

*S. Gómez Sánchez, *I. Sevillano Benito
*R. Hernández Antón, **S. Geijo Uribe
**Beatriz Mongil López, **F. De Uribe Ladrón de Cegama

*MIR Psiquiatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

**L.E. Psiquiatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Correspondencia:

Sofía Gómez Sánchez
sofi.gosan@gmail.com

*“Pastillas para la tensión”.
La repercusión de la familia
en el adolescente*

*“Medicines for stress”. The
impact of the family on the
adolescent*

RESUMEN

Las relaciones padre/cuidador y niño son fundamentales y tienen un impacto significativo sobre la salud de los individuos. Estas relaciones pueden tener efectos en la protección de la salud, ser neutras o tener resultados perjudiciales. En casos extremos, estas relaciones pueden incluir maltrato o abandono, lo que tendrá consecuencias médicas y psicológicas para el individuo (1).

Estas relaciones pueden llamar la atención clínica por ser el motivo de consulta del individuo o por ser un problema que afecte al curso, pronóstico o tratamiento de otro trastorno.

Presentamos el caso clínico de una paciente que ingresa en la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil con la finalidad de suspender la medicación antipsicótica con la que lleva 8 años y la valoración de la sintomatología durante el proceso, tras el fracaso de los intentos de retirada de forma ambulatoria. En la discusión exponemos las patologías psiquiátricas relacionadas con la familia y el caso.

Palabras clave: Adolescente, Trastorno del vínculo, Familia, Antipsicótico.

ABSTRACT

Parent / caregiver and child relationships are critical and have a significant impact on the health of individuals.

These relationships can have effects on health. They can protect it, be neutral or have detrimental results. In extreme cases, these relationships may include abuse or neglect, which will have medical and psychological consequences for the individual (1).

These relationships can be the reason for consulting the individual or they can be a problem that affects the course, prognosis or treatment of another disorder.

We present the case of a patient who entered the Unit of Child and Adolescent Psychiatry with the purpose of suspending the antipsychotic medication with which it takes 8 years and the evaluation of the symptomatology during the process. In the discussion we expose the psychiatric pathologies related to the family and the case.

Keywords: Adolescent, Link Disorder, Family, Antipsychotic.

CASO CLÍNICO

Motivo de ingreso:

Retirada de medicación y valoración de síntomas tras el fracaso de los intentos de retirada de forma ambulatoria (con cada intento la madre acudía a la consulta con quejas sobre el mal comportamiento y la agresividad incontrolable asociada a la reducción de la medicación). Además se pretende establecer un diagnóstico y minimizar las interferencias de la familia.

Psicobiografía:

Se trata de una adolescente de 17 años que reside en Castilla y León con su madre y sus dos hermanas menores. Su padre reside en Grecia, les visita una o dos veces al año y ella junto a sus hermanas pasan con él las vacaciones de verano. La madre refiere que no están separados.

Ana (así nos referiremos a nuestra paciente), nace en Grecia y ya a los dos años su madre consultó con el pediatra porque tenía unas crisis de llanto muy prolongadas, les recomendó tiempo-fuera, pero no hubo una mejoría sustancial. Considera que el nacimiento de su hermana cuando ella contaba con 18 meses agravó la situación dado que el padre le prestaba más atención que a ella misma.

Desde su llegada a España con 5 años han consultado con varios psicólogos y psiquiatras que han hecho diversos diagnósticos: TDAH (aunque nunca se ha instaurado tratamiento farmacológico para dicho trastorno), T. límite de personalidad cuando contaba con 8 años de edad, problemas familiares (padres no idóneos).

Al parecer lleva desde los 9 años con diferentes psicofármacos, y a los 11 años es diagnosticada de Trastorno Bipolar, según consta en el informe que aporta la madre.

Desde Octubre de 2016 seguimiento en consultas externas (vía pública) y en tratamiento con Risperidona (0-50mg-1mg-1mg).

Antecedentes médicos:

Desarrollo: Embarazo deseado de 42 semanas, sin problemas durante el mismo. El parto es por cesárea por circulares de cordón. Peso al nacer: 3.500 Kg. Neonatología sin patología. Lactancia natural durante los 8 primeros meses. Desarrollo psicomotor, del lenguaje y control de esfínteres sin alteraciones. Inicia la guardería a los 4 años, y la escolarización a los 6, sin problemas de adaptación. Menarquia a los 13 años.

Antecedentes familiares:

Madre: 54 años, casada y vive en Castilla y León. Es bibliotecaria. Enfermedades somáticas: HTA e hipercolesterolemia. Cuenta con antecedentes de seguimiento en Psiquiatría desde los 20 años por un episodio depresivo según refiere. Es la 4ª de 5 hermanos. El primero tuvo un episodio depresivo y tiene CI Límite. El segundo también presentó un episodio depresivo al igual que otra hermana y su padre.

Padre: 48 años, casado, de nacionalidad griega, estudió INEF. Actualmente reside en Grecia y viene a visitar a su familia unas dos veces/año. Antecedentes somáticos: Tumor testicular en remisión desde hace 6 años. Es el menor de dos hermanos, hermana sana. Destacar como antecedentes familiares un primo paterno diagnosticado de Esquizofrenia y otro primo paterno de depresión crónica.

Hermana: 15 años. 4ºESO con muy buenos resultados académicos. Miopía: 9 dioptrías. Sana

Hermana: 12 años. 1ºESO con mal rendimiento académico. Sana.

Enfermedad actual:

Actualmente Ana refiere amnesia de episodios recientes, somnolencia, malestar, mareos, apatía... sobre lo que puede estar influyendo el tratamiento psicofarmacológico.

Además existe absentismo escolar desde hace aproximadamente dos años. Ana realiza 2º Bachiller de arte con buen rendimiento académico, si bien dice no sentirse aceptada por los compañeros.

Su madre la define como “una persona adorable”, que se fija en los demás y los ayuda, pero por otro lado describe a una persona agresiva, con crisis de ansiedad frente a los libros y pánico a salir sola de casa.

En la entrevista con la paciente refiere estar aquí para reducir la medicación y “ver qué sucede”.

En las sucesivas entrevistas con Ana cuenta que “toda su vida es un problema”. Refiere que desde que llegó a España, con 5 años, en el colegio ha estado sometida a acoso escolar. No es hasta 4º E.S.O (después de 11 años) cuando Ana cambia de centro al conocerse el trato que se le daba por parte de sus compañeros. En el nuevo centro presentaba escasas habilidades sociales y dificultades para entablar relación, cosa que no parecía repercutirle mucho ya que “al menos no la insultaban”. Cuando comienza el bachillerato de arte sucede lo mismo.

Refiere que comenzó a faltar a clase en Noviembre, lo que atribuye a que percibe que otros compañeros hablaban o se reían de ella, al mismo tiempo que hace crítica de esta interpretación; “sé que son paranoias mías, pero no lo puedo evitar”. Dice que en los recreos suele quedarse sola por este motivo y que nunca ha tenido más que una amiga con la que en el momento actual mantiene únicamente contacto telefónico puesto que vive en otra ciudad.

Por otro lado, narra múltiples problemas en el ámbito familiar, describiendo una dinámica familiar disgregada, en la que ella percibe unión entre su madre y sus hermanas quedando ella fuera:

- Su madre: “tiene mucha tensión y no puedes hacer nada porque le puede dar un infarto”. Ana refiere que para “la tensión” su madre toma venlafaxina y quetiapina. Cuando Ana le cuenta un problema coge el rosario y empieza a rezar. Se encierra en su cuarto y se duerme cuando se pone nerviosa, que suele ser por cosas ínfimas según Ana. En los “enfados” puede llegar a insultarle y referir que Ana se encuentra “endemoniada”. Ana refiere que después de estos episodios su madre niega estos comportamientos.
- Sus hermanas: hostiles e irónicas con Ana, le dicen que no tiene amigos y nunca quieren estar con ella. Le tienen prohibido entrar en su habitación (ellas duermen juntas), donde se encierran las dos la mayor parte del día.
- Su padre: “me llevo mejor con él que con mi madre... aunque tampoco le conozco mucho”.

Verbaliza que en casa su madre siempre la encarga a ella las labores domésticas, nunca a sus hermanas “quizás porque ellas están felices y sanas desde el principio, no toman pastillas”, y siempre la culpa a ella de todo, “es una excusa universal”. Si pasa algo malo es porque Ana no se ha tomado la medicación. “Ya me he acostumbrado”. Cuando su madre no toma la medicación “también se le nota”.

La economía familiar es precaria, estando el frigorífico “siempre vacío”. Ana es la única que come y cena en casa, teniendo incluso que comprar la comida con su dinero (propinas).

Ana, ¿si pudieras pedir tres deseos... cuáles serían?

1. Ser más sociable.
2. Hacer cosas con amigos.
3. “Que mi familia fuese normal”.

¿Y qué es para ti una familia normal?

“No ir a misa todos los días. Que mi madre en vez de ayudar a las otras personas nos ayudase más a nosotras. Que mis hermanas en vez de estar tan unidas entre ellas tuvieran más relación conmigo, y que mi padre nos visitara más a menudo”.

Exploraciones:

- Exploración Psicopatológica: A la exploración se trata de una paciente de biotipo normal. Buen contacto visual. Leve inquietud psicomotriz. Facies levemente hipomímica. Impresiona de ocultar información. Lenguaje fluido y coherente con discurso centrado en varios problemas vitales y quejas mnésicas. Dificultad para expresar emociones. Ánimo deprimido leve reactivo a situación actual. Ansiedad ideica leve, no somática. Ideas sobrevaloradas de perjuicio y autorreferenciales, no delirantes. No alteraciones del curso o contenido del pensamiento. No alteraciones sensorperceptivas. No ideas de muerte ni autolíticas. Ritmos biológicos conservados. Funciones intelectuales superiores y capacidad volitiva conservadas.
- Test de frases incompletas (SACK y LEVI) (2): Figura 1 y Figura 2.

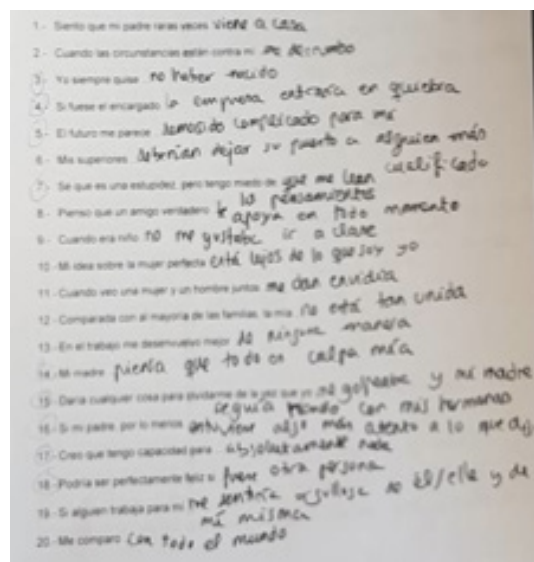


Figura 1. Test de frases incompletas (SACK y LEVI)

- Exploración Psicológica:
Inventario Clínico para Adolescentes de Millon (MACI) (3) (4): El estilo de respuesta revela transparencia, tendencia a mostrarse abierto y revelador. En cuanto a los prototipos de la personalidad, cabe destacar las altas puntuaciones

obtenidas en el prototipo Rudo, T. Límite e Introverso, en este orden. En cuanto a las preocupaciones expresadas, destacan las altas puntuaciones en Inseguridad con los iguales, Difusión de la identidad y Desvalorización de sí mismo. En referencia a los síndromes clínicos, la puntuación más elevada la obtiene en las escalas de Afecto Depresivo.

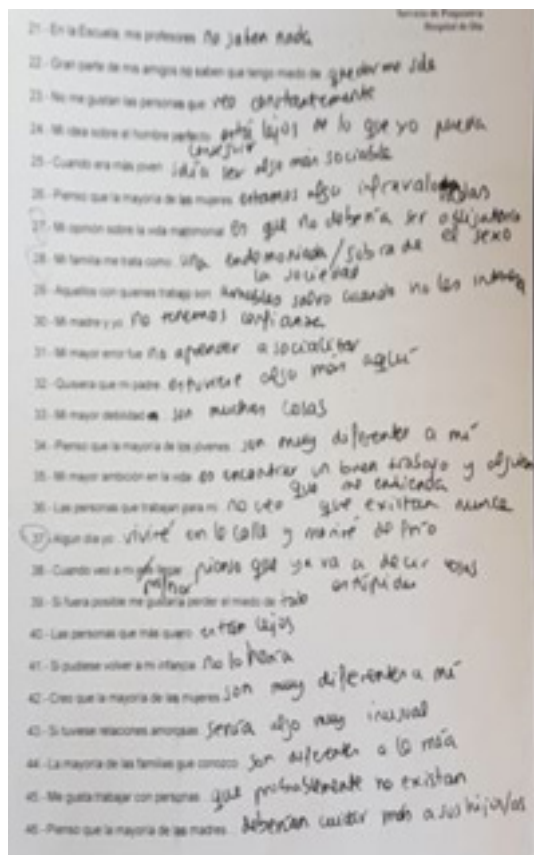


Figura 1. Test de frases incompletas (SACK y LEVI)

Juicios diagnósticos:

- Trastorno de la vinculación de la infancia reactivo. F94.1 (4)
- Problemas relativos al grupo primario de apoyo y a la interacción con el sistema educativo (1).

Tratamiento farmacológico:

Desde el primer día se inicia la suspensión progresiva de la Risperidona sin que se observe ni inquietud ni

insomnio, ni ninguna otra alteración.

Evolución:

En los primeros días, se muestra algo distante de sus compañeros, pero progresivamente se va integrando en la dinámica de las actividades que se organizan en la Unidad y acaba estableciendo lazos adecuados con los iguales. Muy respetuosa y educada con el personal de la Unidad. Así, participa en todas las actividades presentando buena actitud y prestando ayuda al resto de sus compañeros si han precisado.

Explica que existen problemas en la dinámica familiar que son los principales estresores de la paciente. Así, se siente rechazada por parte de sus hermanas y considera que la madre está muy ocupada y pasa poco tiempo en casa, que pocas veces se hacen actividades conjuntas. En ocasiones ella misma se prepara su propia comida, tema sobre el que habla con frecuencia ya que considera que la economía familiar es a veces precaria y se encuentra la nevera vacía. Por su parte la madre rechaza que sea esta la situación familiar, pero describe la dinámica que hay entre sus hijas de una manera contradictoria, así indica que por la agresividad de Ana sus hermanas le rechazan, pero también indica que cuando ella tiene problemas con sus hijas menores, recaba la ayuda de Ana quién “consigue que hagan lo que tienen que hacer”.

Tiene planes de futuro que pasan por estudiar algo relacionado con el diseño y de hecho se observa que tiene muy buenas capacidades para dibujar.

Cuando se está bajando la pauta de Risperidona, con frecuencia la madre dice encontrarla nerviosa y alterada, lo que justifica como la respuesta esperable a tal pauta. Sin embargo, en la Unidad no se ha observado este tipo de reacción.

Se recomienda que se reintegre inmediatamente al centro escolar, ya que consideramos que aún puede salvar el curso.

Se propone a la madre que se realice un PIF (Plan de Intervención Familiar) y se le ha conseguido ya una cita en el CEAS. Esta medida ya había sido propuesta en el ESMIJ.

DISCUSIÓN CLÍNICA

La clínica refleja claramente lo definido en el trastorno del vínculo, recordando que ya desde los 2 años consultan por crisis de llanto y angustia prolongadas que eran “incontrolables”.

F94.1 Trastorno de vinculación de la infancia reactivo (5).

Se trata de un trastorno que se presenta en la edad de la lactancia y en la primera infancia, que se caracteriza por anomalías persistentes en las formas de relación social del niño, acompañadas de alteraciones emocionales que son reactivas a cambios en las circunstancias ambientales. Es típica la presencia de temor y preocupación inconsolables. También lo es una relación social con los compañeros empobrecida. Son frecuentes las auto y heteroagresiones, la tristeza y en algunos casos un retraso de crecimiento. Se presenta probablemente como consecuencia directa de una carencia parental, abusos o malos tratos graves.

Se describen alteraciones emocionales, respuestas agresivas al sentir malestar, interés en las relaciones con los compañeros aunque la actividad lúdica está inhibida por respuestas emocionales negativas, un tipo anormal de inseguridad, capacidad para la empatía (de la que carecerían por ejemplo los trastornos generalizados del desarrollo) y posibilidad de cambio en la conducta en estas situaciones si el niño pasa a un entorno normal, como observamos en Ana durante el ingreso.

Nos planteamos la posibilidad de un Síndrome de Munchausen por poderes (6) (7), en el que el padre o la madre genera o inventa síntomas falsos o provoca síntomas reales al niño o niña, para hacerle pasar constantemente por enfermo. En este caso no hemos percibido que su madre busque la compasión o la ayuda de otros. No obstante, teniendo en cuenta las aferradas creencias religiosas de la madre, volcada en la ayuda al prójimo; el tener una hija enferma grave, también puede servirle para acentuar aún más su papel de ayuda y cuidado de los demás.

CONCLUSIONES

Destacar la influencia en el pronóstico de nuestra paciente de los diagnósticos impuestos por un Psiquiatra de adultos, parece casi inverosímil que con 8 años se diagnostique de un trastorno límite de la personalidad y con 11 años se hable y se establezca el diagnóstico de trastorno bipolar que permanece hasta la actualidad, cuando la clínica parece más influenciada en toda la evolución por su madre, quién cuenta sintomatología específica en Ana que no es vista por nadie del servicio

durante su ingreso, y tampoco objetivada por su Psiquiatra del ESMIJ. Esta situación ha producido que Ana lleve 8 años con tratamiento antipsicótico, que ahora no precisa, y que dudamos haya precisado de forma continuada durante los mismos.

Respecto a la infancia de la paciente, ya descrita anteriormente, vemos que ha estado marcada por el abandono y por respuestas ambivalentes en sus progenitores, quienes tan pronto la dejaban de lado como rezaban el rosario para la resolución de sus problemas (apego no seguro). Además de que siempre la han tratado como “una enferma mental grave” y así se lo han hecho saber constantemente. Vemos el impacto que ha causado en la funcionalidad de Ana, quién ha tenido que aprender a “sobrevivir”, y al fin y al cabo, ha podido salir adelante, ya que actualmente se encuentra en su curso académico correspondiente, estudiando algo que le gusta y con buenos rendimientos académicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. DSM-5. [Libro] ESPAÑA. PANAMERICANA, 2013.
2. Sacks, J.; Levy, S. “El Test de frases incompletas”. En Abt y Bellak: Psicología Proyectiva. Buenos Aires, Paidós, 1967.
3. Millon T. MACI. Inventario Clínico para Adolescentes Millon. España: Pearson Alhambra; 2011.
4. Vinet EV, Forns i Santacana M. El Inventario Clínico Para Adolescentes de Millon (MACI) y su Capacidad Para Discriminar Entre Población General y Clínica. Psykhe 2006; 15: 69-80.
5. VVAA.. CIE 10: TRANSTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO: DESCRIPCIONES CLÍNICAS Y PAUTAS PARA EL DIAGNÓSTICO. [Libro] ESPAÑA. MEDITOR S.L, 2004.
6. Depauw A, Loas G, Delhaye M. Munchausen by proxy syndrome. PMID: 26372976. Mayo 2015.
7. Petska HW, Gordon JB, Jablonski D, Sheets LK. The Intersection of Medical Child Abuse and Medical Complexity. PMID: 27894448 Febrero 2017.