

# Caso clínico y exploración del estado mental en adolescentes

**A. Figueroa Quintana.** Psiquiatra infantil y del adolescente. Instituto de Psiquiatría KIDS para Niños y Adolescentes. Las Palmas de Gran Canaria.

**Fecha de recepción:** 24 de febrero 2020

**Fecha de publicación:** 28 de febrero 2020

Adolescere 2020; VIII (1): 64.e8-64.e18

## Resumen

Se presenta el caso clínico de una mujer adolescente de 17 años con problemas en el rendimiento escolar, rebeldía y problemas relacionales con su entorno. Previamente se expone de forma pormenorizada como los profesionales sanitarios deben explorar el estado mental en los adolescentes. La entrevista diagnóstica semi-estructurada basada en Kiddie-SADS-PL sigue siendo el *gold standard* para la mayoría de clínicos.

**Palabras clave:** Adolescentes; Estado mental; Problemas escolares; Problemas relacionales.

## Abstract

A 17-year-old adolescent woman with school performance issues, rebelliousness and relationship problems is presented. Previously, the examination of adolescent mental state is discussed in detail. Kiddie-SADS-PL based semi-structured diagnostic interview remains the gold standard for most clinicians.

**Key words:** Adolescents; Mental state; School problems; Relational problems.

## Exploración del estado mental en adolescentes

Los pediatras, por el tipo de problemas que suelen tratar, tienen mucha experiencia en la exploración física. Sin embargo, generalmente están menos familiarizados con la exploración del estado mental, la "exploración física" de los psiquiatras.

Cualquier paciente, y cualquier patología psiquiátrica, se puede evaluar y abordar de varias maneras válidas y efectivas.

La entrevista diagnóstica semi-estructurada basada en Kiddie-SADS-PL sigue siendo el *gold standard* para la mayoría de clínicos.

El Kiddie-SADS-PL (*Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children – Present and Lifetime Version*), es una entrevista que incluye preguntas sobre todos los posibles diagnósticos psiquiátricos, que el paciente pudiera haber sufrido en el pasado o pueda presentar en la actualidad. Para cada área (por ejemplo TOC o trastornos psicóticos), sugiere preguntas generales sobre los problemas más frecuentes de ese área (como un cribado), y si el paciente no tiene esos síntomas, el clínico descarta esa patología. Si por el contrario el paciente sí refiere problemas en esas preguntas de cribado (por ej. ansiedad), el clínico le formula el resto de preguntas que cubren todos los diferentes posibles síntomas (fobia escolar, fobia social, crisis de pánico, etc.). Cuando se publicó el DSM-5, sus autores modificaron el K-SADS-PL adaptándolo a los nuevos criterios diagnósticos.

Los principios básicos de una buena primera valoración son:

- 1. Tiempo.** Las valoraciones completas (las efectivas) llevan tiempo. No necesariamente varias sesiones, pero sí requieren varias horas.

La entrevista diagnóstica semi-estructurada basada en Kiddie-SADS-PL sigue siendo el *gold standard* para la mayoría de clínicos

2. **Observar todo.** Una frase o un gesto puede sugerir una dificultad, y la información puede venir en cualquier momento. Por ejemplo, al pesar o medir a los pacientes, a veces se obtiene información de manera “inesperada”. Por ej., si son ultrarrápidos quitándose los zapatos sin desatarse los cordones y lanzándolos “donde caigan” (podría sugerir impulsividad); o si se avergüenzan “es que me sudan mucho los pies”, “tengo agujeros en los calcetines” (puede indicar ansiedad), si se resisten: “¡no quiero saber mi peso!”, “ya me pesó el médico de cabecera, ¿para qué otra vez?” (podría sugerir insatisfacción con su físico).
3. **Imprescindible valorar al paciente, y valorarle con sus padres y a solas.** Algunos padres pretenden que su hijo no vaya a la consulta (“es que no quiere ir”, o “para que no pierda clase”). Sin valorar al paciente nunca será una valoración completa y fiable. En la parte con los padres, se valora la interacción entre ellos, y en la parte individual se compara si el chico se muestra diferente, por ej., menos defensivo y más relajado y abierto que con sus padres delante, (esto sugeriría problemas entre ellos).
4. **La exploración del estado mental es la fase de recogida de datos, y es importante:**
  - a) **Empezar preguntando el motivo de consulta**, tanto al niño como a los padres. Así el clínico entiende qué es lo que llevan peor, y en lo que más esperan recibir ayuda tras esta consulta. Sin embargo, el motivo de consulta es solo eso (el motivo de entrada), no siempre es el problema principal ni en lo que *deben* recibir ayuda.
  - b) **Formar una hipótesis diagnóstica** lo antes posible. Inicialmente será preliminar y por lo tanto susceptible de cambio, pero es importante tener una sospecha sobre las áreas en las que el paciente tiene problemas (ansiedad, TDAH, humor, comportamiento disruptivo, autismo, habilidades sociales, relaciones familiares, relaciones sociales, lenguaje, etc.)  
A medida que se va obteniendo más información con la exploración, la hipótesis se va haciendo más robusta. Imagino este proceso como “abrir cajones” (cada cajón, un área), e ir metiendo las “pruebas” (síntomas obtenidos en la exploración del estado mental) en su cajón correspondiente (por ej., pide dormir con sus padres- ansiedad; miedo a las alturas- ansiedad). Al final el clínico revisa los cajones que están muy llenos o desbordados (diagnóstico), y aquellos cajones que están vacíos o con “poca cosa” (ausencia de problemas significativos).
  - c) Si el clínico **duda** sobre en qué cajón meter un síntoma, **¡seguir indagando sobre esa situación!** Por ej., si el paciente suspende muchas, pero no sabe por qué; preguntar más hasta descubrir si es que no estudia suficiente, o se bloquea en los exámenes, o se aprende de memoria sin entenderlo, o no le da tiempo a terminar las preguntas que sí sabe, o tiene dificultad para expresar sus ideas... Seguir preguntando hasta tener claro en qué “cajón” meter ese problema.
  - d) **En los cajones, solo meter datos objetivos.** Para eso, es imprescindible **convertir en objetivas las valoraciones subjetivas** del paciente o sus padres (por ej., “se enfada lo normal”, “duerme bien”, “durmió con nosotros un tiempo, igual que sus hermanos”). Esto se hace pidiendo datos concretos o **ejemplos reales y recientes** (si es un problema actual). Por ejemplo, ¿qué dice/hace normalmente cuando se enfada?, ¿cuántas veces se enfada por eso en una semana normal? Con estos datos objetivos, valorar si efectivamente son enfados “normales”, o excesivos.
  - e) **Desechar también las atribuciones subjetivas.** “No hace los deberes porque no le da la gana, es un vago” (solo incluir en el cajón: no hace los deberes).
  - f) **Entender bien la idea que quieren transmitir.** Con frecuencia dicen “es nervioso” refiriéndose a que se mueve mucho, o “come con ansia” para describir que come muy rápido, o “se pone agresivo” cuando el niño se queda quieto, tenso y aprieta puños.
  - g) Ser **flexible en cuanto al orden** en el que se aborda cada área. Por ej., si el paciente no quiere hablar de sus padres al principio, quizás esté dispuesto al final.
  - h) **No obligar a tratar ningún tema.** Siguiendo el ejemplo anterior, tranquilizarle si al final tampoco quiere hablar sobre sus padres (“de acuerdo, no hablaremos de ellos”). Se puede intentar conseguir información sobre posibles problemas con sus padres tratando otros temas como castigos que le ponen si suspende, hasta qué hora le dejan salir, cuánto tiempo le permiten de videojuegos, etc.

A medida que se va obteniendo más información con la exploración, la hipótesis se va haciendo más robusta. Imagino este proceso como “abrir cajones” (cada cajón, un área), e ir metiendo las “pruebas” (síntomas obtenidos en la exploración del estado mental) en su cajón correspondiente

En los cajones, solo meter datos objetivos. Para eso, es imprescindible convertir en objetivas las valoraciones subjetivas del paciente o sus padres

Se debe adaptar la entrevista a la persona, pero el clínico debe siempre guiar la entrevista

- i) Adaptar la entrevista a la persona, pero el clínico debe siempre **guiar la entrevista**, sin dejarse llevar, por ejemplo, por un niño que continuamente redirige la conversación hacia su videojuego favorito; o unos padres que insisten en criticar a una profesora por considerarla el único problema de su hijo. En la entrevista diagnóstica, todas las preguntas y las respuestas deben servir un único propósito: llegar a un diagnóstico completo del paciente y de sus circunstancias; para, con ese diagnóstico, diseñar el mejor tratamiento individualizado. Es decir, la entrevista diagnóstica no es para “desahogarse”, ni necesariamente para profundizar sobre temas que ellos estimen.
- j) **Escucha neutra.** Durante la exploración, el clínico NO debe mostrar signos de aprobación ni desaprobación, ni dar a entender que no se fía, ni dar recomendaciones sobre algo aunque las pidan! (Todavía no. Primero, obtener toda la información). Básicamente, para formar su hipótesis, el clínico solo debe obtener información.
- k) **No “creer” todo lo que se escucha** (ni del paciente, ni de su familia), pero usar todo para ayudarles. Algunos muestran una fachada falsa, otros ocultan parte de información... Cuando esto ocurre, es importante no juzgarles, son solo muestras de alguna dificultad (por ej., auto-culpa, o vergüenza y miedo a la opinión del clínico).

5. **Cuanto más fuentes de información mejor.** En la entrevista diagnóstica, incluir siempre a los padres (al menos uno). También obtener información de profesores, entrenadores, profesores particulares, etc. Con frecuencia todos refieren los mismos problemas en el niño (timidez, “pasotismo”, actitud desafiante, “hiperactividad”) en mayor o menor grado. Sin embargo, esto no siempre es así. Valorar las diferencias cuando ocurren puede arrojar “pistas” sobre el problema.

6. Las **escalas y cuestionarios son útiles, aunque prescindibles.** La información obtenida de los cuestionarios más utilizados (SDQ, Conners, MCHAT, MASC, CDI, etc.) es útil solo si el clínico repasa las respuestas con quien lo completó, para asegurar que la pregunta se entendió bien, y que el clínico entiende bien la respuesta. Por ej., en el ítem del MCHAT que pregunta si se ha sospechado que su hijo es sordo, marcar que sí podría sugerir problemas tan diferentes como: TEA, TDAH, comportamiento desafiante, un problema de lenguaje, desobediencia “normal”, ¡y hasta hipoacusia real!

Las escalas y cuestionarios son útiles, aunque prescindibles

Y a continuación, la aplicación de estos principios en el caso que vamos a comentar de Lucía.

## Caso clínico

Nota: *En cursiva: impresión del psiquiatra tras la información que le dan. En azul: información de los padres a posteriori sobre lo que antes dijo la adolescente en la entrevista individual.*

### Datos de filiación

Fecha de primera valoración: noviembre 2018. Edad: 17 años. Vive con sus padres y su hermana Ana (10 años), en una zona urbana.

Curso 2018/2019 (curso actual): matriculada de las 3 asignaturas que tiene pendientes de 4º ESO. Es el tercer curso que estudia 4º ESO. Curso 2017/2018 repitió 4º ESO en el mismo centro, y este curso se había cambiado a una Escuela de Adultos (menor exigencia). Anteriormente ya había repetido también 3º ESO.

### Parte 1. Motivo consulta

Empecé la valoración preguntando el motivo de consulta a Lucía y a sus padres.

Motivos de consulta referidos por los padres:

- “Más o menos cumplía con sus obligaciones hasta 2º ESO, su madre estudiaba con ella”
- “Ahora no estudia nada”
- “En casa está rebelde, todo le parece mal”
- “Muy insegura, baja autoestima”
- “Apenas sale de casa, no sale con amigos, ni va a las comidas familiares”
- “Conectada permanentemente al móvil”
- “No la vemos feliz... y ya no sabemos qué hacer”

Con sus padres, Lucía se mantuvo hermética y tensa. Su padre “callado” la mayor parte del tiempo, y su madre se mostraba punitiva y “desbordada” por los problemas de Lucía. Por esto, en cuanto aclaré el motivo de consulta, y formé una hipótesis diagnóstica preliminar, empecé la entrevista individual.

## Parte 2. Entrevista individual con la paciente

*Al inicio de la entrevista individual con Lucía, mi hipótesis diagnóstica (todavía preliminar):*

- Síntomas de ansiedad (insegura, baja autoestima)
- Síntomas depresivos (aislamiento, rechazo de ayuda, sentimiento de soledad)
- Posibles síntomas de TDAH
- Problemas con iguales
- Enfados (¿en situaciones estresantes?)
- Los problemas descritos también interferían en los estudios

*Los objetivos de la exploración psicopatológica con Lucía es seguir obteniendo información para:*

- Confirmar o cambiar las hipótesis diagnósticas
- De cada área problema, aclarar: inicio, por qué aparece el problema, síntomas actuales, y gravedad y disfunción actual (consciencia de problema, intensidad, dónde aparecen, cuánto afectan, etc.)
- Pensar en diferentes medidas posibles de tratamiento para las áreas con problema. Para eso, averiguar qué medidas han tomado ya y cuáles han funcionado, qué quieren/pueden hacer (por ej., por motivos económicos o logísticos); si los problemas son significativos y susceptibles de mejorar con medicación, valorar qué opinan sobre iniciar medicación, etc.

*La duración de esta entrevista puede variar desde 15-20 mins (niños pequeños, adolescentes no colaboradores), a 2-3 horas (niños mayores-adolescentes que cuentan en detalle que les pasa y por qué). Con Lucía duró 2 horas y 15 mins.*

Cuando le pregunté qué le preocupaba más, Lucía contestó el tema académico y la situación en casa; y eligió empezar por el tema académico.

### Rendimiento académico

Curso 2016/2017 suspendió la mayoría de asignaturas de 4º ESO. En mayo 2017 preparó y aprobó la prueba de acceso a grado medio.

Sin embargo, al curso siguiente (curso 2017/2018) no pasó a un grado medio, sino que repitió 4º ESO, “porque pensé que iba a aprobar”. *Con esta información:*

- Sé que Lucía **NO** quiere bajar exigencias, quiere aprobar la ESO (aunque en la práctica no ponga los medios)
- Sospecho que un ciclo medio le parece poco, tipo: ¿qué van a pensar de mí?

Cuando repite 4º ESO “suspendía muchas, porque en la clase había juerga y me unía a ella”. *Dudo que esta fuera la causa principal de los suspensos: si quería “juerga”, hubiera disminuido exigencia con un ciclo medio... creo que **no está contando** el problema REAL.* Y al final de ese curso suspendió 4 asignaturas.

Asegura con rotundidad que para el siguiente curso quería pasar a un ciclo medio de farmacia, “pero como no había plaza”, *como si fuera una consecuencia lógica*, a finales de septiembre 2018 (con el curso ya empezado) “empecé un ciclo medio de administración” (área que nunca le había gustado ni se había planteado anteriormente), en un instituto nuevo, que además estaba lejos de su casa. Para llegar a clase a las 8h, debía levantarse a las 6h y coger el autobús a las 7h, regresando a las 15:15h. *Como era previsible teniendo en cuenta su estado emocional*, a principios de noviembre 2019 dejó el ciclo, “porque estaba muy cansada de madrugar”. *Lucía conocía la logística antes de elegir esta opción, por lo que probablemente abandonó por otros problemas, que tampoco está contando.*

“Después solo estuve en casa la semana del 5 de noviembre de 2018, porque la semana del 12 de noviembre de 2018 ya empecé en la escuela de adultos”. *Sus padres informan después que dejó el ciclo medio de administración en octubre 2018 (no en noviembre 2018), y que supieron después, que 2-3 semanas antes ya dejó de entrar al centro, aunque aparentemente seguía la rutina como si siguiera.*

*Es decir, Lucía minimiza el problema, probablemente porque es la primera que se avergüenza y se auto-culpa de su fracaso y quiere que no parezca tan grave.*

En el momento de la consulta, estaba matriculada de las 4 asignaturas que tenía pendientes de 4º ESO en otro centro, una escuela de adultos.

Lucía desconoce por qué ha suspendido hasta ahora. *Y es fundamental ENTENDER cuál es el problema, para desde ahí, sugerir recomendaciones. Si no sé POR QUÉ SUSPENDE, es imposible ayudarla en los estudios. Necesito más información. Y si ella no analiza... habrá que ayudarla a analizar. Con este objetivo, le pregunto por cada asignatura en el centro actual.*

- Inglés: "por ahora es fácil". Después reconoce que es un nivel muy muy básico... y aun así duda si podrá aprobar... sugiere inseguridad.
- Historia: "todavía no he empezado a estudiar porque no tengo examen. Solo hago los deberes". Lucía SABE que eso no es suficiente, pero no quiere reconocer el estudio insuficiente como una de las causas de suspender.

Protesta porque en este centro le exigen examinarse de 2 asignaturas que no había suspendido: tecnología y naturales. *Indago sobre éstas...*

- Tecnología: todavía no ha ido a clase porque solo le exigen 1 de los 3 bloques que se dan en el curso. Del único bloque que le exigen, desconoce cuándo empieza y cuánto dura. *Sin profundizar, hubiera asumido lo que Lucía ha querido transmitir con su queja: que le exigen la asignatura entera y que es mucho... cuando sabe que no es así.*
- Naturales: "Tuve examen el martes 12 nov 2018 (su segundo día en el centro). El profesor me lo dijo cuándo por casualidad me vio por el pasillo, el 11 nov, mi primer día. Me dijo que me estudiara algo de volcanes. Me lo imprimí pero era mucho". *Después su madre informa que los apuntes eran solo 6 páginas, de contenido básico y sencillo, "que Lucía entendía perfectamente"; que el profesor simplemente le dijo que habría examen en su clase al día siguiente, sin pretender en ningún momento que Lucía lo preparara: -eso fue cosa de Lucía-.*

Sin embargo, de esos apuntes Lucía aseguraba:

- "es mucha materia, demasiada" (*anticipa que no puede, excesivamente agobiada para la materia que era objetivamente*)
- "como es mucho, tengo que resumirlo, pero si empiezo a quitar cosas yo sola... puede que me equivoque (*anticipa que no puede, que lo hará mal*). Por eso mis resúmenes siempre son gigantes" (*estrategia no útil... por inseguridad*).
- "Al leer los apuntes, no entendí muchas cosas".

Solo cuando le pregunto, reconoce: "cuando no entiendo algo, me enfado conmigo misma en plan... ¿eres tonta? ¿cómo puedes no entender esto, si lo tienes delante?".

Y cuando le pregunto si preguntó sus dudas: "no porque para preguntar al profesor, primero tengo que hacer el resumen (*¿excusa para postergar preguntar dudas, porque le da vergüenza/miedo a que el profesor piense que es "tonta" o que sus dudas son ridículas?*). Además, antes de preguntarle al profesor quiero acumular varias preguntas" (*otra excusa con la que intenta "explicar" que no preguntar es lo razonable... Sospecho que sin ayuda nunca preguntará sus dudas*).

- Trabajó esa tarde en casa (*probablemente estudio no productivo por ansiedad*), pero ni se presentó al examen al día siguiente (*anticipa suspenso, así que ni lo intenta*).

- Pasaron a otro tema, "pero en casa sigo trabajando los volcanes, porque quiero dejar el tema terminado antes de pasar al siguiente".

Cuando le pregunto si ya acumuló varias dudas para preguntar al profesor, Lucía responde: "ahora no puedo preguntarle, porque están en otro tema". *Elabora argumentos que demuestren que "no afrontar" es lo razonable.*

*Conocer sus problemas en esta asignatura y cómo ella los aborda resulta útil... si el patrón se repite. Indago sobre otras asignaturas.*

- Matemáticas: "fatal. Nunca me he enterado". Le pregunto por sus notas en matemáticas en años anteriores. Cuenta que sacaba sobresalientes y notables en primaria, y que solo desde 1º ESO bajó a bienes y suficientes, y que suspendió matemáticas por primera vez en 3º ESO.

*¡La situación es bien diferente a cómo la planteaba Lucía! Su “nunca me he enterado”, realmente es que suspende desde 3º ESO. Y alguien no “pierde” su capacidad para aprender matemáticas, algo debió pasar.*

Asegura que suspendió matemáticas en 3º ESO “porque empezaron a dar cosas nuevas”. Le digo que en cada curso se dan cosas “nuevas” para ellos en ese momento, entonces cambia su argumento: “empezaron a dar cosas más complicadas”. En cada curso se dan nuevos conceptos objetivamente complicados para ese nivel, así que esa tampoco era la razón... pero Lucía no quiere dar más información...

Pregunto por su profesor de matemáticas en 3º ESO: “Profesora. No me acuerdo mucho”. *Sospecho que quiere evitar hablar del tema, posiblemente porque es fuente de ansiedad.* Le pregunto si le reñía mucho: “siempre me echaba la bronca delante de toda la clase”, pero niega que le afectara. *Sus padres después informan que desde principio de 3º ESO, la profesora de matemáticas con frecuencia le hacía comentarios muy despectivos en la clase, como: “¿para qué vienes a clase si siempre estás como un mueble?”. Lucía lo contó en casa a mitad de curso (¡cuando el problema llevaba meses!), e inicialmente no permitió que sus padres hablaran con la profesora. Durante 5 meses, Lucía se sentía mal por esto, y sus padres ni sospechaban el problema. Incluso cuando lo contó, no quería que ellos abordaran la situación tampoco, por miedo a que la profesora la tratara aún peor.*

*Al verla cada vez peor, a final de ese curso, su padre se reunió con la profesora para explicarle que Lucía se sentía insegura y bloqueada en sus clases, y en sus exámenes. Le pidió que se los repitiera, y la profesora accedió, acordando un día. Lucía contó que la profesora no apareció, pero no permitió a sus padres volver a hablar con la profesora.*

En la 2ª evaluación de 3º ESO su madre la matriculó en una academia para reforzar matemáticas. Lucía no quería: “porque no me gusta estudiar con gente. Además el profesor se pasaba la clase viendo su móvil y yéndose a por café”. *Lucía no afronta su dificultad con las mates por ansiedad, pero cara a otros, intenta “argumentar” su negativa para esconder lo que realmente es una evitación ansiosa. Sospecho que interpretaba una corrección del profesor como un ataque (cree que soy retrasada/ inútil).*

Para la 3ª evaluación, su madre la quitó de la academia y le puso un profesor particular en casa, sin éxito: “Me arruinaba todo el día pensando que ese día venía el profesor” (*anticipaba el sufrimiento, y le afectaba todo el día*). “Lo odiaba, porque se pasaba todo el día mirándome”. *Entonces, si el profesor se ocupa (y la corrige), es un problema porque se siente “atacada”. Y si profesor no se ocupa (ve móvil, va a por café) es un problema porque “pasa de ella”... Con este modus operandi, no hay manera de salir del problema.*

“Además me mandaba más deberes, y ya tenía muchos!”. Cuando le pregunté si le dijo al profesor que se agobiaba con tantos deberes: “Claro que no... imagínate que le digo y me suelta algo” (*por miedo a que se enfade con ella, no afronta pero, ¿cómo va a saber el profesor que se agobia si no se lo dice?*). “Desde el primer día le dije a mi madre que quitara al profesor particular, a los 2 meses me hizo caso”. *Su madre intentó diferentes estrategias, pero ninguna funcionó porque ninguna abordaba ni resolvía el problema principal: SU INSEGURIDAD Y EVITACIÓN DE ESTRESANTES.*

Repitió 3º ESO teniendo la misma profesora de matemáticas en el instituto, y siguió suspendiendo matemáticas todo el curso. *Mismo problema → Mismo modus operandi (no afronta problema) → Mismo resultado. ¡Era previsible!*

*En 4º ESO volvió a suspender varias asignaturas, matemáticas incluidas. Lucía planteó pasar a ciclo medio, “porque esta profesora no me va a aprobar matemáticas”. Es decir, rechazó las ayudas que le ofrecían, escondía sus dificultades reales y fabricó argumentos para que sus padres le permitieran “huir” de 4º ESO y de la profesora de mates (evitación ansiosa). Pero al final no se cambia, repite 4º ESO, con resultados igual de bajos. En el momento de la primera valoración, Lucía había empezado unos días antes en una Escuela de Adultos para sacar las 4 asignaturas pendientes de 4º ESO.*

Al final Lucía reconoce que ella quiere terminar Bachillerato “porque siempre he querido ser matrona. Desde primaria, para motivarme a estudiar imprimía ecografías y las colgaba en la pared”. ¡Al final reconoce qué quiere! “Pero ya es tarde: sería este curso, 2 años de Bachillerato... o lo que me lleve, 4 años de enfermería, 2 años de matrona..., como mínimo terminaría con 26 años (anticipa negativa)... parece que no voy a empezar a trabajar nunca (anticipación catastrofista). Por eso, a lo mejor hago un ciclo superior de Anatomía patológica... depende de cómo me vea”. Lucía lo plantea como si le diera igual una alternativa o la otra cuando en realidad:

*Solo le gusta y solo quiere su plan A. Anticipa que su plan A es imposible. Y además, no afronta problemas para conseguir Plan A. No valora otras alternativas buenas y realistas, solo sugiere un plan B, que realmente considera un fracaso.*

**En resumen**, solo con la información sobre el área académica obtuve mucha información de los problemas de Lucía:

- No cuenta.
  - No afronta problemas, fundamentalmente porque anticipa no puedo (y ni lo intenta).
  - Elabora “excusas” o argumentaciones para que no la obliguen a afrontar, y para que los demás NO VEAN su ansiedad y sus fracasos.
  - La acumulación de fracasos, al final afecta a su humor, lo que a su vez empeora rendimiento → más problemas...
  - La acumulación de fracasos, empeora cada vez más su baja autoestima y escasa seguridad en sí misma.
- Sospecho que objetivaré estas dificultades también en otras áreas.

### Relación con sus padres

Lucía define a su madre como “muy estricta” (su madre después reconoce que es muy exigente), y asegura que “siempre me echa súper broncas por boberías. Ayer por ejemplo, hice las camas, recogí la habitación de mis padres y la mía, ordené la cocina y el salón, lavé la loza, y fregué el patio”. Solo cuando le pregunto cuenta que todo eso le llevó 20 minutos (por cómo lo contaba, parecía que había trabajado toda la mañana: es lo que quiere aparentar). “Y cuando mi madre volvió me echó la bronca por no haber pasado la mopa, y echándome en cara que yo había estado todo el día en casa sin hacer nada, mientras que ella había trabajado toda la mañana”. Cree que su madre ignora lo que hace bien y solo se fija en sus errores.

Con tristeza, cuenta que su madre y ella han tenido varias “discusiones feas”, y ante cualquier problema teme que se repitan, “me da miedo discutir con ella y descontrolarme”. Lucía ha llegado a decirle a su madre: “no sé para qué me tuviste si solo me mandas a hacer cosas y siempre me tratas mal”. Su madre después reconoce, con gran sentimiento de culpa, que en varias ocasiones le ha gritado a Lucía: “¡como sigas así no vas a ser nadie!”. Es significativo que Lucía no cuenta esto de su madre. Sospecho que sabe que su madre obra mal y no quiere dejarla en mal lugar. Sin embargo, en lugar de entender estos comentarios como fallos y comentarios impulsivos dichos en momentos de gran enfado, y que no reflejan sentimientos reales; Lucía los interpreta como ataques, y pruebas de que su madre no la quiere y la considera un fracaso.

Lucía reconoce que desde siempre ha pensado que decepcionaba a su madre cuando hacía algo mal; y que su madre admira más a su hermana. Al final, llorando reconoce que muchas veces piensa que su madre ya no la quiere. Sé que su madre y su padre quieren mucho a Lucía, y quieren ayudarla. Y ellos lo saben mejor que yo. Sin embargo, “sus formas” de ayudar, hacen que Lucía sienta ataque, y no ayuda.

Lucía se queja de que sus padres no la entienden, pero no pueden entenderla cuando ella les oculta problemas todo el tiempo.

### Relación con su hermana (Ana, 10 años)

“Ana es como mi madre: a veces me quiere montón, otras es antipática”. Sus padres después aseguran que ambas hermanas se quieren, que a veces se buscan y pasan tiempo juntas, y que se ayudan. Le pasa lo mismo que con su madre, magnífica y sufre excesivamente con cada problema con su hermana.

“Ayer estaba Ana viendo la tele, y le dije: -¿qué haces viendo eso?-, y se enfadó conmigo”. Lo cuenta visiblemente afectada. Le pregunto cómo reaccionó: “me fui a mi habitación”. Al final reconoce que le preocupa que su hermana vea ese tipo de programas de televisión, porque cree que son muy mala influencia para ella. Y seguro que su hermana ni sospecha que ésta es la razón, porque Lucía no se lo dice. Y por sus formas inadecuadas, su hermana malinterpreta la intención de Lucía, y se enfada con ella. Lucía no afronta la situación y huye.

Tras insistir, Lucía cuenta que su hermana le coge su ropa sin permiso y se la estropea, y que le pega cuando se enfadan... Los padres después lo confirman. Aunque Lucía consigue expresar molestia sobre su hermana, minimiza el problema (estoy segura que su hermana le hace más cosas que le molestan), y minimiza también cuánto le afecta (“a mí me da igual que coja mis vaqueros”). Como Lucía en casa tampoco cuenta problemas o los minimiza, sus padres después dicen que realmente a Lucía no le importa nada que su hermana le haga agujeros en sus pantalones. ¡Claro que sí le importa!

## Relaciones sociales

Preguntándole sobre sus mejores amigos y parejas a lo largo de primaria y la ESO, objetivo que Lucía ha usado con iguales, el mismo *modus operandi* que con los estudios, y con su familia:

1. Siempre intenta agradar y caer bien a todos
  - a. incluso a personas que continuamente la tratan mal a ella
2. No expresa molestia, para evitar que se enfaden
  - a. como no quiere reconocer el problema, niega que le moleste
3. Sigue así, hasta que "no puede más" y deja de hablarle, por sentirse traicionada

Sus padres confirman que desde Infantil, Lucía siempre ha tenido una única amiga con la que se relacionaba casi en exclusividad, que cambiaba cada 2-3 años: "con ninguna de sus mejores amigas ha mantenido relación después, es que si las ve por la calle ni las saluda". Sus padres desconocen por qué se acababa la relación, "Lucía no nos contaba, pero siempre hemos pensado que las amigas le duran poco por su culpa, por su carácter".

## Otros síntomas de ansiedad

En la entrevista individual Lucía reconoce que se ve fea, gorda, poco inteligente; piensa que baila mal, que no suele caer bien a los de su edad (y no lo relaciona con que "cuando no conozco a la gente, no hablo"). *Muy baja autoestima.*

Objetivo que se preocupa mucho por muchas cuestiones, y que le da muchas "vueltas a la cabeza" a todo lo que le preocupa. Lucía siempre está "alerta" y anticipando que algo malo pasará.

Por su marcada inseguridad Lucía tiende a:

- Minimizar sus logros, y magnificar sus dificultades y errores
- Y en los demás: magnificar logros y minimizar errores (*básicamente piensa que todos son mejores que ella*)
- Anticipar que no le va a salir bien, que ella no puede conseguirlo
- Por eso, necesita que otros le aseguren que lo está haciendo bien y que sí puede (*para creer que sí puede*)
- Autoexigirse un resultado "perfecto", para asegurar esa aprobación externa
- Hundirse cuando algo no le sale y, si se lo permiten, rendirse y abandonar (por anticipar que no puede)

También por su marcada inseguridad, cuando sus padres o profesores le riñen o le corrigen, Lucía tiende a malinterpretarlo como un ataque.

Esto le ocurre **desde siempre**, pero desde 3º ESO ha empeorado progresivamente, en todas las áreas, coincidiendo con que acumula más fracasos.

Lucía refiere temporadas de insomnio de conciliación, despertares durante la noche y sueños vívidos. No quiere dar detalles, y niega que coincidan con estresantes... *creo que sí coincidirán con temporadas de mayor ansiedad. Los problemas del sueño son un síntoma frecuente de ansiedad.*

También tiene miedo a bañarse en la playa (por si aparecen tiburones, *algo extremadamente infrecuente en las playas que frecuenta*), a las alturas (no se monta en casi nada en los parques de atracciones) y a viajar en avión (la obligan, pero lo pasa fatal siempre).

De pequeña tenía miedo a la oscuridad, a los payasos y a dormir fuera de casa, que ha ido superando poco a poco. *Ha presentado y presenta diferentes miedos en muchas áreas. El cajón de la ansiedad está lleno de "pruebas", sugiere un trastorno de ansiedad.*

## Atención y función ejecutiva

Lucía afirma: "me distraigo con una mosca, como mucho aguanto 15 minutos estudiando. "Sus padres confirman que siempre ha sido muy "despistada", y que en primaria sacaba buenas notas porque su madre se sentaba con ella a preparar los exámenes. Ahora sus despistes también se notan en que varias veces ha perdido sus llaves de casa, nunca recuerda dónde ha dejado su cartera, y que es "incapaz de mantener su habitación ordenada". *Sospecho que Lucía siempre ha presentado dificultad*

*para mantenerse atenta en sus tareas (a pesar de querer hacerlas), pero hasta 2º ESO, esta dificultad no le interfería mucho en su rendimiento académico porque es lista y responsable, y recibía supervisión en casa. Desde 3º ESO su inatención le empieza a dar problemas en su día a día, coincidiendo con que anticipa que NO PUEDE, y por eso también rechaza cualquier ayuda.*

### Enfadados

Desde 3º ESO en casa Lucía tiene enfados y "malas contestaciones", aunque suelen ser cortos y leves-moderados. *Mi impresión es que Lucía se enfada cuando:*

- *se siente atacada (aunque objetivamente no sea un ataque)*
- *le hacen ver que no ha hecho algo (que ella sabe que debe hacer, y querría haber hecho)*
- *le insisten que haga algo que provoca ansiedad (le insisten porque desconocen su miedo)*

*Lucía oculta sus enfados (para evitar rechazo), pero cuando "no puede más", Lucía "estalla" y contraataca, lo que lejos de resolver el problema, lo empeora porque enfada al otro. Y al final, Lucía se siente aún más culpable, triste y sola. Esto, por ahora, fundamentalmente ocurre con sus padres y hermana, los únicos en su zona de confort.*

### Humor

Lucía asegura que su humor es bueno ("7 de 10"), y niega síntomas depresivos. *Sin embargo, sus padres no la ven "feliz" desde hace "varios años" y creen que "está cada vez peor". Mi impresión es que Lucía interpreta cualquier problema o dificultad (en estudios, pareja, o donde sea), como un fracaso grave, y prueba de su inutilidad. Lucía niega síntomas depresivos, que parece que sí presenta, en parte porque es su forma de no reconocer el problema. Si lo reconociera, tendría que aceptar el tratamiento, algo nuevo que le provoca ansiedad.*

### Uso aparatos electrónicos

Sus padres refieren un uso totalmente excesivo de móvil, que Lucía niega... Tampoco cuenta qué hace con el móvil. *Los padres tampoco saben. Para ayudarla, es fundamental saber qué hace con el móvil, y cómo lo usa, probablemente usar redes sociales con amigos y parejas.*

### Otras áreas

En la entrevista descarto que presente síntomas de: trastorno de conducta alimentaria, TEA, trastorno de lenguaje, TOC, tics, psicosis; Nunca había consumido alcohol, tabaco, cannabis ni otras drogas. Tampoco había presentado nunca problemas de psicomotricidad, o dudas sobre su orientación/ identidad sexual.

### Antecedentes médicos

Alergia a ácaros. Escoliosis. Usa gafas desde los 16 años, por miopía (2 dioptrías, bilateral). Menarquía a los 11 años. Actualmente presenta ciclos menstruales regulares. Peso: percentil 80; Talla: percentil 40. Su familia no refiere otras enfermedades significativas.

## Parte 3. Entrevista con los padres

*El objetivo de la entrevista con los padres de Lucía es:*

- *Compartir y confrontar la información que ha dado Lucía*
- *Confirmar las hipótesis diagnósticas*
- *Averiguar cómo los padres han manejado hasta ahora los problemas de Lucía*
- *Valorar si están preparados para aceptar el diagnóstico y cambiar su manejo*
- *Antecedentes médicos familiares*

### Diagnóstico

*Con la información obtenida, mi impresión es que Lucía presenta:*

- Trastorno de ansiedad (inseguridad, introversión, tendencia a preocuparse excesivamente, anticipación negativa, hiperalerta por anticipar que algo malo pasará, excesiva preocupación por ser rechazada y por fallar); No cuenta ni afronta problemas, que quedan sin resolver.

- Probable trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), presentación actual inatenta. A valorar síntomas de inatención y disfunción ejecutiva, cuando mejoren sus síntomas de ansiedad.
- Baja tolerancia a la frustración, ante la que se enfada fundamentalmente consigo misma (generalmente contiene su enfado y no lo expresa externamente).
- Problemas en el sueño: sueño insuficiente entre semana, se duerme tarde, sueño poco reparador, suele dormir siesta. Probablemente secundarios a su ansiedad.
- Síntomas depresivos secundarios. Profundizar cuando Lucía verbalice más problemas.
- Excesivo uso de móvil.
- Dificultades marcadas en su relación con familiares y amigos.
- Empeoramiento marcado en su rendimiento académico, secundario a los problemas anteriores.
- Cociente Intelectual pendiente de estudio (probablemente alto).

*Es fundamental explicar bien al paciente y a sus padres, los diagnósticos y el tratamiento. Resolver sus dudas y abordar sus "miedos", aumenta la probabilidad de que sigan las pautas y la paciente se sienta mejor.*

## Tratamiento de las áreas disfuncionales

### Tratamiento de la ANSIEDAD

El tratamiento del trastorno de ansiedad incluye siempre **terapia**, y a veces también **medicación**.

#### TERAPIA

La terapia más estudiada y más efectiva es la terapia cognitivo conductual. En el caso de Lucía, los objetivos iniciales que propondría para la terapia son:

- PSICOEDUCACIÓN. Es decir, que Lucía y su familia aprendan a entender mejor qué le pasa y por qué.
- Su INTROVERSIÓN, para que comparta sus preocupaciones y problemas. Solo así se le puede ayudar.
- EXPOSICIÓN, porque afrontar aquello que le da miedo es la única forma de superarlo.
- Su AUTOESTIMA y seguridad en sí misma.
- Ante un conflicto con alguien, EXPRESAR MOLESTIA, sin minimizar lo que pasa y sin miedo al rechazo.
- DETECTAR cuándo MALINTERPRETA o MAGNIFICA ATAQUE o RECHAZO; y aprender a INTERPRETARLO BIEN.
- Técnicas para RESOLVER PROBLEMAS.
- Entrenar a la FAMILIA en manejo conductual. Sobre todo cuidar "las formas" al corregir/reñir, para que Lucía lo perciba como una ayuda, y no un ataque.
- Recomendar a los PROFESORES pautas de manejo conductual.

#### MEDICACIÓN

La medicación indicada en los trastornos de ansiedad son los **ISRS** (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina). Se indica un ISRS cuando la ansiedad provoca sufrimiento y/o limitación en el funcionamiento diario; o si la terapia no es (suficientemente) efectiva. Varios ISRS son igual de efectivos en niños y adolescentes. Sertralina es uno de los más utilizados porque suelen tolerarlo muy bien.

Al final de la entrevista individual, pregunté a Lucía que pensaba si al final de la exploración, le recomendaba medicación. Hizo muchas preguntas sobre la medicación: cuál, para qué, cuánto tiempo, qué voy a notar yo... y solo dijo: "me lo pensaré"- poco convencida.

Indiqué a Lucía iniciar sertralina, a dosis ascendente hasta 50 mg/día, y que me escribieran con su evolución cuando llevara 3 semanas con la dosis final. Y revisión a los 3 meses.

### Tratamiento de su INATENCIÓN

Recomendé a los padres de Lucía estas pautas de manejo conductual para las rutinas en casa:

- ESTRUCTURA: reglas y rutinas simples y concretas, sobre todo en lo que ahora no hace bien.
- SUPERVISAR que cumple esa estructura.
- Si no cumple la estructura, averiguar POR QUÉ, sin asumir que “pasa”.
- Apoyo académico para trabajar la concentración y organización, pero sobre todo su seguridad en que puede hacer los deberes y exámenes bien y sin ayuda.
- La medicación es una parte del tratamiento de los síntomas de inatención.

El tratamiento con estimulantes en este caso no estaba indicado porque: la inatención no era el problema principal, su ansiedad era más marcada y provocaba más disfunción. El estimulante en este momento, podría empeorar su ansiedad, aumentando su nivel de alerta y capacidad para permanecer en sus ruminaciones negativas. Aclaré que se podría valorar en el futuro, si mejoraban los síntomas de ansiedad, y aun así persistían los síntomas de inatención.

### Tratamiento de los ENFADOS

Lucía no tiene un comportamiento disruptivo, sino que a veces se enfada en situaciones que le provocan mucha ansiedad (y la desbordan) y que no sabe manejar.

Analizar con Lucía cada enfado, cuando todos estén tranquilos. No centrarse en QUÉ HIZO (ej., gritos, portazos, comentarios hirientes, etc.), sino en:

- Qué le enfadó/frustró (desencadenante) y POR QUÉ (dificultad concreta)
- QUÉ PENSÓ Y QUÉ SINTIÓ en esa situación (probablemente haya malinterpretado y/o magnificado)
- Por qué no fue adecuada su reacción
- Y cómo podría reaccionar mejor, enseñarle estrategias más adecuadas.

### Evolución tras la primera valoración

Lucía tardó varias semanas en iniciar el ISRS, tenía miedo de efectos adversos. Con dosis bajas de sertralina algunos de sus miedos disminuyeron un poco y estaba pudiendo afrontar algunas situaciones. A los 2 meses aproximadamente accedió a iniciar terapia. Le sigue costando reconocer dificultades y fracasos... pero cada vez menos. Su psicóloga le celebra cada pequeño logro, y Lucía va mejorando, muy poco a poco, en seguridad. En terapia abordan sobre todo los problemas que surgen en casa, con amigos y con compañeros de clase.

A sus padres les sigue costando el manejo cuando Lucía no hace lo que tiene que hacer. Su madre sigue muy exigente y fijándose en lo que le queda por mejorar, pero se le reconduce mejor que en la primera valoración. Ella lo sabe, y quiere cambiar, pero le cuesta. Su padre sigue sin cuestionarse por qué Lucía reacciona de una determinada forma, y todavía le cuesta preguntarle cómo se siente cuando la ve “de bajón”. Sin embargo, también está mejorando poco a poco, y se esfuerza por compartir más con ella. Acude a una academia de lunes a viernes. Estudia más y avanza (sigue con más dificultad e inseguridad en matemáticas). Poco a poco va preguntando más dudas y puntualmente ha dado su opinión en clase.