia es su pareja. Existe una relación conflictiva con su madre y su hermano mayor. La relación con su padre es nula, él no quiere saber nada de ellos.

Cuestionario MOS de apoyo social

El índice global de apoyo social en esta paciente es de 56, por lo que tiene un apoyo medio

Escala de reajuste social (ERS)

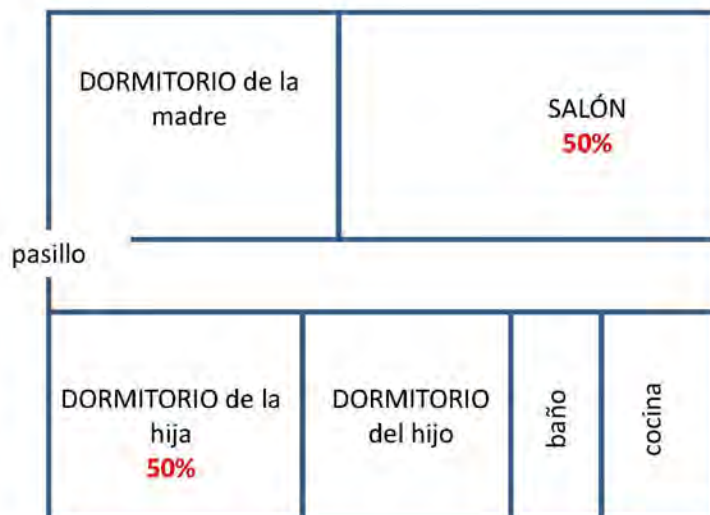
347 UCV,

se asocia a **graves problemas de tipo psicosocial** en riesgo de enfermedad: los AVE afectan a la familia.

Test Apgar familiar

3 puntos, presenta una **disfunción familiar grave**.

MAPA DEL HOGAR



En la casa no existe calefacción, hay dos estufas de butano, una en salón y otro en pasillo, además de un brasero eléctrico en el salón y un calefactor de viento eléctrico en el baño. Existe buena higiene en la casa, todas las tareas del hogar las realiza la madre, excepto el dormitorio de la hija, ya que ella no participa ni ayuda en las labores del hogar. Presenta una iluminación normal.

La paciente nos comenta que el único espacio que tiene para ella sola es su dormitorio y por la mañana el salón, hasta que llega su hermano de trabajar, entonces es cuando ella se marcha a la calle o a su dormitorio. En su dormitorio no tiene mucha intimidad, su madre cada cierto tiempo entra para examinarlo, aun no se fía de ella. Nuestra paciente piensa que deberían hacerse cambios en la casa, que su madre no debería hacerle el dormitorio a su hermano y que él debería colaborar más en casa. Además no le parece bien que su madre haya rehecho su vida con otra pareja, la cual, vive fuera en Málaga y durante los fines de semana convive también en la casa.

La madre suele pasar el tiempo en la cocina, en su dormitorio y en la calle buscando trabajo de limpiadora. Lo fines de semana, la pareja de la madre suele estar en la habitación o en la calle. El hijo el 80% del tiempo trabajando en la calle y el 20% restante en el salón. La hija pasa la mañana el 50% del tiempo en el salón y el otro 50% en su dormitorio o en la calle con su novio.

LISTA DE PROBLEMAS AMPLIADA

- Agresividad
- Fobias
- Trastorno ansioso
- Drogodependencia.
- Relación conflictiva con su madre y su hermano
- Ausencia de relación con su padre (desde hace 4 años).
- Absentismo y fracaso escolar.
- Ausencia de apoyo social.

SOLUCIONES Y TAREAS

PROBLEMAS SELECCIONADOS

- Intervenir sobre el tema de Maltrato que ha sufrido ella y su madre, derivando la al Instituto de la Mujer.
- Intervenir en la mala relación entre madre e hija.
- Intervenir en la formación profesional.
- Intervenir en el consumo de drogas.

SOLUCIONES SELECCIONADAS:

- Realizar una entrevista con el adolescente centrada en el paciente.
- Entrar en contacto con algún punto del programa de forma joven.
- Derivar al Instituto de la Mujer.
- Insistir en la asistencia de la adolescente al centro de drogodependencia.
- Realizar varias entrevistas junto a su madre para que se dé cuenta de que ella lo que quiere es ayudarla y así mejorar la confianza entre ambas, y más tarde realizar también una intervención sobre la relación con su hermano.
- Ayudar a asimilar la actitud que tiene su padre, animando la a ir a grupos de apoyo psicológico.
- Abordar el problema del fracaso escolar e incidir en su vuelta a la escolarización para intentar en gran parte aumentar la red social y cambiar sus amistades actuales, además de ayudarla a encontrar una profesión que le guste.
- Investigar si habría posibilidad de alguna ayuda económica para la familia y que no pierdan su casa.

TAREAS PROPUESTAS

1. Realizar una lista de problemas que más le preocupan.
2. Realizar una lista de aquellos puntos de conflicto con su madre y su hermano, las posibles soluciones que ella consideraría oportunas, teniendo en cuenta el beneficio para todos.
3. Realizar un diario de consumo de tóxicos, analizando posteriormente las circunstancias en las que se produjo y los sentimientos positivos y negativos y las situaciones que generan.
4. Convencerla para que vaya al Instituto de la mujer y participe en los grupos de apoyo.
5. Realizar las tareas propias del Instituto, no faltando a clase salvo en ocasiones justificadas

En la actualidad la relación de la adolescente con su entorno familiar ha mejorado, madre e hija acuden juntas a las consultas programadas y en la sala de espera hablan animadamente. La paciente va a volver a estudiar, quiere terminar la ESO, y le gustaría realizar algún módulo profesional posteriormente, esto abrirá sus redes sociales y encontrará más apoyos. La relación con su novio es buena, éste ha comenzado a trabajar de reponedor en un supermercado. Su madre está muy contenta porque ha encontrado trabajo como limpiadora, aunque aún no se fía del todo de su hija y le pone pruebas en casa para ver si toca sus cosas. La relación con su hermano esta también mejorando.

11

DUELO EN UN ADOLESCENTE

Inmaculada Martos Bares

Médico de Familia. Centro de Salud El Valle, Jaén

A petición de su hermana mayor, acude a la consulta un adolescente varón de 18 años de edad tras el fallecimiento de su madre hace un mes. El motivo de consulta es un **trastorno de la conducta**, principalmente soliloquios y otras conductas inapropiadas; aunque no tienen un carácter gravemente disruptivo, sí son disfuncionales en diversos aspectos. La hermana reconoce estar muy preocupada por la situación dado que en casa el adolescente muestra conductas de llanto e irritabilidad, que alterna con otras en las que está más eufórico. Todas estas actitudes parecen compatibles con el proceso de adaptación al cambio que le supone en su vida la pérdida reciente de su madre fallecida y hace tres años la muerte de su padre, sin embargo él las relata mientras sonríe. Lleva más de una semana que escucha a su madre hablarle *“que vaya a por mis hermanos y que les cuide bien”*, le ocurre principalmente por las tardes antes de ir a entrenar y por las noches. Reconoce que le da miedo escuchar esas voces y le afecta en la conciliación del sueño ya que tiene miedo a dormir sólo, por lo que duerme en el cuarto con su abuela. Últimamente se encuentra muy triste, con anhedonia e ideas de desesperanza: *“me pongo a llorar por las noches, canto a voces solo por la calle, a los jardineros le tiro la pala, me conocen mi tío trabaja allí, hago cosas de niños pequeños”*. En consulta se muestra colaborador pero con inquietud psicomotora, se muerde la mano levemente, está muy distraído y presenta un humor depresivo, irritabilidad e hiporexia que relaciona con el duelo.

MOTIVO DE LA CONSULTA

Duelo
Trastornos conductuales

JUICIO CLÍNICO

Trastorno adaptativo
Insomnio

LISTA DE PROBLEMAS

Alucinaciones auditivas
Alteraciones en la esfera del sueño
Conducta agresiva
Desempleo y fracaso escolar
Violencia en el hogar

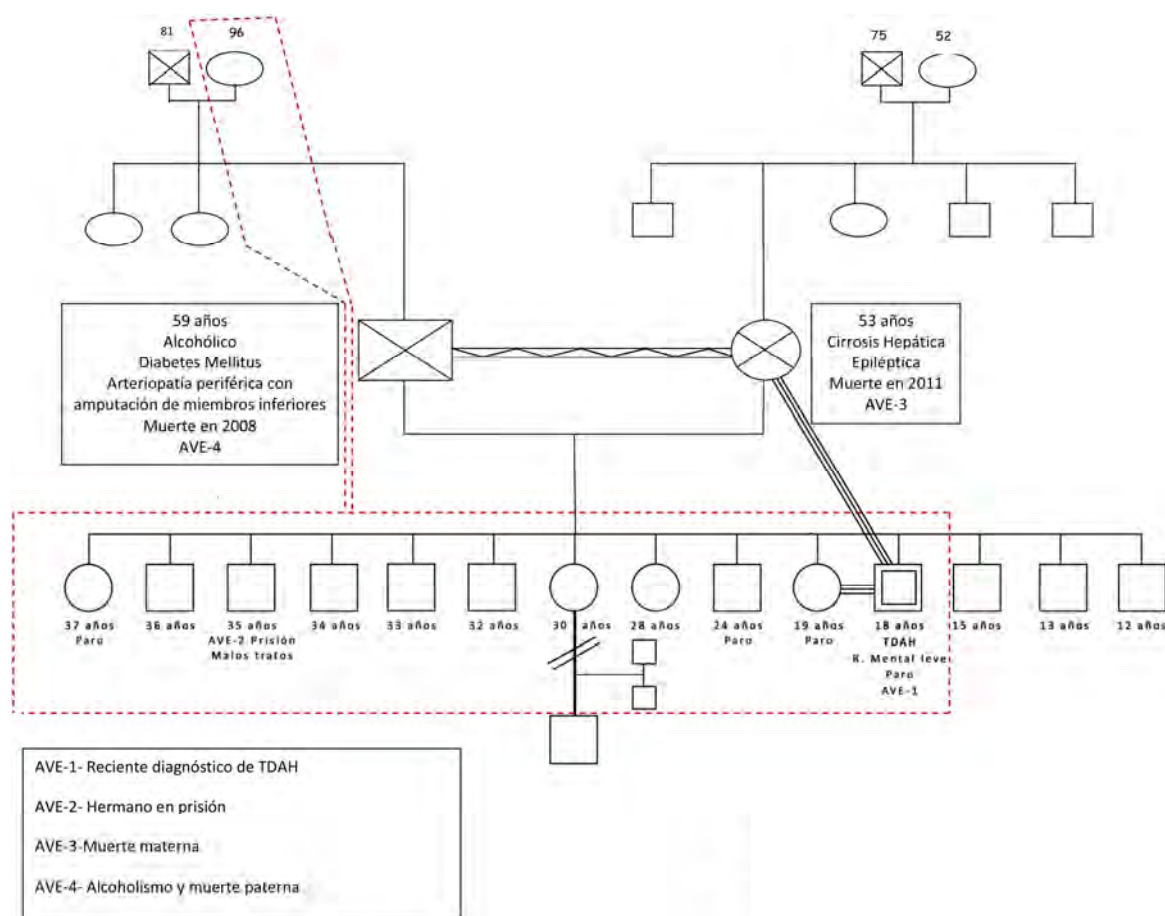
Aparece una narrativa propia de **delincuencia juvenil**: narra conductas antisociales sonriendo (como quemar coches abandonados o agredir a vecinos); tuvo un accidente de tráfico y vive en un **entorno violento en el hogar**: un hermano está cumpliendo condena por malos tratos a su pareja y se detecta un problema de alcoholismo paterno (ha vivido en un ambiente en el que el alcohol era protagonista de los principales problemas).

Hay además importantes **problemas escolares**: existe absentismo y fracaso escolar, estudió hasta 1º ESO y abandonó los estudios con 16 años, quería hacer un módulo de jardinería que no le permitieron. En la última evaluación psicopedagógica realizada en 2007 por el orientador de su centro se especifica que sufre un retraso mental leve. Hay una **mala relación con sus pares**: no tuvo ningún amigo durante la etapa escolar, ya que sus compañeros le tenían miedo. Su único amigo parece tener un trastorno mental y presenta las mismas conductas antisociales que él.

Se realiza derivación al equipo de salud mental para valoración conjunta de psicólogo y psiquiatra, pero solamente ha acudido a las dos primeras citas. Se le explican unas recomendaciones sobre la higiene del sueño. Se da una cita programada para revisión.

ESTUDIO FAMILIAR

GENOGRAMA



El adolescente es el undécimo hijo de una familia numerosa constituido por 14 hermanos. Actualmente sus padres están fallecidos y conviven once de sus hermanos junto con dos sobrinos en casa de la abuela paterna en un piso de protección oficial. Los tres hermanos menores están internos en una casa-hogar cuya tutela recae sobre la hermana mayor. La estructura familiar se define como un **equivalente familiar** con un ciclo vital desestructurado. Su único apoyo familiar es su hermana mayor con quién tiene una muy buena relación.

Como principales **acontecimientos vitales estresantes**, el más reciente es la muerte de su madre en 2011, que ha sido una gran carga emocional para nuestro paciente, habiendo desarrollado conductas antisociales y soliloquios, motivo por el cual acudió a nuestra consulta. Otro AVE a destacar es el reciente diagnóstico de TDAH junto con la actitud negativa frente a cualquier alternativa ocupacional propuesta a nuestro paciente que sumada con el paro de todos los miembros de la familia, viven en una situación económica precaria, en la que solamente disponen de la pensión de viudedad de la abuela (alrededor de 400 euros). Le quedan 4 meses escasos para agotar la prestación social asignada por trabajadores sociales. Otro AVE a destacar es la estancia discontinua de su hermano en prisión, el último delito fue por violencia de género. El último AVE importante es el alcoholismo y fallecimiento de su padre en 2008.

Cuestionario MOS de apoyo social

Escaso apoyo social - INDICE GLOBAL: 48 PUNTOS

Apoyo emocional/informacional: 24

Apoyo instrumental: 11

Apoyo afectivo : 13

Interacción social positiva: 5

Escala de Reajuste Social

TOTAL 237

problemas de tipo psicosocial

Encarcelación: 65

Muerte de un familiar cercano: 63

Paro: 44

Incorporación de un nuevo miembro de la familia: 39

Fin de la escolaridad: 26

Test Apgar familiar

NORMAL - 9 PUNTOS

MAPA DEL HOGAR



La higiene del hogar es regular: el hacinamiento de 16 personas en el hogar hace que la casa esté desorganizada en todo momento con un déficit de limpieza en todas las habitaciones. Tienen calefacción a gas, con estufas de butano para calentar algunas habitaciones específicas y un calefactor eléctrico en el cuarto de baño, que puede ser un posible riesgo. La iluminación del piso es normal.

El adolescente opina que no tiene un espacio para él solo ni está bien delimitado el espacio para defender su intimidad. Si pudiera hacer cambios, sería la salida del hogar de sus hermanos mayores: “*ya tienen edad de independizarse*”. La mayoría del tiempo permanece en su dormitorio, que lo comparte con su hermana mayor y el resto del tiempo permanece en el salón, que es el lugar de reunión de la familia. Existe un único cuarto de baño para los once miembros de la familia. Y los otros dormitorios, más amplios que el suyo tiene dos camas literas.

Ampliación de los problemas tras el estudio familiar: Desempleo de nuestro paciente y de todos los miembros de la familia. Carencia de habilidades de todo tipo. Fallecimiento materno. Alcoholismo y fallecimiento paterno. Encarcelamiento de un miembro de la familia. Violencia familiar. Hacinamiento familiar. Familia de alto riesgo social. Muy reducida red social extra-familiar.

LISTA DEFINITIVA DE PROBLEMAS

Familia de muy alto riesgo social
Fallecimientos paterno y materno

Inicio de conductas antisociales y rasgos psicóticos de nuestro paciente.
Precariedad económica

Problemas seleccionados

Aislamiento social
Desempleo generalizado de todos los miembros de la Familia

SOLUCIONES Y TAREAS

1. Soluciones seleccionadas:

- Derivación a psicología para trabajo de la impulsividad y de la concienciación de la importancia de romper la inactividad mediante la realización de actividades ocupacionales. -Derivación a psiquiatría para inicio de medicación
- Combinar alguna tarea ocupacional con actividades deportivas. Acudir al centro social del barrio para explorar recursos.
- Asesoramiento familiar a través de los servicios sociales comunitarios programas de intervención familiar que marque como objetivo la salubridad y tareas del hogar, en el que el educador enseñe a él y al resto de hermanos tareas de hogar y compromiso de realizarlas con actitud positiva.
- Intervención en búsqueda de integración social y socialización. Buscar actividades de ocio que le permitan mejorar las relaciones interpersonales y las relaciones sociales.

2. Tareas a cumplimentar

- o Acudir a las citas programadas a consulta y centro sociales para evaluar los cambios o los posibles problemas encontrados.
- o Búsqueda de tarea ocupacional, así como formación en algún módulo que le interese (jardinería, electricista....)
- o Calendario para realización de tareas domesticas
- o Acudir a centros sociales de adolescentes para mejorar la integración social y ocupacional.

HIPÓTESIS SISTÉMICA

La hermana mayor acude a nuestra consulta pidiéndonos ayuda para orientar la patología de su hermano pequeño, dejando al descubierto un problema socio familiar que le supera. Se trata de una atipia familiar con adultos mayores que permanecen en el domicilio, y un hermano que al estar cumpliendo condena sale y entra de los límites del hogar. La familia ha evolucionado sobre una base de problemas de adicción al alcohol por parte del padre y múltiples problemas conyugales que tras el fallecimiento de ambos han dejado a una familia llena de carencias psicosociales. Debido a ello, se aprecia una desestructuración de los roles, ya que la hermana mayor es la encargada de todos los hermanos, de su abuela y del hogar, habiendo una sobrecarga familiar importante. El paciente ha perdido el referente materno y eso le ha llevado a un sufrimiento extremo (*"con todos sus defectos, era mi madre"*) con patología psiquiátrica secundaria que es preciso estudiar.

12 ENFERMEDAD DE HODGKIN EN UN ADOLESCENTE DE 16 AÑOS

Julia Ferreira Rebelo

Médico de Familia. Centro de Salud Úbeda, Jaén

En la consulta de Atención Primaria se valora a un adolescente de 16 años que acude para revisión y curas tras una biopsia amplia de pared quística y tejido tumoral; recientemente ha sido diagnosticado de enfermedad de Hodgkin y Esclerosis Nodular. En tratamiento actual con quimioterapia (ciclos de doxorubicina, bleomicina, vinblastina y dacarbazina). El problema más importante del adolescente es el miedo a no disfrutar de las actividades propias de su edad, de que el tiempo pase demasiado rápido mientras está en tratamiento. No tiene miedo a la muerte porque no se la plantea, de hecho dice sonriendo: *“ya verás cuando le diga a mis amigos que he superado un cáncer”*.

Dada su enfermedad y el tratamiento, presenta **problemas académicos** dado que no puede acudir al instituto (absentismo escolar), con falta de concentración para el estudio cuando repasa los días que no ha ido a clase. Han empeorado también las **relaciones con los pares** ya que pasa muy poco tiempo con sus amigos. No se detectan comportamientos de riesgo (no consume drogas ni tiene relaciones sexuales).

MOTIVO DE LA CONSULTA

Revisión de herida quirúrgica tumoral

JUICIO CLÍNICO

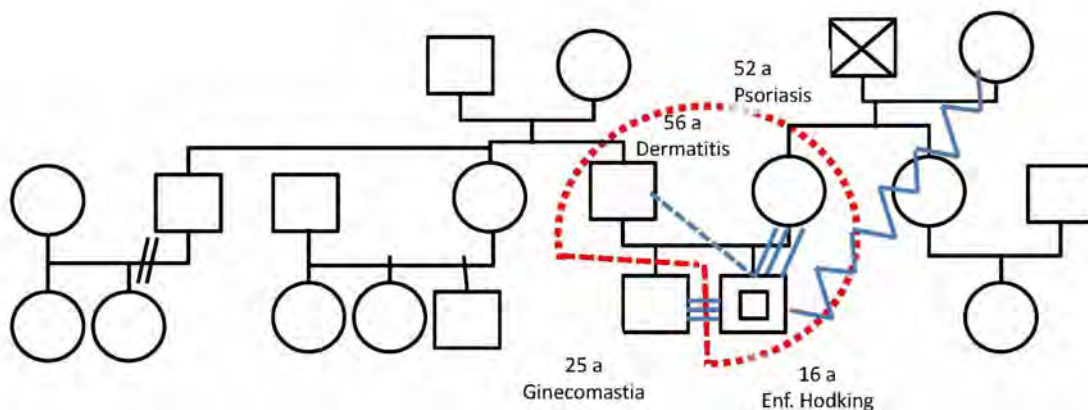
Enfermedad de Hodgkin
Esclerosis Nodular

LISTA DE PROBLEMAS

Aislamiento social
Miedo a suspender el curso
Miedo a “perder la adolescencia”
Miedo por la enfermedad

ESTUDIO FAMILIAR

GENOGRAMA



En una consulta programada se explora la **dinámica familiar**. Se trata de una familia nuclear, que se encuentra en la etapa del ciclo vital familiar II-B (nido completo). El paciente se rodea de una familia unida y participativa, que suele implicarse con los problemas de los demás miembros. Tiene 3 tíos y tías, mantiene buena relación incluso con la tía política que se divorció de su tío hace más de 5 años. Visita a menudo a sus primos. Por su relación estrecha con la madre refiere estar preocupado por ella, que le ve preocupada, más ansiosa, sabe que a veces no duerme porque la escucha decírselo a su padre. Cree que intenta protegerle demasiado, que le pone mala cara si quiere salir con los amigos, que no le deja ir a visitar a su hermano tan a menudo (estudia en Granada). Sus tíos le llaman más a menudo y eso le agobia un poco. Tienen una buena relación pero antes apenas llamaban. Cada vez que visita a su abuela ésta empieza a llorar. Dice que evita ir a visitarla.

Tiene un grupo de amigos que él describe como grande y se siente apoyado por ellos. Sin embargo, el consecuente aislamiento secundario al tratamiento y estado clínico, han provocado una distancia significativa. Mantiene el contacto con la mayoría, a través de redes sociales, aunque muchas veces no puede acompañarlos a las diversas actividades lúdicas o deportivas. Esto provoca momentos de tristeza y frustración. Su mejor amigo y confidente es su hermano mayor que, por motivos de estudio, actualmente no vive en la misma ciudad. Los profesores se han mostrado comprensivos desde el primer momento, le envían a su email los ejercicios de las clases.

Cuestionario MOS de apoyo social

NORMAL - INDICE GLOBAL: 84 PUNTOS

Número de amigos (6) y familiares cercanos (4)
Apoyo emocional (34), material o instrumental (19),
relaciones sociales de ocio y distracción (18), apoyo
afectivo referido a expresiones de amor y cariño (13)

ESCALA DE REAJUSTE SOCIAL

101 unidades de cambio vitales

(sin riesgo de alteración significativa psicosocial)

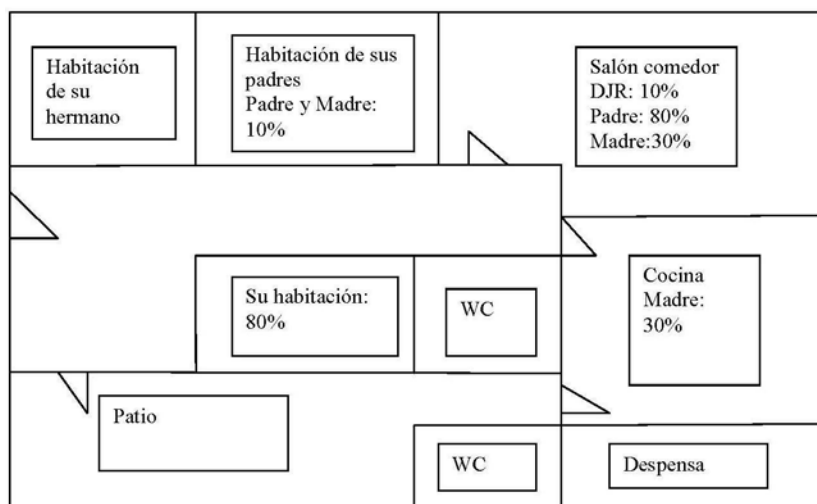
- lesión o enfermedad personal (puntuación 53)
- cambio de actividades de ocio (puntuación 19)
- cambio de actividades sociales (puntuación 19).

Test Apgar familiar

NORMAL - 8 PUNTOS

percepción normal de la función familiar

MAPA DEL HOGAR



El adolescente tiene un dormitorio para él solo donde tiene intimidad y cree que no precisa ningún cambio su hogar. Pasa la mayor parte de su tiempo en su habitación donde tiene su mesa de estudio, su ordenador y una televisión. Refiere que en verano pasa mucho tiempo en el patio si no hay nadie, sobre todo por la noche que se queda viendo películas hasta después de que se acuesten sus padres. Un 10% del tiempo lo pasa en el salón cuando come con la familia. Siempre cenar los 3 juntos, el padre no siempre está presente en las comidas. El resto del tiempo lo pasa entre el baño y la cocina. Cuando su hermano está en casa ven juntos algunas películas en la habitación de su hermano. Están más tiempo en áreas comunes. Si su hermano no está no entra a su habitación. Su madre pasa una gran parte del tiempo en la cocina, preparando las comidas, fregando, poniendo lavadoras, etc. También pasa bastante tiempo en el salón viendo la televisión o hablando con su marido. El padre, al igual que la madre, apenas pasa tiempo en la habitación; está sobre todo en el salón, donde ve televisión, lee el periódico o prepara asuntos de trabajo.

LISTA DE PROBLEMAS AMPLIADA

Preocupado por pasar menos tiempo con los amigos.

Absentismo escolar

Preocupación por la familia

("sobre todo por mi madre: intento que me vea siempre bien, no quiero que deje de dormir por mí")

Miedo por la enfermedad

("sé que el tipo de tumor que tengo es de los más curables, no hay porqué tener miedo")

SOLUCIONES Y TAREAS

1. Es fundamental **informar al paciente sobre todos los aspectos de la enfermedad** y de reforzar positivamente la supervivencia de este tipo de tumores.
2. Sobre el tiempo que pasa **con los amigos** se le propone **reunirse en actividades de bajo impacto físico** una vez que se encuentra cansado, puede seguir haciendo sus actividades anteriores siempre dependiendo de su estado físico en el momento. Por ejemplo, invitar a sus amigos a comer a su casa.
3. Dentro **de la familia** existen varios problemas, por un lado está preocupado por su madre. Se le indica que su madre está disponible para que él acuda cuando tenga algún problema, algún síntoma nuevo, si no se encuentra bien... por lo que debe reforzar la comunicación con ella. Desde consulta se ofrece atención individual a la madre para las dudas que surjan durante el tratamiento del adolescente y se oferta atención también al padre.
4. Para la sensación de **"acoso familiar"** referida por el adolescente, se comenta con la madre a solas en consulta para explicarle las preocupaciones de su hijo y que se siente presionado por la demanda de información por parte del resto de la familia.
5. Por último, el paciente **se siente más alejado de su hermano** por no poder verlo tan a menudo. Antes lo visitaba frecuentemente pasando fines de semana a solas con él en su piso. Actualmente lo ve cuando su hermano vuelve al hogar paterno, por lo que se anima a que aprovechen esos momentos con mayor intensidad.

Seguimiento del paciente

Aún no se ha podido abordar el papel del padre en el desarrollo de la enfermedad; el adolescente apenas habla sobre él, siempre se refiere a su madre y no ha acudido a la consulta en ninguna ocasión. En siguientes citas programadas el adolescente se encuentra más contento porque ha podido pasar un fin de semana con el hermano en la ciudad donde éste estudia. Aunque los familiares siguen llamando, le afecta menos que antes aunque la relación con su abuela (llama todos los días y llora continuamente) le afecta aún mucho, generándole ansiedad.

13

FRACASO ESCOLAR EN UNA ADOLESCENTE ACOSADA

Silvia Romero Morilla

Médico de Familia. Centro de Salud de Úbeda, Jaén

Una adolescente de 15 años de edad es derivada por el Servicio de Orientación Educativa de su instituto, dentro del Programa de Promoción de la Salud **Forma Joven**, para valoración de indicios de anorexia y malestar emocional. Desde el servicio de Orientación Educativa del IES se detectó un **problema de rendimiento académico**. Han trabajado con ella para mejorar su inserción social y rendimiento escolar, siendo este último una causa de desacuerdo importante entre el centro y la familia: desde el centro consideran que no tiene nivel suficiente para pasar a primero de bachillerato pero su madre no quiere que repita. Tiene antecedentes de trastorno por déficit de atención e hiperactividad con 10 años, siendo tratada con Metilfenidato. Unos primos hermanos también padecen TDAH. Actualmente no tiene tratamiento.

En la entrevista la adolescente se muestra muy angustiada y dolida, triste, se siente muy sola, no tiene amigas en su localidad pero sí tiene 3 amigas de su misma edad en un pueblo cercano. Refiere que a ellas también les habían ocurrido cosas similares a lo que está pasando ella. Manifiesta que ha recibido burlas, desprecios y en una ocasión agresión física de sus compañeros de instituto. Los episodios de abusos se iniciaron, según ella, en los primeros años de escolarización en primaria (4-6 años); tiene miedo a establecer relaciones y utiliza la imaginación como recurso de huida, sueña despierta y se imagina siendo feliz mirando a través de la ventana. Está muy preocupada por su **imagen corporal**: se considera fea, gorda, y bajita; no le gusta ninguna parte de su cuerpo, está constantemente viendo en internet cosas para adelgazar y fotos de chicas anoréxicas (*"me gustaría ser como ellas, notarme algún hueso de mi cuerpo me hace sentir feliz"*). No hay una distorsión de la imagen corporal pero al pintar un autorretrato lo hace de lado y no de frente. En consulta da señales de baja autoestima y de demanda de atención.

Está en una **etapa de duelo**, pues recientemente ha muerto su abuela a la que estaba muy unida, quien la acompañó desde los 3 años al tener que trabajar su madre. Ha tenido que vivir el proceso de enfermedad de su abuela, que durante tiempo ha recibido tratamiento de cuidados paliativos en casa. Está a la espera que la valore un especialista (no sabe especificar cuál es) porque *"las piernas me duelen mucho y se me duermen, sobre todo por la noche"*.

MOTIVO DE LA CONSULTA

Problemas escolares: Bajo rendimiento escolar

Problemas clínicos: Trastornos de la alimentación. Trastornos del ánimo.

JUICIO CLÍNICO

Acoso escolar
Trastorno alimentario

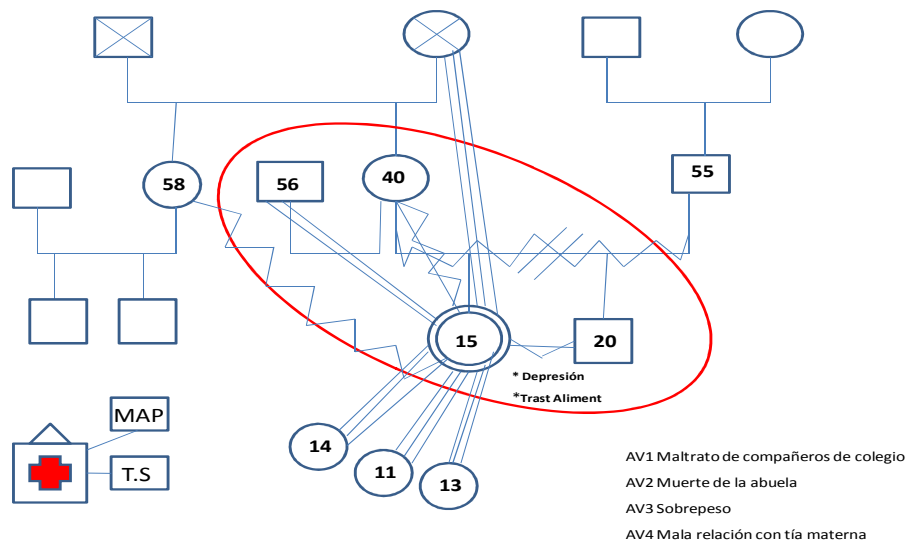
LISTA DE PROBLEMAS

Maltrato en el instituto. Aislamiento social.
Baja autoestima y mala imagen corporal.
Trastorno alimentario (sospecha de anorexia).
Duelo por la muerte de su abuela.
Somatizaciones de origen psíquico.

Se detectan **comportamientos de riesgo** en lo referente a la gran preocupación por su imagen, presentando compartimientos compatibles con trastorno de anorexia así como miedo a las relaciones sociales.

ESTUDIO FAMILIAR

GENOGRAMA



La adolescente forma parte de una familia reconstituida, viviendo actualmente con su padrastro. Se encuentran en la etapa II-B o extensión (familia con adolescentes) del ciclo vital familiar con un estilo familiar centripeto. Vive con su madre, la pareja de ésta y un hermano de 20 años. Con su madre mantiene buena relación aunque a veces es conflictiva: en ocasiones se porta mal con ella y no suele contarle apenas nada de sus problemas por no preocuparla pues ha sufrido violencia de género por parte de su padre biológico (éste le pegaba y le provocaba quemaduras con el cigarro, al igual que hacía con su hermano). Sus padres se separaron siendo ella muy pequeña (16 meses). No mantiene relación alguna con su padre biológico ni con la familia paterna, nos dice que actualmente está en la cárcel.

A la pareja de su madre lo considera como figura paterna (lo llama papá) manteniendo con él muy buena relación pues desde pequeña convive con él. Con su hermano la relación no es mala pero sí distante, es la persona que más se mete con ella. Con su tía materna tenía muy buena relación pero lleva un tiempo que la relación se ha ido perdiendo, no manteniendo en la actualidad ninguna comunicación. Otros acontecimientos vitales estresantes son:

- AV-1: Maltrato físico y psicológico de sus compañeros
- AV-2: Muerte de la abuela materna
- AV-3: Sobrepeso
- AV-4: Mala relación con tía materna

Test Apgar familiar

Disfunción leve familiar (4 puntos)

Escala de reajuste social

Sin riesgo: 78 puntos

Cuestionario MOS de apoyo social – 58 (medio)

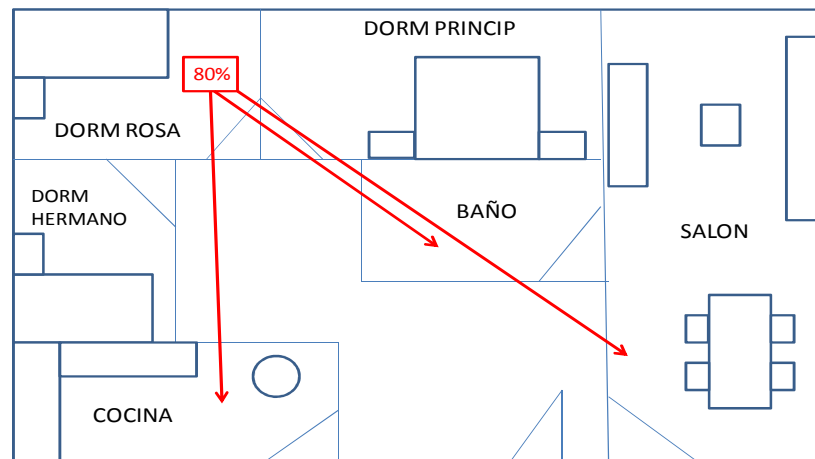
Apoyo emocional: 22 (medio).

Apoyo instrumental: 19 (casi el máximo).

Interacción social positiva: 10

Apoyo afectivo: 7 (bajo).

MAPA DEL HOGAR



La adolescente suele pasar gran parte del tiempo en su habitación, donde hace ejercicios bruscos a escondidas para adelgazar, inmediatamente después de comer, y no quiere que su madre lo sepa.

SOLUCIONES Y TAREAS

Lista de soluciones al problema: entrevistar a la madre, comentar el caso con el equipo directivo y de orientación del centro educativo (ella y sus padres creen que cambiar de instituto es la única solución para afrontar el problema), derivación al Equipo de Salud Mental para valoración por Psicólogo.

entrevista a la madre

La madre se encuentra muy dolida pues para ella es muy duro ver como sufre su hija. En principio no quiere hablar de esto con ella para que no se hunda más; en la semana previa a la entrevista se dirigió a la dirección del instituto para que actuaran ante las situaciones de abuso que está sufriendo su hija. Comenta que los problemas se iniciaron al repetir 4º de Primaria y continúan porque en Secundaria ha coincidido con los mismos compañeros. En otra ocasión solicitó ayuda pero le recomendaron *“que no señalara a su hija como chivata para evitarle mayores problemas”*. Aprecia que su hija en casa es una niña totalmente diferente, las relaciones con la familia son normales, no tiene otras relaciones fuera de casa, salvo algún fin de semana con sus amigas del otro pueblo. Considera que la única manera de solucionar el problema de su hija es cambiarla de instituto

**entrevista
con
profesorado**

Comentan que están dispuestos a abordar la posible situación de abuso o acoso, si se concreta, pues hasta ahora los relatos son poco concretos o muy alejados en el tiempo, ya que la madre en un principio solo habló con el jefe de estudios y los hechos no llegaron a la dirección. También nos refieren que están dispuestos a colaborar para facilitar su inserción en clase.

**consulta a
Salud Mental**

Teniendo en cuenta el estado depresivo y de aislamiento de la adolescente y el fracaso de los servicios de apoyo educativo y de la familia, recomendamos que ella y su madre sean atendidas en el ESMD para valoración por psicólogo para indagar más sobre el posible trastorno de alimentación y su estado depresivo. Se explica a la adolescente la conveniencia de una terapia con técnicas cognitivo-conductual para conseguir un mejor afrontamiento a la situación, sin necesidad de cambio de instituto, por lo que se cita con el servicio de Psicología Clínica.

14

UN ADOLESCENTE MUY ESTRESADO

María Demelza Olivencia Carrión
Médico de Familia. Centro de Salud San Felipe, Jaén

Acude un adolescente por sufrir una importante caída de pelo. La madre demanda tratamiento médico, ya que dice que su hijo es muy joven para que se le caiga el pelo tan pronto. También refiere estar preocupada porque desde hace un tiempo tiene una especie de tics en la cara, “dice palabrotas” y está más irritable. Durante la entrevista clínica el adolescente dice que se encuentra muy estresado con los exámenes y que tiene dificultad para concentrarse en el estudio y en las clases. También le cuesta mucho quedarse dormido y si se despierta por la noche ya no se vuelve a dormir. No refiere ningún evento estresante en su vida. La madre cuenta que le han llamado en varias ocasiones del instituto porque falta a las clases y no está atento; también le han dicho que lo han visto fumando por la calle y con malas compañías. Él no reconoce tener ningún consumo de tabaco, alcohol ni otras drogas; está muy preocupado porque no sabe que le ocurre.

MOTIVO DE LA CONSULTA

Caída de pelo
Tics
Estrés

LISTA DE PROBLEMAS

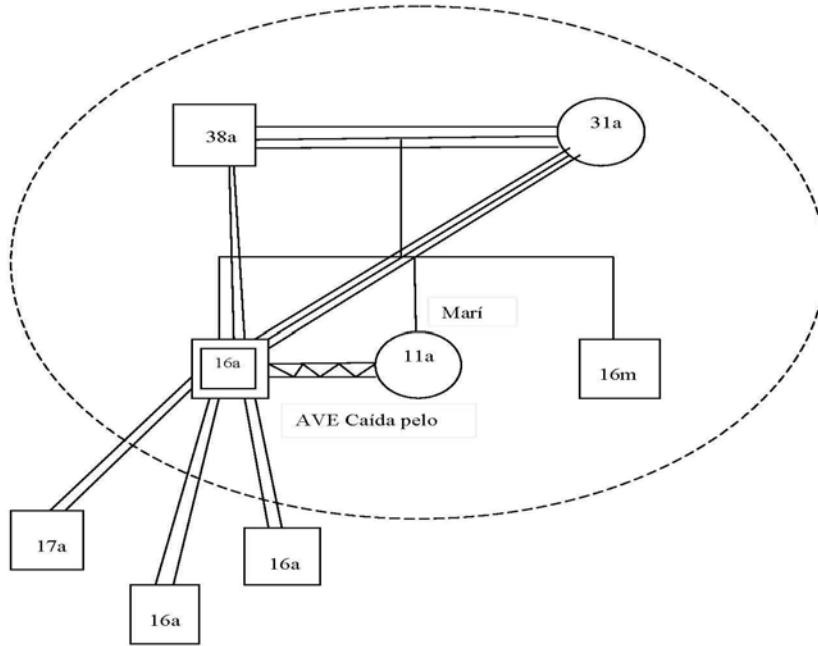
Caída de pelo
Insomnio y estrés
Tics
Absentismo escolar

En una cita programada posterior no se detectan **comportamientos de riesgo** aunque parece que puede ser fumador. Sí indica una serie de **problemas académicos**: absentismo escolar y fracaso escolar, ya que no es buen estudiante, ha suspendido bastantes asignaturas. Sobre las relaciones con sus pares, refiere que sale menos a la calle y está un poco más distanciado de los amigos por esto.

ESTUDIO FAMILIAR

GENOGRAMA

Estamos ante una familia nuclear en etapa IIB, de extensión ciclo vital familiar. El paciente es el mayor de 3 hermanos, su hermana menor tiene 11 años y su hermano pequeño 16 meses. Tiene buena relación con ellos aunque algunas pequeñas peleas con su hermana. Vive con sus padres. La relación con sus padres es buena, aunque tiene algunas discusiones con su madre. Últimamente pasa menos tiempo con ellos y es un poco más reservado. Se podría considerar que la caída del pelo es un acontecimiento vital estresante para el adolescente. Respecto a **la red social y apoyo social**, tiene tres amigos íntimos que actúan como confidentes. Juega dos veces a la semana al fútbol con ellos. Últimamente sale menos a la calle por su complejo de la caída de pelo y está un poco más distanciado con ellos pero su relación está intacta. Su madre lo apoya en todo, está muy pendiente de él.



Cuestionario MOS de apoyo social

El paciente tiene 4 personas próximas con las que hablar en confianza.

Familia: 1 Amigos: 3

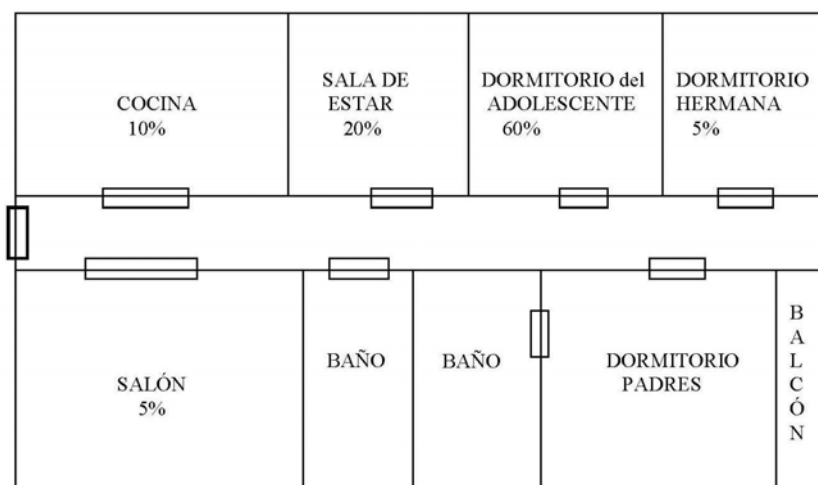
Escala de Reajuste Social ERS: 150 puntos

Cambio en el hábito de dormir y en las actividades sociales (no afecta a la familia o al estado de salud de sus miembros)

Test Apgar familiar

NORMAL - 8 PUNTOS

MAPA DEL HOGAR



El adolescente vive con sus padres. Las condiciones higiénicas y de iluminación son buenas y adecuadas. Tienen calefacción de gas. El tiene su propio cuarto individual, en el que dispone de bastante espacio. En él pasa gran parte de su tiempo cuando está en casa. Considera que en ese aspecto tiene bastante intimidad en su casa.

LISTA DE PROBLEMAS AMPLIADA

Caída de pelo.
Insomnio
Tics
Absentismo escolar
Dificultad para concentrarse
Estrés

SOLUCIONES Y TAREAS

Problemas seleccionados (Descripción)

1. Caída de pelo: Está preocupado porque piensa que se van a reír de él los compañeros, está empezando a acomplexarse.
2. Insomnio: Le cuesta mucho dormir, insomnio de conciliación.
3. Tics: Tiene tics en cara y ojos desde hace 2-3 años que se han pronunciado más y le preocupa tener la misma enfermedad que su tío materno (Síndrome de Gilles de la Tourette).
4. Dificultad para concentrarse: En clase está muy distraído y no presta atención a las cosas que le dice su madre.
5. Estrés: Últimamente está más nervioso e intranquilo.

Soluciones seleccionadas:

1. Quiere un producto tópico o loción para evitar la caída del pelo
2. No dormirá siesta, intentará hacer ejercicio por la tarde.
3. Va a ir a las clases aunque se aburra.
4. Realizará ejercicios para concentrarse.
5. Salir a la calle y realizar actividades con sus amigos.

TAREAS PROPUESTAS

1. Dieta equilibrada, tomar más verdura y fruta.
2. Ejercicios de relajación y no dormir siesta.
3. Recomendaciones para que realice ejercicios de concentración.
4. Que hable con sus padres y con sus amigos de sus problemas.
5. Realizar deporte y realizar actividades con sus amigos
6. No faltar a clase.

El principal problema que le preocupa al adolescente es la caída de pelo y la posible burla de sus compañeros de clase y amigos. Este complejo parece que le crea bastante estrés, irritabilidad, falta de concentración, mal humor e intranquilidad. Se le realizó analítica siendo todos los parámetros normales y se le prescribió minoxidilo tópico para tratar este problema. Por otro lado, se solicitó una interconsulta con el servicio de Neurología para estudio de los tics y descartar la presencia de enfermedades como el Síndrome de Gilles de la Tourette.

Tras la intervención y la lista de tareas que tenía que cumplimentar, el adolescente se encuentra más tranquilo. Ahora toma una dieta más equilibrada (lo confirma su madre cuando viene a consulta con él). También realiza más deporte, duerme mejor, sale más a la calle y tiene nuevas amistades, por lo que su red social ha mejorado. Falta menos a clase y está aprobando las asignaturas. Tiene mejor relación con sus padres y hermana. Aún sigue un poco preocupado por la caída de pelo pero no le agobia tanto como antes. Parece que también ha mejorado la ocupación de espacios en el hogar, pasando más tiempo en su habitación (estudiando) y en el cuarto de estar con sus padres y hermanos.

15

DUELO EN LA ADOLESCENCIA

Consuelo Añón Barbudo. Médico de Familia. Centro de Salud Virgen de la Cabeza, Andújar (Jaén)
Carlos Recio Añón. Pediatra

Paciente de 16 años que acude por primera vez a la consulta por manifestar dolor abdominal. Tras su examen clínico, y ante sospecha de apendicitis, se deriva de forma urgente al Hospital. El diagnóstico obtenido es **infección por anisakis**. Presenta como antecedentes personales alergia al olivo y ácaros del polvo, así como escoliosis en tratamiento con corsé.

Un mes después acude a las urgencias del Centro de Salud por presentar taquicardia, disnea y dolor torácico. Se le realizó un ECG que resultó normal. El pulsioxímetro indicó 98% de saturación de oxígeno, con una frecuencia cardíaca de 60 lpm. La auscultación cardiopulmonar también fue normal. Tras hablar con él y tranquilizarlo, confiesa que está muy nervioso, apático y triste. Tiene **problemas con sus padres**: en el colegio no se encuentra a gusto porque hay compañeros que se meten con él y le gastan bromas hirientes por el corsé que lleva puesto. No duerme o duerme muy mal, y no tiene un sueño reparador. Se encuentra agotado. **No hace mucho que ha muerto una abuela** con la que tenía una muy estrecha relación. La echa mucho de menos y no soporta el recordar en lo que sufrió hasta morir. Lleva una foto suya, que enseña, y llora mirándola. Se indica terapia farmacológica con citalopram (20 mg/24 h) y lorazepam (1 mg para dormir).

MOTIVO DE LA CONSULTA

Ansiedad
Depresión

JUICIO CLÍNICO

Duelo
Conflicto parental

LISTA DE PROBLEMAS

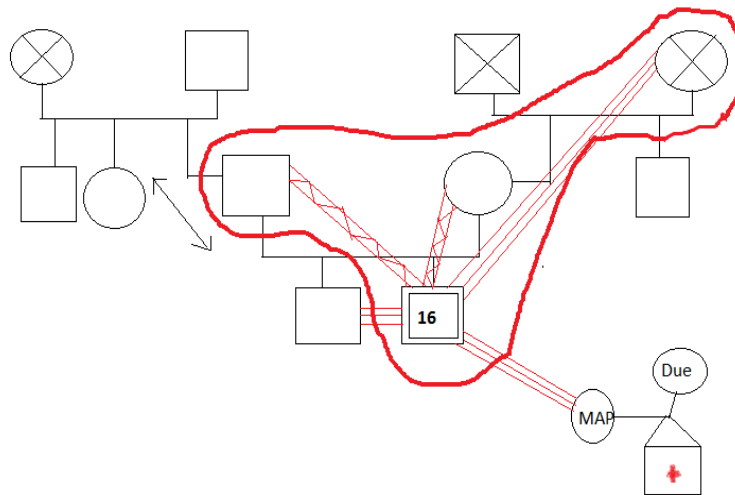
Nerviosismo, intranquilidad
Añoranza por un ser querido
Angustia ante la idea de estar enfermo

No se detectan comportamientos de riesgo (no consume drogas ni tiene relaciones sexuales). Indica una serie de **problemas escolares**, causados por el miedo ante la posibilidad de que se rían de él los compañeros por el uso del corsé.

En una consulta programada también se indaga sobre la **relación familiar**. La relación con los padres es poco fluida. Apenas habla con ellos. Tampoco los padres se interesan mucho por su problema. Según el adolescente, lo atribuyen a problemas de juventud y estiman que el tiempo lo paliará todo. Presenta quejas porque lo tratan *“como a un niño chico”*. Su madre sólo está interesada en que coma y duerma. Ocasionalmente discute con los padres y acaba encerrándose en su cuarto.

ESTUDIO FAMILIAR

GENOGRAMA



El menor vive con su padre y su madre. A los padres se les ve como un matrimonio muy unido. Tiene un hermano que está estudiando fuera y va sólo en las vacaciones y algunos fines de semana, e indica tener una muy buena relación con él. Como **acontecimientos vitales estresantes** indica la muerte de su abuela (el propio adolescente cree que ha sido el causante de su problema actual).

Estima que en el Colegio no tiene apoyo por parte de los profesores. La mofa de los compañeros hacen de él baja mucho su autoestima. Las relaciones con los padres son parcas pero mantiene una buena relación con su hermano. Refiere tener pocos amigos en los que confiar sus problemas.

Apoyo social - Cuestionario MOS

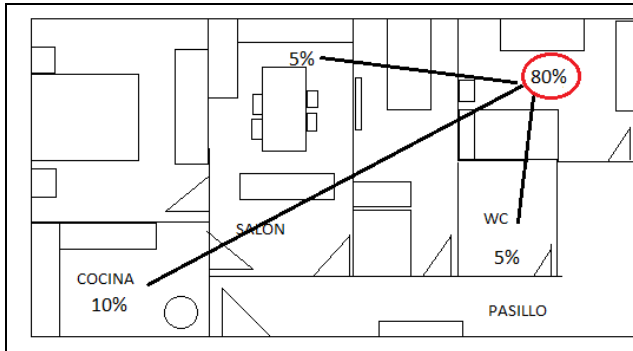
Número de amigos: 3
 Número de familiares: 3
 Apoyo emocional/ informacional: 1
 Apoyo instrumental: 1
 Apoyo afectivo: 3
 Interacción social positiva: 1

Test Apgar familiar

2 PUNTOS

Disfunción familiar grave

MAPA DEL HOGAR



El adolescente vive con sus padres. Las condiciones higiénicas y de iluminación son buenas y adecuadas. Tienen calefacción eléctrica. El tiene su propio cuarto individual, considera que en ese aspecto tiene bastante intimidad en su casa.

LISTA DE PROBLEMAS AMPLIADA

Escoliosis
Disfunción familiar
Mal apoyo social
Duelo

SOLUCIONES Y TAREAS

Lista de soluciones al problema.

- Referente a sus padres, le agradecería que se interesaran más por sus problemas y que lo trataran como a una persona mayor, no como a un niño. Poder tener conversación con ellos que le ayudaran a resolver su vida.
- Le gustaría poder vivir con su hermano; algo imposible porque está estudiando en otra ciudad. Con él tiene una gran empatía y le ayuda mucho para buscar soluciones a sus problemas vitales. Cuando regresa a casa están mucho rato diariamente en compañía.
- Refiere que, a veces, ha pensado en marcharse de su casa. Pero lo desecha pronto por la ausencia de recursos y porque su hermano lo considera una locura.

Se plantea un seguimiento quincenal mediante consultas programadas para seguir profundizando en las tareas. También se cita, de forma separada, a los padres por la importante colaboración que se espera de ellos.

TAREAS PROPUESTAS

1. Hablar con los padres para intentar que se establezca entre ellos y el paciente una relación fluida de comprensión y entendimiento, exponiendo todos los problemas y buscar soluciones.
2. Hablar con la dirección del colegio para buscar soluciones a los problemas con los compañeros

16

ACNÉ, ALOPECIA Y MUCHAS MÁS COSAS

Blas Moreno Moreno
Centro de Salud Mancha Real, Jáen

Acude la madre de una adolescente de 21 años en primer lugar para asesoramiento y una semana después acompañada por la paciente. La paciente manifiesta que tiene un intenso **acné facial** y se le cae mucho el pelo. La madre nos dice que su hija es fumadora desde los 16 años y desde los 18 años toma ACO, que no estudia y que tampoco trabaja (abandonó los estudios en 4º de ESO). La exploración física es normal, con un IMC de 20,195 kg/m². Presenta algunas lesiones eritematosas infectadas en cara, el cuero cabelludo es normal. Entre sus **antecedentes personales** ha presentado frecuentes sangrados intermenstruales a pesar del tratamiento correcto con anticonceptivos. Antecedentes familiares: abuela paterna con artritis reumatoide, abuela materna depresión y osteoporosis, madre depresión y ansiedad. En esta primera consulta se acuerda con la paciente valorar sólo sus problemas de caída del cabello y el acné, dejando para visitas posteriores el tema de la anticoncepción hormonal y el tabaquismo. Se solicita un control analítico general, incluido perfil hormonal, y se recomienda la toma de biotina 5 mg/24h.

Entre los **comportamientos de riesgo** destaca el consumo de tabaco (fuma 1 paquete diario desde hace 5 años) pese a realizarse una intervención avanzada individual antitabaco hace un año. Presentó un episodio de intoxicación aguda por ingesta de benzodiazepinas y alcohol con 15 años de edad, que precisó asistencia en el servicio de Urgencias del Hospital. Ahora consume alcohol en fin de semana. En el apartado de las **relaciones sexuales**, hace 3 años solicitó la píldora postcoital y hace dos solicitó un test de gestación por amenorrea, que fue negativo. Tiene pareja y toma ACO desde hace dos años.

MOTIVO DE LA CONSULTA

Acné
Alopecia

JUICIO CLÍNICO

Acné
Tabaquismo

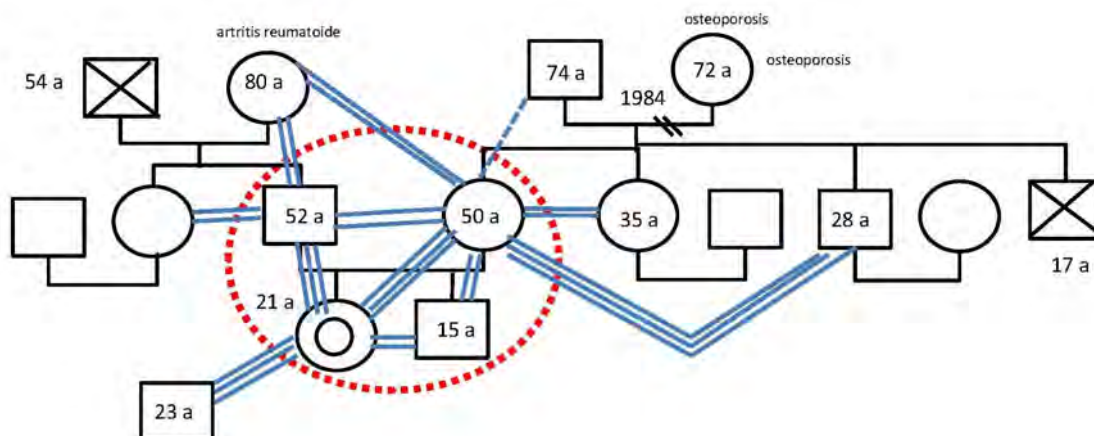
LISTA DE PROBLEMAS

Acné y alopecia
Fracaso escolar
Paro laboral
Consumo de tabaco y alcohol

Una semana después acude sola a consulta programada y se tratan los temas pendientes. Toma anticonceptivos, inicialmente desogestrel/etinilestradiol 150/20 mcg, tras el uso de la píldora del día después y por la presencia de amenorrea. Tras la aparición de sangrado intermenstrual se aconsejó el cambio a levonorgestrel/etinilestradiol 150/30 mcg. En estos momentos tiene una menstruación normal y mantiene relaciones con su pareja, sin problemas. Al indagar sobre la necesidad de dejar el consumo de tabaco mientras toma esta medicación, la adolescente indica haber pensado dejar de fumar (contemplación) aunque por el momento sigue fumando 10-15 cigarrillos/día.

ESTUDIO FAMILIAR

GENOGRAMA



La adolescente vive en una familia nuclear. En el hogar viven los padres con 52 y 50 años respectivamente, y un hermano menor con 15 años. El ciclo vital familiar es la etapa II B (etapa de Extensión, la familia está en el inicio del periodo centrífugo). Los acontecimientos vitales estresantes identificados por la adolescente son el abandono del instituto y el consumo de alcohol en fines de semana. La paciente cuenta con una red social y apoyo social formado por:

- Pareja sentimental: A, E, Ec, C, I, ISP
- El padre: A, Ec, I
- El hermano: A, E,
- La madre: A, Ec, E.

La adolescente tiene una relación unida con el padre y la madre (y ellos entre sí) y una buena relación con su hermano. Una relación muy unida con su novio (a veces convive con él en su casa).

Cuestionario MOS de apoyo social

NORMAL - INDICE GLOBAL: 46 PUNTOS

Apoyo afectivo: 24 puntos.

Apoyo confidencial: 22 puntos

Test Apgar familiar

DISFUNCIÓN FAMILIAR LEVE

4 PUNTOS

Escala de Reajuste Social ERS: 153 puntos

Los cambios vividos pueden afectar a la familia o al estado de salud de alguno de sus miembros

Cambios salud de la madre: 44 puntos

Dificultades o problemas sexuales de la paciente: 39 puntos

Alcoholismo: 44 puntos

Fin de la escolaridad: 26 puntos

EL HOGAR

El hogar tiene una adecuada higiene, estando limpio y ordenado. Cuentan con calefacción eléctrica y buena iluminación natural, dando las habitaciones de la casa a la calle o a un patio interior con buenos ventanales. Sobre los confines territoriales y emocionales, la paciente

tiene una habitación dormitorio para ella sola. Es grande y lo suficiente para sus necesidades personales e intimidad. No considerando la necesidad de que hayan cambios para vivir mejor.

CIRCULACIÓN Y OCUPACIÓN DE LOS ESPACIOS.

La paciente pasa la mayor parte de su tiempo, que es mucho, en su habitación (80%), un 20% en el salón donde come, habla con su hermano y padres. El padre pasa su mayor tiempo en el salón- comedor (70 %) viendo TV, comiendo y descansando así como hablando con la mujer e hijos, 5% en el baño, y el resto 25 % en el dormitorio. La madre pasa el 50 % de su tiempo en el salón, comiendo, hablando con los hijos y marido y realizando tareas caseras, 30 % en la cocina 10 % en cuarto de baño y el restante 10 % en el dormitorio. El hermano pequeño pasa 30 % de su tiempo en su dormitorio, 50 % en el salón, viendo TV y hablando con sus padres y hermana y un 20 % en el baño.

La adolescente ordena, tras las consultas anteriores, sus problemas en una lista de mayor a menor importancia:

LISTA DE PROBLEMAS final

- 1º ACNE
- 2º Preocupación por no quedarse embarazada
- 3º Búsqueda de un trabajo
- 4º Tabaquismo

SOLUCIONES Y TAREAS

1. Soluciones seleccionadas:

Se acuerda poner en contacto a la paciente con la Trabajadora Social (en la última entrevista con la paciente convenimos la necesidad de ampliar su formación a través de algún programa de Formación Profesional). También contactará con la enfermera de familia para la asistencia de la misma a una nueva cita del plan antitabaco que se sigue en nuestro Centro de Salud.

2. Tareas a cumplimentar:

- La adolescente acepta pasar por la oficina de empleo para inscribirse
- En consulta se fija una fecha para dejar el tabaco y una consulta programada posterior.

3. Evaluación:

La paciente ha estado en consulta con la trabajadora social y ésta le ha informado y puesto en contacto con el centro de Formación Profesional y con el Ayuntamiento para la posibilidad de realizar curso de formación. Actualmente continúa con la enfermera en su consulta del plan antitabaco. Los padres ven posible que la hija mejore en sus problemas, y su novio le está apoyando en las dos tareas anteriores.

17

ASTENIA EN UNA ADOLESCENTE PREUNIVERSITARIA

Sonia Torrecillas Almansa

Médico de Familia. Centro de Salud Federico del Castillo, Jaén

Acude una adolescente mujer de 19 años de edad acompañada por su madre, quien solicita una analítica general porque encuentra a su hija muy cansada. Tiene antecedentes de migraña y de acné.

En una consulta posterior, donde la paciente acude sola a petición nuestra, la paciente niega la sintomatología referida por su madre. Al hablar con ella la encontramos algo retraída, poco habladora, tranquila, con aspecto triste. Al preguntarle por la presencia de otro tipo de problemas, refiere encontrarse triste y agobiada. Dice tener buena relación con sus amigos, aunque últimamente no pasa mucho tiempo con ellos, ya que no tiene ganas de salir, de hablar con nadie ni de hacer otras actividades que antes le divertían, a pesar de estar en periodo de vacaciones. Tiene novio, con el que mantiene una buena relación.

Niega tener problemas escolares. Está satisfecha con sus resultados, ha finalizado bachillerato con éxito y va a iniciar estudios universitarios, aunque lo cuenta con poco entusiasmo. Al preguntarle por posibles causas de su estado de ánimo, la paciente responde con seguridad: dice que ha aumentado 6 kg en los últimos meses y que tanto su madre como su hermana la tienen agobiada, ya que el año pasado se inscribió en un concurso de belleza y que, con su peso actual, no la van a dejar presentarse. Ella se encuentra bien con su físico pero dice que su familia le recuerda constantemente que no debe comer y que debe perder peso.

Se solicita una analítica general con perfil tiroideo (TSH). Se explican hábitos de vida saludables, con pautas de alimentación adecuadas y realización diaria de ejercicio físico. Se recomienda retomar actividades de ocio. Se da nueva cita programada en una semana.

MOTIVO DE LA CONSULTA

Astenia
Ganancia de peso

JUICIO CLÍNICO

Trastorno adaptativo
Ansiedad

LISTA DE PROBLEMAS

Trastorno adaptativo
Deterioro de las relaciones familiares y sociales
Migraña
Acné

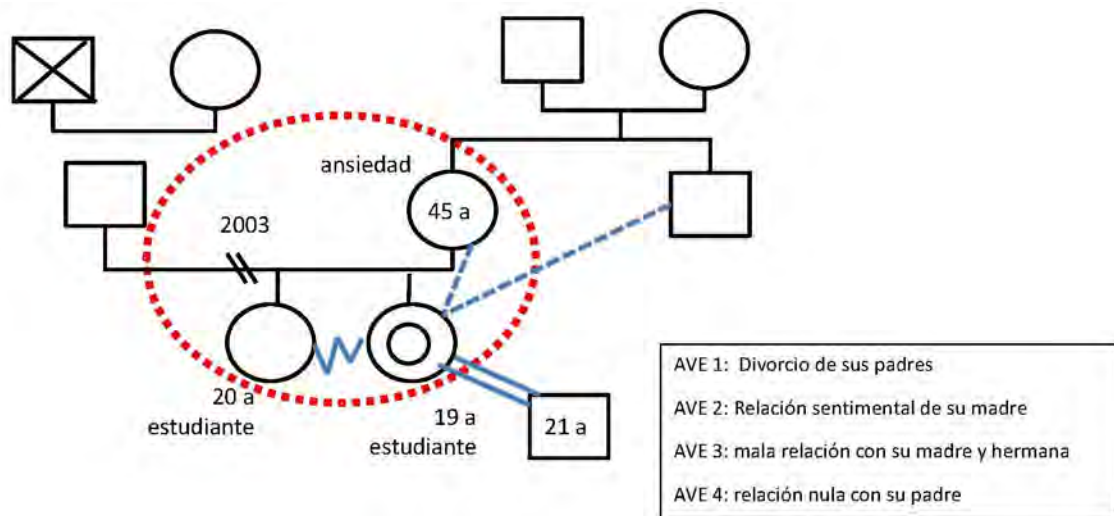
COMPORTAMIENTOS DE RIESGO: la paciente refiere consumo de alcohol de forma ocasional en fin de semana (cerveza y combinados), niega haber perdido el control en alguna ocasión. Presenta aislamiento social, pues prácticamente no tiene contacto con sus amigos.

PROBLEMAS ESCOLARES: no tiene problemas en cuanto a sus calificaciones, pero casi no tiene relación con sus compañeros.

PROBLEMAS CON LOS PADRES: la relación con la madre era buena hasta el inicio del problema; ahora es distante, con escasa confianza. La relación con el padre es casi inexistente.

ESTUDIO FAMILIAR

GENOGRAMA



La estructura familiar es monoparental (divorcio de los padres hace 10 años) con parientes próximos (abuelos maternos). Respecto al ciclo vital familiar, se encuentra en la etapa III o de extensión completa. Como acontecimientos vitales estresantes, la adolescente refiere:

- Divorcio de sus padres (hace 10 años)
- Enfermedades de su madre
- Inicio de relación sentimental de su madre (hace 1,5 años)
- Relación muy conflictiva con su hermana
- Inicio de estudios universitarios, con cambio de compañeros

La paciente dice que tiene un grupo de amigos grande y que siempre ha tenido muy buena relación con ellos, pero que últimamente ha perdido mucho contacto debido a su problema actual. Actualmente refiere encontrarse sola; únicamente está satisfecha con el apoyo que le brinda su pareja.

Cuestionario MOS de apoyo social

NORMAL - INDICE GLOBAL: 74 PUNTOS

- Número de amigos: 2
- Apoyo emocional/informacional: 28
- Apoyo instrumental: 19
- Apoyo afectivo: 11
- Interacción social positiva: 16

Test Apgar familiar

DISFUNCIÓN FAMILIAR GRAVE

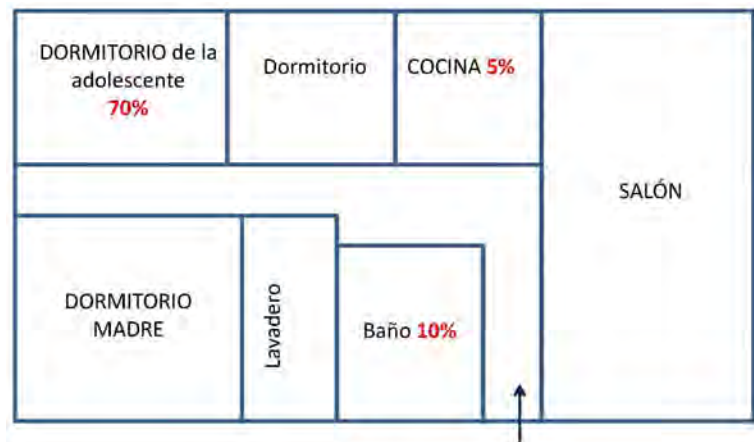
3 PUNTOS

Escala de Reajuste Social ERS

193 UCV (los eventos pueden afectar a la salud del individuo y/o de la familia)

La paciente marcó los siguientes ítems: 11, 19, 25, 33, 34, 36, 39 y 40

MAPA DEL HOGAR



El hogar está en la segunda planta de un edificio con 4 pisos, sin ascensor. Tiene 3 dormitorios, un salón de estar, un baño, cocina y lavadero. En el domicilio vive la paciente con su madre y su hermana. No hay calefacción central. Hay aire acondicionado en todas las habitaciones. La casa tiene una higiene adecuada. La vivienda en general es luminosa

El dormitorio es su espacio de intimidad y no considera que deban hacerse cambios en su domicilio. La paciente pasa la mayor parte del tiempo en su habitación estudiando, usando el ordenador o hablando por teléfono; el resto del tiempo está en el salón viendo la televisión, en la cocina durante la hora de comida o en el baño.

LISTA DE PROBLEMAS AMPLIADA

- 1.- Trastorno adaptativo
- 2.- Aislamiento social
- 3.- Relación con el padre casi inexistente, relación distante con su madre y conflictiva con su hermana, que se traduce en disfunción familiar grave.
- 4- Consumo ocasional de alcohol
- 5.- Migraña
- 6.- Acné

SOLUCIONES Y TAREAS

De común acuerdo con la adolescente se seleccionan los siguientes problemas y se buscan soluciones a los mismos

- Trastorno adaptativo y aislamiento social: a consecuencia del aumento de peso y de las constantes críticas de su madre y hermana, la paciente se encuentra mal, triste, con negación a salir por miedo a la crítica de los amigos/compañeros.

Reanudar sus actividades de ocio, hablar y pasar más tiempo con los amigos, aprovechando el periodo vacacional.

- Relación con el padre casi inexistente, relación distante con su madre y conflictiva con su hermana, que se traduce en disfunción familiar grave.

Mejorar la relación con su familia, promoviendo las actividades grupales, pasar más tiempo juntas, conversar y comentar los problemas y preocupaciones que tienen e intentar buscar soluciones de forma conjunta.

- Consumo ocasional de alcohol en fin de semana (cerveza y combinados).

Consejo sobre hábitos de vida saludables y alimentación saludable para su edad para ayudarle a mantener un peso adecuado, ya que la paciente desea perder peso.

TAREAS PROPUESTAS

- Perder peso de una forma controlada, con hábitos de vida saludables (alimentación adecuada y ejercicio físico)
- Mejorar la relación con sus amistades
- Pasar más tiempo en familia y favorecer la comunicación
- Hablar con su hermana e intentar solucionar las diferencias existentes, haciéndole ver que es un apoyo muy importante en su vida.
- Intentar retomar la relación con su padre
- Evitar el consumo de grandes cantidades de alcohol

Tras la intervención, la paciente describe una clara mejoría de su estado de ánimo. Ha perdido peso y eso le hace volver a encontrarse más segura, sin miedo a las críticas. La relación con su madre ha mejorado, aunque no es como le gustaría, ya que su madre padece un síndrome ansioso- depresivo, que la limita a la hora de programar y realizar actividades. Dice que es capaz de pasar más tiempo con su hermana sin discutir, aunque todavía les queda por mejorar. Sin embargo, refiere no haber sido capaz aún de hablar con su padre. Ha vuelto a salir con su novio y con los amigos.

18

EMBARAZO EN UNA ADOLESCENTE CON PAREJA GITANA

María Victoria Martínez Prieto

Médico de Familia. Centro de Salud Virgen de la Cabeza, Andújar (Jaén)

Se atiende en la consulta a una adolescente de 16 años que acude por presentar amenorrea, con diagnóstico de embarazo no deseado. Tanto ella como sus familiares están pensando si continuar con el embarazo o realizar una interrupción voluntaria del embarazo (IVE). La adolescente muestra síntomas de ansiedad, expresando incertidumbre sobre su futuro; llora en consulta y refiere sentirse irritable en ocasiones y desamparada. Su familia está muy preocupada. Su pareja es de la etnia gitana y por el momento mantienen muy poco contacto, parece que quiere abandonarla.

Refiere **problemas académicos** dado que sólo ha finalizado los estudios primarios, habiendo abandonado el instituto. También ha tenido problemas previos por una serie de **actos delictivos**.

Sobre la **relación familiar**, ella vive en la actualidad con su madre quien tiene una mala relación con su padre (es alcohólico) y su hermano pequeño. Es una familia con escasos recursos, su madre y demás familiares no aceptan su relación con un chico de etnia gitana. Le han insistido reiteradamente en que debe abortar. El trabajador social del Centro de Salud cita a la adolescente y a su familia para explicar los pros y los contras de la IVE. Al final la adolescente decide seguir con su embarazo tras lo que su pareja la abandona definitivamente.

MOTIVO DE LA CONSULTA

Amenorrea
Ansiedad

JUICIO CLÍNICO

Embarazo
Transtorno adaptativo

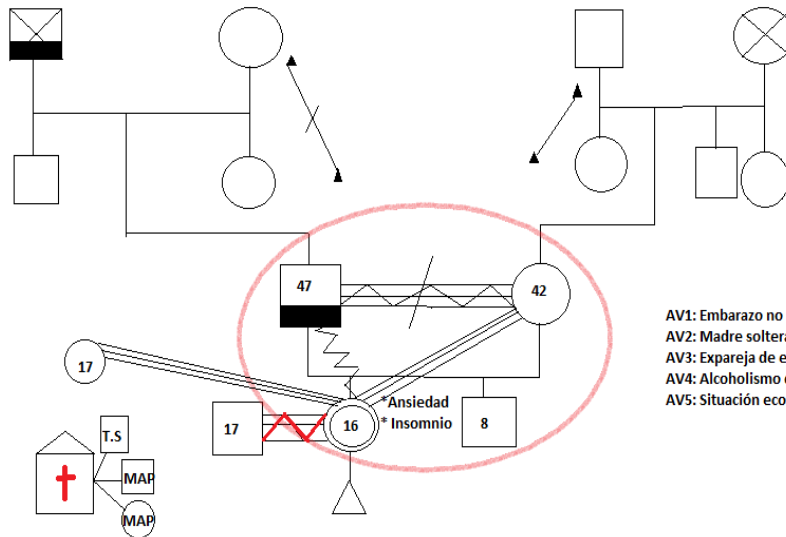
LISTA DE PROBLEMAS

Embarazo no deseado
Ansiedad y depresión reactiva
Abandono de su pareja.
Abandono del instituto.

ESTUDIO FAMILIAR

La adolescente forma parte de una familia nuclear, en estadio II.B (familia con adolescentes, fase preliminar del periodo centrífugo). Vive con sus padres, quienes están separados pese a vivir en la misma casa, y su hermano pequeño. La relación entre sus padres es conflictiva posiblemente por la adicción al alcohol del padre y por motivos económicos (está en paro). Ella se lleva muy bien con su madre pero mal con su padre, quien no acude nunca a consulta. Tienen un hermano mayor que ella un año, con una relación unida pero al tiempo conflictiva. Los familiares paternos están lejos, no así su familia materna que vive cerca de su domicilio. Su único apoyo externo es una amiga, también de etnia gitana. Tiene un número muy restringido de amigas.

GENOGRAMA



AV1: Embarazo no deseado.
 AV2: Madre soltera.
 AV3: Expareja de etnia gitana.
 AV4: Alcoholismo del padre.
 AV5: Situación económica familiar: Poro padre.

Cuestionario MOS de apoyo social

NORMAL - INDICE GLOBAL: 58 PUNTOS

Apoyo emocional: 22 (Medio),
 Apoyo instrumental: 19 (Casi el máximo)
 Interacción social positiva: 10 (Menos de la mitad, no tiene ganas de salir...)
 Apoyo afectivo: 7 (Bajo, se siente sola para abordar su problema, su pareja no quiere saber nada).

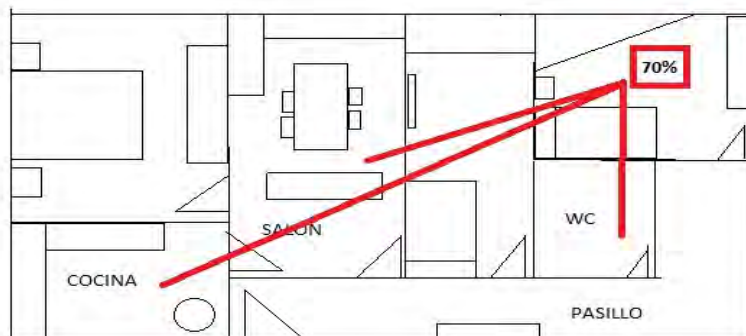
Escala de reajuste social

73 PUNTOS

Test Apgar familiar

4 PUNTOS
 Disfunción familiar leve

MAPA DEL HOGAR



Pese a tener una habitación propia cree no tener un espacio de intimidad en su casa. Tampoco cree necesario realizar cambios en su hogar para vivir mejor.

SOLUCIONES Y TAREAS

Lista de soluciones al problema

Ser madre soltera y tan joven no es nada fácil y más sabiendo que no hay independencia económica. El padre no se involucra en el problema familiar, al menos su madre la apoya y se interesa por su problema en la medida que puede. Acude con ella a consulta en reiteradas ocasiones. Al principio, le aconsejó el aborto pero a pesar de todo, la menor ha decidido seguir adelante con su embarazo.

Recursos con que cuenta para solucionar el problema

Ella es consciente del problema económico pero se siente protegida por su madre quien la apoya en su embarazo a pesar de pensar al inicio que lo mejor hubiera sido una IVE. La madre culpa a su pareja, a quien acusa de actividades delictivas. La adolescente acude a todas sus revisiones del proceso de embarazo y parece algo mas ilusionada, aunque sabe a lo que se enfrenta sola sin su pareja. Refiere que, a veces, ha pensado en marcharse de su casa pero lo desecha pronto por la ausencia de recursos y porque no tiene a donde ir. En consulta se muestra más afable, menos irónica y más participativa pregunta sobre cosas futuras de su embarazo.

Evaluación de resultados

Se establece una nueva y más profunda relación entre madre e hija que permite a la adolescente vislumbrar el futuro con menos incertidumbre, aunque el problema económico no está resuelto (ella no trabaja y su madre cobra poco como limpiadora). No desea volver al instituto hasta después del parto, por lo que es un tema que queda pendiente.

Acude una mujer de 23 años a la consulta tras ser atendida desde hace 5 años por varios episodios ocasionales de vómitos alimenticios y epigastralgia. Suelen ocurrir con una frecuencia trimestral, lo que ha motivado varias consultas en el servicio de urgencias hospitalario. Refiere que durante los mismos tolera los líquidos y *“alguna chuchería”*, pero que *“la comida me va a hacer daño, así que mejor no como”*. Hay periodos en que esta situación empeora y pasa los días con alguna infusión y un yogur si le insiste mucho su madre. Cree que sus síntomas gástricos podrían ser porque tenga *“algo”*. Ha sido vista por el servicio de Digestivo en varias ocasiones y han descartado patología digestiva. Su madre, que suele acompañarla en cada visita, lo atribuye a *“sus nervios”* y ella confirma que *“tiene problemas personales”*, pero no quiere comentarlos con nadie. En alguna ocasión le fueron pautados ansiolíticos y antidepresivos, pero no los tomó.

Ella es de baja estatura y delgada, se ve poco agraciada y no le gusta su imagen. Usa gafas y no se maquilla ni intenta arreglarse nada: *“me pongo lo primero que encuentro”*. Nunca se ha provocado el vómito. No ha tenido atracones de comida ni actitudes compensatorias. No ha tenido variaciones importantes de peso, en la actualidad tiene un índice de masa corporal de 18,7. No consume ningún tipo de drogas. No ha tenido relaciones sexuales. No realiza ningún tipo de ejercicio físico. Tiene como antecedentes personales una intervención de adenoides con 4 años.

Con respecto al **ámbito familiar**, es la pequeña de dos hermanos. El otro hermano tiene 31 años, está casado y tiene una niña de 9 meses con la que le *“gusta estar con ella pero me gustaría verla más”*. El padre murió hace 9 años de forma repentina y ella refiere no haberlo superado porque *“no lo olvidaré nunca”*. Vive con su madre con la que se lleva bien y no tiene problemas de convivencia. Ésta trabaja media mañana y el resto del día está con ella aunque ahora pasa más tiempo con una pareja que tiene desde hace 3 años pero con la que no convive *“por su hija”*. Tiene una abuela materna con la que se lleva bastante bien y no vive con ellas. Con su tía materna también tiene buena relación. Nunca ha hablado de su familia paterna y no tiene relación con ellos.

MOTIVO DE LA CONSULTADolor abdominal
Náuseas**JUICIO CLÍNICO**Emesis
Trastorno distímico**LISTA DE PROBLEMAS**Dificultad para aceptar responsabilidades
Complejo de inferioridad
Hipersomnia
Dificultad para tomar decisiones
Trastorno distímico
Falta de responsabilidades
Duelo patológico

En el **ámbito escolar**, ha comenzado varios cursos presenciales y *online* que ha ido dejando; ha intentado seguir varios módulos de formación profesional (el último de esteticista), que también ha dejado aunque disfrutaba en las clases. Iba a clases de Inglés, pero dejó de asistir *“aunque me gustaban, me daban pereza”*. El año pasado intentó seguir el curso de 1º de Bachillerato, se consideraba buena estudiante iba a las clases y le gustaba. Sin embargo una compañera lo dejó, y aunque ella le animó a seguir, finalmente *“tiró de mí y lo dejó”*. Le

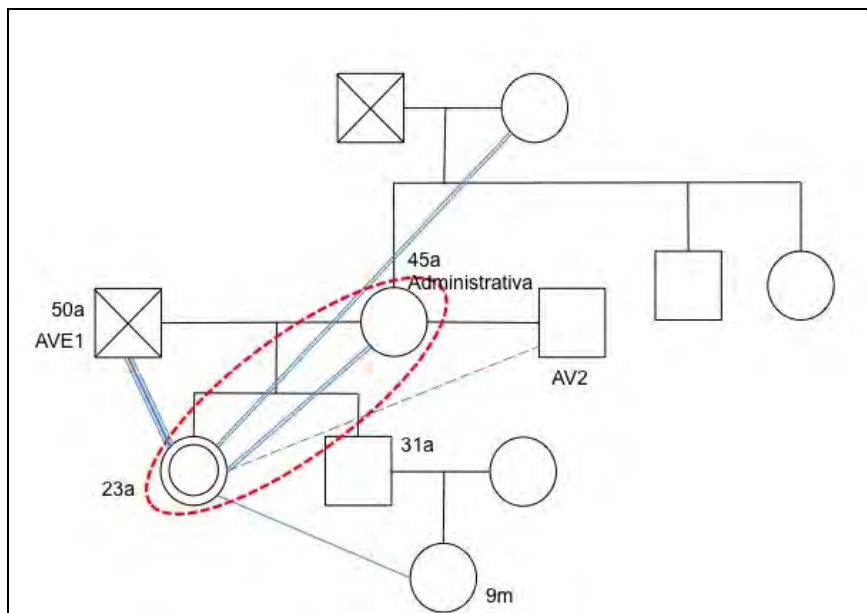
gustaría hacer fisioterapia y dar masajes pero no le gustan las asignaturas que debería de cursar los años previos hasta poder optar a hacer dicha diplomatura. Se pasa el día durmiendo o viendo la tele “porque no tengo ninguna obligación”. Su madre le suele dejar encargada alguna tarea de la casa, pero “*nunca las hace*” y es ella la que se encarga de todo. La madre está preocupada, pero no de forma excesiva “*si no quiere hacer nada que no lo haga*”. Suele acompañarla a la consulta excepto cuando acude por problemas menores como catarras o infecciones menores.

Tiene pocas **relaciones sociales**. Le cuesta trabajo hacer amigos. En alguna ocasión habla de “*amigos o compañeros de estudios*” pero suelen ser muy pasajeros y le duran poco. Tiene una amiga más íntima en quién si confía y con la que pasa mucho tiempo. Antes solía salir con amigos a las discotecas, pero ya hace unos años que no le apetece. Tuvo un novio hace 2 años y durante tres meses, pero lo dejó porque “*no tenía ganas de atarse a nadie*”. Algunos conocidos le han hecho comentarios sobre ella o su familia que le han hecho pensar y le han dolido mucho. Tras investigar dichos comentarios, parece que han coincidido con los episodios de mayor intensidad con sintomatología gástrica.

En la anamnesis destacan comentarios como “*No tengo apoyo y me encuentro sola aunque sé que tengo a mi familia*” “*me gustaría tener a alguien con quién hablar y contarle mis problemas*”; sin embargo cuando se intenta indagar más sobre los problemas, su respuesta siempre es “*son míos y no se los voy a contar a nadie*”, “*me gustaría ir al psicólogo para que me pusiera obligaciones*”, o “*me aburro y no encuentro motivación para levantarme*”

ESTUDIO FAMILIAR

GENOGRAMA



La adolescente vive en una familia monoparental en la etapa IV del ciclo vital familiar. Es la pequeña de dos hermanos. Vive en el domicilio familiar junto a su madre. Su madre, con la que mantiene buena relación, es administrativa y trabaja a media jornada. Su padre falleció hace 9 años, lo que supuso para ella un acontecimiento vital estresante que aún no ha podido superar; también es un importante cambio en su vida la nueva relación de pareja de su madre.

Tiene un hermano de 31 años, casado y tiene una niña de 9 meses. Con la familia paterna no mantiene relación. Con su abuela y tía materna tiene una relación estrecha aunque no convivan con ellas. Entre los apoyos fuera de la familia sólo destaca una amiga.

Cuestionario MOS de apoyo social

NORMAL - INDICE GLOBAL: 83 PUNTOS

Apoyo emocional 36 puntos
Apoyo material 20 puntos
Relaciones sociales 12 puntos
Apoyo afectivo 15 puntos

Escala de Reajuste Social

Total UCV: 64

Se inicia o termina el ciclo de escolarización (26)
Cambio de colegio (20)
Cambios en actividades sociales (18)

Test Apgar familiar

NORMAL – 9 PUNTOS

Indica una percepción normal de la función familiar

Escala de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI):

Ansiedad estado: percentil 50
Ansiedad Rasgo: Percentil 90

MAPA DEL HOGAR



La casa es amplia, tiene buenas condiciones higiénicas sanitarias y correcta iluminación. La paciente permanece el 85% del tiempo en su habitación, el 5% en la cocina, el 5% en el salón y el 5% en el baño. Cree que tiene un espacio amplio y bien delimitado para ella sola donde guarda su intimidad y no cree que la vivienda necesite cambios. Su madre se encarga de todas las tareas de la casa.

LISTA DE PROBLEMAS AMPLIADA

Dificultad para aceptar responsabilidades
Complejo de inferioridad
Hipersomnia
Dificultad para tomar decisiones
Trastorno distímico
Falta de responsabilidades
Duelo patológico
Poco apoyo social

SOLUCIONES Y TAREAS

Se consensuan con la adolescente los problemas encontrados. Se le da un tiempo para que proponga soluciones

TAREAS PROPUESTAS

1. Ponerse el despertador todos los días, de forma que le obligue a levantarse
2. Hacerse una agenda semanal de tareas incluyendo ayudar en casa, de forma que tenga una motivación por la que levantarse cada mañana
3. Hacer algún tipo de ejercicio: irá a visitar a su sobrina caminando (está a unos 30 minutos a pie) y se hará cargo de darle un paseo.
4. Irá clases por las tardes para intentar conseguir sacarse el bachillerato
5. Intentará ampliar la red social

Puesto que no se encuentra riesgo en la salud física ni un problema de desnutrición, se descarta en un principio, la derivación a la unidad de salud mental. Se cita a la paciente 15 días más tarde. Se constata que se está levantando todas las mañanas sobre las 10, sale a comprar las cosas de la casa y realiza las labores domésticas propuestas por su madre antes de ponerse a estudiar. Ha conseguido el temario de primero de bachillerato y está intentando sacárselo por libre. Ha vuelto a apuntarse a las clases de inglés y ha retomado el contacto con algún compañero de dicho curso. Dos veces a la semana está yendo a andar con una amiga y de vez en cuando se le agrega alguna conocida. Está más contenta y parece sonreír más en la consulta. La madre la encuentra más animada, está comiendo bastante bien y ha engordado un kilogramo de peso; por el momento, la epigastralgia ha desaparecido.

Se trata de un adolescente varón de 17 años (adolescencia media), que estudia 4º de ESO. Acude la madre del paciente a consulta pidiendo ayuda, está angustiada, su hijo desde hace más de un mes no asiste al instituto, está irritable, apenas convive con el resto de la familia, come solo en su habitación y ha guardado todos los recuerdos de cuando era más pequeño (fotos y trofeos de cuando practicaba taekwondo, sólo ha conservado su guitarra aunque no la toca). Está preocupado porque le han salido unos “granos” en la cara, dice que no ve bien y cree que tiene “algo malo”.

En una segunda consulta acude acompañado por su madre; deja claro que acude *“para no discutir con su madre, yo sé lo que me pasa y nadie me puede ayudar”*. Su aspecto es bueno, un poco pálido, viste de forma correcta, muy aseado y peinado con fijador. Es la madre la que inicia la entrevista, cuenta que su hijo tiene unos granos en la nariz por los que está muy preocupado, hace unos días fue a urgencias porque decía ver una mancha pero el oftalmólogo de urgencias no encontró patología. El paciente rehúye la mirada y dice que los granos solo son *“una cosa de las muchas que le pasan”*, sabe que no se le quitarán y que él *“no será nunca más el que era”*; contesta con monosílabos e insiste en que mientras no mejore su aspecto no volverá al instituto. Refiere una preocupación excesiva por su imagen lo que provoca un aislamiento asociado a cambios estéticos.

Se solicita analítica general, una nueva cita programada y se comenta una posible consulta con dermatología y salud mental (donde ha sido valorado previamente).

MOTIVO DE LA CONSULTA

Acné
Cambios del comportamiento

JUICIO CLÍNICO

Acné
Conducta hipocondríaca

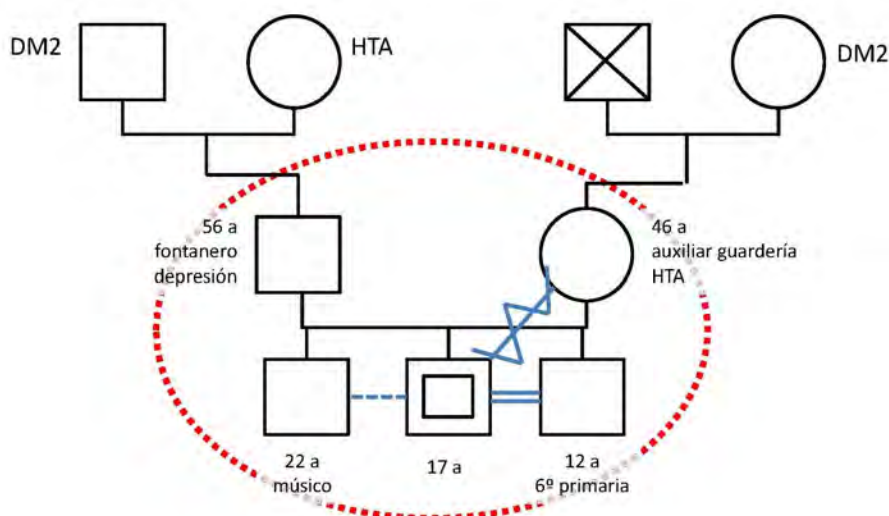
LISTA DE PROBLEMAS

Acné juvenil
Baja autoestima
Aislamiento social
Miedos hipocondríacos
Insomnio
Irritabilidad

Como **comportamientos de riesgo** se detecta un aislamiento social y familiar importante. El absentismo escolar constituye otro significativo **problema académico**. Todo esto le provoca **problemas con sus padres**: discute con la madre cuando está le recrimina su comportamiento, el que no asista a clase, el padre no sabe cómo ayudar al hijo y está deprimido, el hermano mayor comienza a culparlo de la tristeza de los padres.

ESTUDIO FAMILIAR

GENOGRAMA



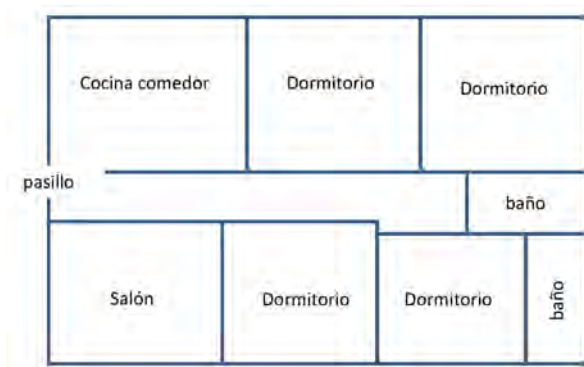
Se trata de una familia nuclear que se encuentra en la etapa III del ciclo vital familiar (extensión completa). El adolescente vive con sus padres y hermanos, tiene sus abuelos paternos y su abuela materna, el abuelo materno falleció hace un año aproximadamente. El padre tiene 56 años, trabaja como electricista en el Ayuntamiento de la localidad y está deprimido por la situación en que se encuentra su hijo. La madre tiene 46 años, trabaja como auxiliar en una guardería; la relación del adolescente con la madre se ha deteriorado, ella le reprocha su actitud. Los padres tienen una relación estrecha entre ellos, con los hijos el padre tiene buena relación, la madre y el adolescente tienen una relación más conflictiva, el paciente mantiene buena relación con el hermano pequeño y más distante con el hermano mayor.

Cuestionario MOS Apoyo social normal: 67 puntos

Test Apgar familiar Función familiar normal: 7 puntos

Escala de Reajuste Social Sin riesgos: 84 UCV

MAPA DEL HOGAR



Vivienda confortable, bien iluminada, dispone de calefacción y aire acondicionado, cada miembro de la familia dispone de habitación propia, los hermanos comparten el baño salvo los padre que disponen de uno en su habitación, la cocina es amplia y es donde generalmente comen, la vida familiar la realizan en el salón

LISTA DE PROBLEMAS AMPLIADA

Deterioro relación madre e hijo
Absentismo escolar
Fracaso escolar
Aislamiento social
Acné juvenil
Ansiedad
Introversión
Trastorno Hipocondríaco

SOLUCIONES Y TAREAS

- Continuar tratamiento psicológico.
- Pasar tiempo con la familia para mejorar la relación con la madre y el hermano.
- Incrementar el tiempo que pasa con un amigo y practicar actividades deportivas con él.
- Consulta con dermatología y salud mental.
- Intentar retomar los estudios: matricularse en el instituto el próximo curso.

Hipótesis y resumen

Se trata de un adolescente que no asumió los cambios que se producían en su imagen, muy perfeccionista que no admitía los cambios en su piel, comenzó a aislarse y a tener miedos infundados sobre enfermedades que podría sufrir. Todo esto le llevó a sufrir ansiedad y aunque sabía que su comportamiento deterioraba la vida familiar, sobre todo la relación con la madre y el sufrimiento de su padre, no encontraba cómo solucionarlo. Esta situación le ha generado mucha mayor ansiedad.

Tras la intervención los resultados obtenidos no son del todo satisfactorios. Está menos irritable, comparte alguna comida con la familia, en alguna ocasión ha salido con su amigo (que lo sigue visitando con regularidad pero no se alejan de la casa) y se ha comprometido a retomar sus estudios (aunque la madre cree que solo lo dice para no tener problemas en casa). Sigue acudiendo a salud mental aunque a una consulta solo acudieron los padres, el adolescente no acudió por estar resfriado (aunque parece ser una excusa para perder la cita).



Adquirir desde jóvenes tales o cuales hábitos no tiene poca importancia:
tiene una importancia absoluta.
Aristóteles