

CONVOCATORIA CONCURSO-OPOSICIÓN PSICÓLOGO CLÍNICO ESTABILIZACIÓN

CASOS CLÍNICOS PRÁCTICOS TIPO TEST

Fecha: 24 de junio de 2023

CASO CLÍNICO 1

Anamnesis

Varón de 64 años. Ex sindicalista en empresa metalúrgica, prejubilado desde hace un año. Casado, tiene 3 hijas y 2 nietos de una de ellas. Esposa muy activa en voluntariado y vida social, si bien desde hace 2 meses está más en casa y pendiente de él. El paciente entró con 18 años a trabajar en la empresa, donde ha sido delegado sindical los últimos 35 años y hasta antes de su jubilación. Respetado por operarios y mandos medios, aunque “con pocos amigos de verdad”. En el año 2010 se anunció la venta del capital de la empresa a una multinacional norteamericana, lo que motivó que liderase un paro sindical que se prolongó casi un año. Desde entonces, la Dirección tomó una línea hostil con él y con los que en su día constituyeron el comité de huelga, acusándoles de haber saboteado maquinaria y de promover huelgas de celo. Se negaron a recibirle y a negociar y fueron desde arriba haciendo enlaces con otros empleados, afiliados o no, sintiéndose él ninguneado por las nuevas generaciones de trabajadores que iban llegando, que además no mostraban, según dice el paciente, ningún compromiso con la lucha obrera. Pidió la reubicación en otro puesto hace unos 5 años, pero le fue denegada, cree él que por su condición sindical (aunque lo cierto es que no fue el único al que le ocurrió, según informó una de sus hijas). Pese a ello, le dejaron prácticamente sin trabajo ni equipo.

Historia de enfermedad

Refiere tristeza con angustia desde los “intentos de la jefatura por quitarme de en medio”, con profundo desencanto. Su mujer refiere que está irritable y de peor humor desde hace 4 o 5 años, pero que todo habría empeorado desde que conoció el plan de prejubilaciones, hace algo más de un año. Desde que dejó de trabajar se encuentra “como perdido, como si ya no fuera él mismo”. En ocasiones ha verbalizado sentirse un inútil. Se pone a negar con la cabeza y dice para sí mismo: “todo está perdido, todo está perdido”; o bien: “se han salido con la suya”. Se queda inmóvil y con la mirada perdida durante muchos minutos, durante los cuales no escucha cuando le hablan. En diciembre pasado tuvo una aparente desconexión en la que se quedó mirando al vacío; comenzó a decir: “hemos perdido todo”; “hemos perdido la lucha”; “es el fin”. Acompañaba estas verbalizaciones con negaciones con la cabeza, hasta que comenzó a golpearse en la frente con las manos y arrancarse los cabellos.

Posteriormente, comenzó a decir que iba a tener un infarto porque le latía muy rápido el corazón. Cuando llegó a la sala de Urgencias se encontraba más tranquilo. La familia habla de continuos despistes, creen que por andar ensimismado y en su mundo. Al principio leía el Diario cada día y acudía al colegio a recoger a los nietos. Pero ya ha dejado de hacer todo eso, le ponían muy nervioso los niños. Ha dejado también de salir al monte y la cámara de fotos de revelado natural que se compró cuando supo que se jubilaría pronto, está en su caja, de donde ni siquiera la ha sacado. Por las noches se levanta de la cama y deambula por la casa, o se queda sentado esperando a que se haga de día. En consulta comenta que tiene a veces sensaciones de pérdida de control y miedo a que pueda suceder algo terrible.

Antecedentes personales: Toma medicación para la hipertensión arterial y para el control de los niveles de glucosa en sangre (DM tipo 2). Presenta hipotiroidismo subclínico, con terapia hormonal sustitutiva. No presenta eventos cardiovasculares previos. No tiene antecedentes de salud mental ni atenciones psicológicas previas.

Antecedentes familiares: Autolisis de hermano mayor hace 13 años, resultado de un divorcio traumático. Madre con episodios depresivos. Padre fallecido con demencia.

Exploración psicopatológica

Aspecto desaliñado y abatido. Facies triste. Enlentecimiento psicomotor. Pierde la mirada y le cuesta acabar las frases. Bloqueos ocasionales. Contenidos depresógenos con ideas de culpa-ruina-inutilidad, sin alcanzar intensidad delirante. Refiere voces en 2ª persona, que localiza internamente. Buena crítica. Sensación de tristeza intensa (1/10) con polaridad matutina e irritabilidad. Afecto lábil con llanto frecuente. Ideas de muerte no estructuradas. Ansiedad con síntomas de presión precordial. Taquicardia ocasional. Hiporexia con pérdida de hasta 8 kg en los 2 últimos meses. Sueño interrumpido con parasomnias frecuentes y episodios de parálisis del sueño en 1 semana. Despertar precoz.

1. Atendiendo a la información que se proporciona y de acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM 5 (APA, 2014), ¿cuál es el diagnóstico?:

- a) Trastorno neurocognitivo leve.
- b) Trastorno de depresión mayor grave, con características melancólicas.
- c) Trastorno de depresión mayor grave, con características mixtas.
- d) Trastorno depresivo persistente.

2. En lo que respecta al factor pronóstico, señale la opción CORRECTA:

- a) El pronóstico es indiferente en este caso, ya que en salud mental carece de importancia.
- b) Con los datos presentados podemos descartar un proceso neurodegenerativo.
- c) Considerando la edad y características del cuadro, podemos esperar una respuesta buena e inmediata a la medicación antidepresiva.
- d) Las condiciones orgánicas crónicas que presenta (DM tipo II, HT arterial) pueden hacer el cuadro más refractario al tratamiento.

3. Atendiendo a los indicios de disfunción cognitiva que presenta el caso, señale la opción CORRECTA:

- a) Presenta un deterioro cognitivo leve de tipo amnésico (Petersen, 2011), evidenciado en los “continuos despistes” que refiere la familia.
- b) Presenta una demencia tipo Alzheimer posible, evidenciada en los “continuos despistes” que refiere la familia y en su incapacidad para funcionar con autonomía.
- c) La causa más probable de la disfunción cognitiva está en los factores de riesgo cardiovascular, lo que hace pensar en una demencia multiinfarto.
- d) Con los datos que se proporcionan, no es posible determinar la presencia de un proceso de deterioro cognitivo de entidad clínica.

4. Una de las siguientes opciones de respuesta, representa un foco de trabajo posible con este paciente, de acuerdo a los principios de la Terapia Interpersonal de la Depresión (Klerman y Weissman, 1993). Señale cuál es:

- a) Duelo por familiares fallecidos, por su amplia repercusión actual.
- b) Disputas interpersonales con los directivos de la empresa, por la importancia que tuvieron en el pasado.
- c) Transición de rol, por el significado personal que ha tenido el cese de su actividad laboral y sindical y la percepción de pérdida.
- d) La Terapia Interpersonal no se organiza en torno a focos de trabajo, al tratarse de una psicoterapia abierta y con escasa estructura.

5. Entre las escalas validadas para la depresión en el adulto, que podrían servir como indicador cuantitativo en este caso, encontramos:

- a) BDI-II (escala de Beck).
- b) HAM-D (escala de Hamilton).
- c) MADRS (Montgomery-Asberg).
- d) Todas las opciones anteriores son correctas.

6. Una de las siguientes opciones de respuesta, coincide con una característica esencial del tratamiento de activación conductual para la depresión. Señale cuál:

- a) Entiende la experiencia depresiva como encuadrada en el contexto vital del paciente y como una respuesta natural, en ocasiones, a los cambios y situaciones ambientales estresantes.
- b) Ignora los componentes emocionales y cognitivos de la depresión, que no se consideran indicadores importantes en el seguimiento evolutivo del sujeto.
- c) Está desaconsejada en el paciente anciano, por las limitaciones físicas que manifestarían para la programación de actividades.
- d) Se trata de una intervención altamente estructurada y con numerosas técnicas conductuales susceptibles de programarse en consulta, lo que la hace una intervención larga, compleja y extendida en el tiempo.

PREGUNTA 1 DE RESERVA):

Un término clásico, de entre los que se presentan a continuación, hace referencia a una forma unipolar endógena de inicio tardío, intensa inquietud/ansiedad, delirios de culpa-ruina e hipocondríacos, síntomas motores con o sin catatonía, tendencia al deterioro cognitivo y pobre respuesta a antidepresivos. Señale cuál es:

- a) Parálisis agitante (J. Parkinson).
- b) Síndrome de Charles Bonnet.
- c) Depresión involutiva (E. Kraepelin).
- d) Depresión anaclítica (R. Spitz).

CASO CLÍNICO 2

Mikel es un niño de 12 años. Acude a consulta con sus padres, que exponen que presenta una serie de rituales que les comienzan a preocupar. Por ejemplo, siempre pide que le cambien la toalla con la que se seca las manos cada día, o incluso cada vez. También repasa con unas toallitas limpiadoras los pomos de las puertas de toda la casa. A la hora de acostarse alinea los peluches, la colcha y los cojines de una determinada forma y les pide a sus padres que le den tres besos y le digan tres veces que le quieren. En el colegio o en otros ambientes no realiza estas compulsiones.

Sus padres cuentan que a los 8 años comenzó a pensar mucho en la posibilidad de contaminarse con cualquier cosa: gérmenes, suciedad o enfermedades. Preguntaba muy insistentemente a sus padres sobre todos estos temas y, aunque le respondían, nunca se quedaba satisfecho. Notaban que se angustiaba de forma desproporcionada.

Existen diferencias en la forma de afrontar estas situaciones por parte de los padres. Su padre prefiere ceder e incluso colaborar y ayudarle con sus rituales, porque a él de pequeño le pasaba algo similar y sabe que se sufre mucho. La madre, sin embargo, considera que claramente esa conducta no es normal y deberían haber pedido ayuda antes. Por lo general, acaban cediendo a todas esas demandas, pero si en alguna ocasión se encuentran muy ocupados o cansados y no colaboran con esos rituales, él se angustia mucho, llora intensamente y ha llegado a mantenerse insomne hasta las dos de la madrugada.

Mikel no ha padecido enfermedades relevantes. No se informa de un embarazo ni un parto complicado. Informan que desde que nació, lloraba mucho. Le costó aprender a dormir solo y era muy selectivo comiendo, le costaba probar sabores y texturas nuevas. Su desarrollo de peso y talla ha sido adecuado hasta recientemente, en que perciben que se ha estancado en el peso porque en los últimos meses está más inquieto, con menos apetito y duerme peor.

A nivel social, no tiene muchos amigos. Prefiere estar con adultos. Sus padres dicen que le gustaba estar con otros niños de pequeño, aunque a veces no compartía sus intereses, y daba la impresión de que prefería quedarse charlando “de cosas de la vida” con los adultos, en especial los abuelos.

Siempre ha sido un niño temeroso, preocupadizo. A sus padres les llamaba la atención que se planteaba cuestiones muy profundas desde pequeño. A los 4 años ya les preguntó que, si ellos se morían, él qué podría hacer, o qué podría haber después de la muerte. Tenía un lenguaje muy elaborado para su edad. Preguntaba de forma insistente por todo, persiguiendo a sus padres por la casa.

A los 9 años, Mikel acudió a un campamento de verano, muy ilusionado, pero al tercer día tuvieron que volver a buscarle, porque llevaba todo ese periodo llorando y sin apenas dormir ni comer, porque echaba mucho de menos a sus padres.

Al preguntarles por aspectos familiares, cuentan que su padre había sido igual de pequeño y que actualmente todavía presenta dificultades, porque necesita que todo esté muy bien ordenado y tolera muy mal los imprevistos. Por otro lado, su madre sufre depresiones recurrentes. Mikel es el mayor de dos hermanos y, cuando nació su hermano menor, él tenía 6 años, y comenzó a tener enuresis nocturna y encopresis diurna, cuando ya antes había adquirido correctamente el control de esfínteres. También durante esa temporada dormía mal y requería la presencia de sus padres.

Respecto del funcionamiento en el colegio, los profesores han informado que en clase a menudo se aburre. Parece que Mikel ha aprendido a leer a los 4 años y se sabía las tablas de multiplicar mucho antes de darlas en clase. Desde el centro escolar se le aplicó la escala WISC el año pasado y obtuvo los siguientes resultados: Comprensión verbal: 153; Razonamiento perceptivo: 142; Memoria de Trabajo: 102 y Velocidad de Procesamiento: 98.

Por otro lado, sus padres dicen que muchos días no quiere ir al colegio. Cuando le han preguntado a Mikel por ello, no da explicación alguna, pero su madre sospecha que algunos compañeros se meten con él. Cuando ha tratado de indagar en este hecho, Mikel no ha respondido nada sobre este tema.

7. ¿Qué diagnóstico plantearía en el caso como de primera elección?:

- a) Trastorno de Asperger.
- b) Trastorno de ansiedad por separación.
- c) Trastorno obsesivo compulsivo.
- d) Trastorno de Ansiedad Generalizada.

8. Con la información de que disponemos, una medida de evaluación de utilidad en el caso, sería:

- a) PLON de Aguinaga y cols (1991).
- b) CY-BOCS de Baer (1993) y Scahill et al. (1997).
- c) ENFEN DE Portellano, Martínez-Arias y Zumárraga (2009).
- d) CSAT-R DE Servera y J. Llabrés (2015).

9. ¿Qué propuesta de intervención se puede plantear para este caso?:

- a) Terapia de Exposición y Prevención de respuesta para los rituales.
- b) Un antidepresivo ISRS (sertralina, fluoxetina o escitalopram) como primera elección.
- c) Terapia psicodinámica focalizada en los celos hacia su hermano.
- d) Entrenamiento a los padres en parentalidad positiva.

10. Para valorar el funcionamiento social de Mikel, convendría realizar un diagnóstico diferencial que incluya entre otros aspectos:

- a) Valorar una posible ansiedad social relevante.
- b) Descartar un Trastorno de Asperger.
- c) Explorar la existencia de bullying.
- d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

11. A lo largo del desarrollo evolutivo de Mikel, se puede hipotetizar razonablemente que han ocurrido los siguientes hechos clínicos (señale la respuesta INCORRECTA):

- a) La existencia de una enuresis y encopresis relacionada funcionalmente con los celos por el nacimiento de su hermano.
- b) Una tendencia al aburrimiento derivada de un déficit de atención e hiperactividad (TDAH) subtipo inatento.
- c) Diversos episodios de ansiedad de separación.
- d) La posible presencia de altas capacidades.

12. Teniendo en cuenta la información familiar aportada, podría ser razonable indagar sobre lo siguiente (señale la respuesta INCORRECTA, es decir, aquella que recoja la opción menos probable de resultar relevante en el caso):

- a) La situación clínica actual de la madre, a nivel de ver la posible presencia de un trastorno depresivo.
- b) Valorar el nivel de rigidez cognitiva del padre.
- c) La posible existencia de un TOC en el hermano de Mikel.
- d) El manejo contingente que hacen los padres de las conductas ritualizadas de Mikel.

PREGUNTA 2 DE RESERVA:

Mikel siempre ha sido un niño temeroso, preocupadizo. ¿Qué puede sugerir esta información?:

- a) Mutismo selectivo.
- b) Trastorno de ansiedad generalizada.
- c) Trastorno de apego reactivo.
- d) Trastorno de Asperger.

CASO CLÍNICO 3

Varón de 23 años que vive solo, con una prestación por desempleo. Hasta hace un año trabajaba como empleado en una entidad bancaria.

Motivo de consulta: reingreso en la Unidad de Hospitalización Breve de Salud Mental por tentativa de suicidio. Su padre es quien le traslada al hospital tras acudir a su domicilio y encontrarle con una soga encima de la mesa y verbalizar planes de ahorcarse. Cinco meses antes había ingresado en el mismo hospital por un episodio psicótico. Durante el año anterior se había vuelto progresivamente más introvertido y se recluía. Dijo que tenía la sensación de que sus compañeros de trabajo lo vigilaban y hablaban de él a sus espaldas. Tenía dificultad para concentrarse y, a menudo, se encerraba en el baño durante periodos de tiempo prolongados. En la calle, creía que la gente lo miraba de manera inusual y tenía la impresión de que pensaban que era homosexual. Sentía que su teléfono estaba intervenido. Cuando estaba en su piso escuchaba a sus vecinos hablar acerca de lo que él hacía y que pensaban “ahora está yendo nuevamente al baño, seguro que es homosexual, trataremos de deshacernos de él”. Ocasionalmente dejó de ir al trabajo y fue despedido. Después se recluyó en su piso y sólo salía por la noche. Tenía la sensación de que sus vecinos trataban de molestarlo enviándole corrientes eléctricas que afectaban a sus genitales, por lo que finalmente se mudó a un hotel. Aún allí oía las voces de sus vecinos y sentía la influencia de la electricidad que le mandaban; finalmente acudió a la policía. Llamaron a su padre quien manifestó haber estado preocupado por su hijo desde hacía tiempo. Dijo que éste se había vuelto tan poco comunicativo que se negaba a contestar al teléfono. Su padre lo llevó al hospital y fue ingresado de urgencia. En el hospital se lo trató con Risperidona y, después de un mes, fue dado de alta. Continuó con seguimiento en su CSM de referencia y pudo continuar viviendo solo en su piso con una prestación por desempleo. Al alta hospitalaria, aún escuchaba voces que hablaban de él casi a diario, pero era consciente de que eran parte de su problema y no les daba demasiada importancia. Nada le entusiasmaba y pasaba gran parte del tiempo sin hacer nada, mirando por la ventana o fumando. Acudía regularmente a sus citas de seguimiento y tomaba la medicación según la prescripción de su psiquiatra. Según el informe de evaluación, su estado era apático e hipoafectivo, pero parecía encontrarse en un estado de remisión.

Antecedentes: El paciente nació y creció en una ciudad donde su padre era contable en una compañía importante. Es el tercero de una fratria de tres hermanos. Después de terminar el instituto optó por una FP de administración de empresas y comenzó a trabajar en un banco. Había sido buen alumno en el instituto y tenía muchos amigos con los que mantuvo el contacto unos años. Más adelante se apartó de sus amigos y se fue encerrando progresivamente más en sí mismo. Al terminar el instituto salió con una

chica, pero luego perdió el interés y ella le dejó. Después no tuvo más interés por conocer a otras mujeres. En el banco era un empleado responsable, aunque tenía una peculiar falta de ambición e interés.

Trabajaba mecánicamente y a veces los clientes se quejaban de que no entendía lo que le pedían. Su padre había notado estos cambios y su familia había tratado de sacarle de su aislamiento. Debido a su respuesta agresiva, lo dejaron solo, aunque mantuvieron contacto telefónico con él. En los últimos años, el paciente había vivido solo en un apartamento alquilado, ya que parecía capaz de manejarse bien solo. No constan antecedentes de trastorno mental en su familia. Su salud siempre había sido buena y nunca había estado ingresado.

Datos Actuales: En el segundo ingreso, se encontraba moderadamente deprimido. Contestaba de forma dubitativa y con frases cortas. Admitió que hacía tiempo que pensaba en suicidarse porque creía que su situación “no tenía solución”. También admitió que desde hacía tiempo no se interesaba por nada, no sentía placer por ninguna actividad y no tenía ninguna confianza en sí mismo. Recientemente su sueño se había visto alterado con despertares muy tempranos. No tenía apetito y había perdido bastante peso. Aún escuchaba las voces de autorreferencia, pero no tan frecuentemente como antes, y aseguró que ya no les prestaba tanta atención. Es consciente de que tiene un trastorno mental, pero refirió no pensar en ello y no parecía que lo utilizara como una justificación para sus sentimientos de indefensión. El examen físico, incluyendo el neurológico, no revelaron anormalidades. En su ingreso previo le habían realizado pruebas EEG y TAC, que resultaron normales y no se consideró necesario repetirlas en la segunda internación. Las pruebas de laboratorio de rutina fueron normales.

13. Según la CIE-10, el diagnóstico que más se adecuaría a la información, síntomas y signos descritos en el primer ingreso hospitalario del paciente es:

- a) F20.0 Esquizofrenia paranoide.
- b) F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.
- c) F32.1 Episodio depresivo moderado.
- d) F20.4 Depresión post-esquizofrénica.

14. Según la CIE-10, el diagnóstico que más se adecuaría a la información, síntomas y signos descritos en el segundo ingreso hospitalario del paciente es:

- a) F20.0 Esquizofrenia paranoide.
- b) F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.
- c) F32.1 Episodio depresivo moderado.
- d) F20.4 Depresión post-esquizofrénica.

15. Señale la respuesta CORRECTA en relación a la jerarquización del cambio en los tratamientos psicológicos para la psicosis:

- a) La secuencia lógica del tratamiento debe transitar desde la seguridad y la contención de las conductas problemáticas del paciente hasta la construcción de un funcionamiento satisfactorio que, además, proporcione un sentido de compromiso y autoeficacia en el individuo.
- b) La seguridad del paciente y la de las personas de su entorno son preocupaciones de segundo nivel, especialmente en pacientes socioeconómicamente vulnerables o que presentan comportamientos hetero y/o autodestructivos.
- c) El tratamiento debe focalizarse, en primer lugar, en el abordaje de los síntomas, las emociones y otros comportamientos problemáticos asociados, los déficits neurocognitivos (p.ej., rehabilitar la atención o la memoria prospectiva) y, por último, proporcionar una estructura y apoyos constantes (p.ej., con apoyos familiares y/o psicosociales).
- d) Una vez alcanzado un nivel de contención mínimo, los tratamientos pueden focalizarse en el abordaje de otras áreas problemáticas menos complejas y que producen cambios más rápidos como son el estigma o el funcionamiento interpersonal.

16. ¿Qué afirmación es CIERTA respecto a los síntomas negativos en el espectro de la esquizofrenia?:

- a) Los síntomas negativos tienen una mayor tasa de fiabilidad interjueces y precisión diagnóstica, que los síntomas positivos.
- b) Los síntomas negativos secundarios serían intrínsecos a la esquizofrenia, mientras que los síntomas negativos primarios serían debidos a otras causas.
- c) La presencia de síntomas negativos primarios y estables durante, al menos, seis meses, recibe el nombre de síndrome deficitario.
- d) La anhedonia rasgo parece ser un factor de riesgo o vulnerabilidad para la psicosis.

17. En el tratamiento psicológico para la psicosis, la Terapia AVATAR (utilización de avatares) ha sido desarrollada y validada con el objetivo esencial de:

- a) Disminuir la frecuencia y malestar de las alucinaciones verbales auditivas resistentes a la medicación.
- b) Disminuir las experiencias alucinatorias de cualquier modalidad sensorial y las creencias delirantes resistentes a la medicación.
- c) Reducir las ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad, así como las ideas delirantes persistentes de otro tipo.
- d) Mejorar las funciones neurocognitivas y la disfunción social y laboral

18. Señale en qué tratamiento psicológico para la psicosis, uno de los elementos terapéuticos es “Ayudar a crear un sentido trascendental del yo”:

- a) Terapia metacognitiva para la psicosis.
- b) Terapia de aceptación y compromiso.
- c) Terapia centrada en la compasión.
- d) Terapia cognitiva basada en mindfulness.

PREGUNTA 3 DE RESERVA:

El ensayo clínico REFOCUS (Slade et al., 2015):

- a) Pone a prueba un modelo de proceso de cambio para personas con diagnóstico de psicosis estructurado y secuenciado en ocho niveles, enumerados exhaustivamente en la Escala de Asimilación de Experiencias Problemáticas (APES).
- b) Sugiere que un abordaje clínico siguiendo el modelo CHIME (aumento de la conexión social, fomento de la esperanza y el optimismo, transformación de la identidad del yo, elaboración de nuevos significados vitales y empoderamiento y responsabilidad para la autogestión de la propia vida), puede facilitar la recuperación en personas con diagnóstico de psicosis.
- c) Sugiere efectos prometedores del mindfulness como forma de promoción de una actitud consciente y sin prejuicios de las percepciones y emociones en personas con diagnóstico de psicosis.
- d) Compara los efectos de un abordaje clínico siguiendo el modelo CHIME con los de una nueva intervención centrada en el desarrollo y promoción de la metacognición en personas con diagnóstico de psicosis, no encontrando los autores diferencias estadísticamente significativas entre ambos tratamientos.

