

# CONVOCATORIA CONCURSO-OPOSICIÓN PSICÓLOGO CLÍNICO

CASOS CLÍNICOS PRÁCTICOS TIPO TEST

Fecha: 15 de febrero de 2025



## CASO CLÍNICO 1

### Antecedentes

Varón de 63 años. Casado, sin hijos. Reside con su mujer. Ha trabajado como comercial. Concedida recientemente la incapacidad laboral permanente total, tras 2 años de baja laboral continuada.

Antecedentes médicos de interés: HTA, dislipemia con hiperTG, DM-2. Ictus isquémico a comienzos de 2023, con síndrome sensitivo-motor izquierdo, sin otras secuelas neurológicas de consideración. Resonancia magnética (2022): Leucoaraiosis leve, sin otros hallazgos de interés clínico. Evaluación neuropsicológica a finales de 2023 en recurso rehabilitador: presencia de leve déficit atencional, sin otros déficits significativos. Buen rendimiento en pruebas de memoria y funciones ejecutivas.

Antecedentes personales psiquiátricos: seguimiento por CSM en 2008 y 2009, con diagnóstico de trastorno adaptativo, en el contexto de dificultades económicas mantenidas en el tiempo. Constan dos sobreingestas de medicación en ese periodo. Fue dado de alta tras no acudir a consultas. Valorado nuevamente en su CSM en 2023, por clínica reactiva a la situación vital que sufría. Se propuso tratamiento psicofarmacológico con mirtazapina al acostarse y duloxetina. Fue dado de alta. Nuevamente derivado a CSM para valoración.

### Estado actual

Acude solo. Refiere ánimo deprimido en el momento actual. Describe dificultad para adaptarse a los cambios vitales, es consciente de sus déficits cognitivos y de la limitación funcional que le producen. Las quejas están especialmente relacionadas con memoria reciente y atención, en contraste con unas pruebas neuropsicológicas que indican normalidad. Se olvida las llaves, en alguna ocasión el fuego puesto. Le cuesta gestionar asuntos sociales. Ha limitado la actividad social y de ocio. Ya no monta en bicicleta. Refiere asimismo importante labilidad que no puede controlar, con llanto frecuente. Sueños vívidos, con percepción de baja calidad del sueño. Le han concedido ILP, refiere que insuficiente para cubrir gastos, pese al trabajo de su mujer. Persistencia del estresor principal: amenaza de desahucio y necesidad de probar su condición de persona con vulnerabilidad social.

### **Exploración psicopatológica**

Consciente, orientado en los 3 planos. Juicio de realidad preservado. Contacto lloroso, con elevada expresión del malestar. Discurso informativo, medianamente fluido, sin fenómenos afásicos. No clínica delirante. Impresiona disartria leve que puede ser medicamentosa (tramadol, orfidal, mirtazapina...) o secuela isquémica. Ánimo triste de perfil reactivo, secundario a problemática vital, con ansiedad en relación a la misma. Ideas de muerte ocasionales (tiene antecedentes de sobreingesta hace unos 15 años). Niega plan autolítico en el momento actual. Hiporexia con pérdida ponderal desde ACV, no precisa cuánto. Insomnio mixto. No tabaco. Refiere beber vino en las comidas, y ocasionalmente cerveza o alguna copa fuera de casa.

**1. Atendiendo a la información que se proporciona y de acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales DSM-5-TR (APA, 2022), el diagnóstico más probable es:**

- a) Trastorno neurocognitivo mayor.
- b) Trastorno bipolar tipo II, con características mixtas.
- c) Trastorno adaptativo, con estado de ánimo deprimido.
- d) Depresión post-ictus.

**2. En relación con el caso clínico descrito, ¿cuál sería la afirmación más adecuada en términos de evaluación del riesgo suicida?:**

- a) El paciente no tiene ningún riesgo suicida, debido a la ausencia de un plan autolítico estructurado en el momento actual.
- b) El riesgo suicida debe considerarse muy alto, ya que presenta ideas de muerte ocasionales y relacionadas con su problemática vital crónica.
- c) El riesgo suicida debe considerarse presente, dado el antecedente de intento autolítico previo y el factor de estrés actual.
- d) El paciente está fuera de peligro porque no ha manifestado conductas autolesivas recientes y tiene un ánimo depresivo reactivo.

**3. En lo que respecta a la etiología del estado mental que presenta el paciente, señale la opción CORRECTA:**

- a) Los ictus y otros daños cerebrales sobrevenidos no suelen guardar relación con el estado de ánimo.
- b) Los mecanismos por los cuales el alcohol puede favorecer el mantenimiento de la sintomatología depresiva son desconocidos, más allá del “efecto depresor” que genera la sustancia en el sistema nervioso central.
- c) Las condiciones orgánicas crónicas que presenta (DM tipo II, HT arterial y dislipemia) pueden por sí mismas agravar el cuadro depresivo y hacerlo resistente al tratamiento.
- d) El factor socioeconómico que menciona el caso (posibles dificultades económicas, amenaza de desahucio), ha de ser considerado a la hora de valorar la clínica adaptativa que presenta el sujeto.

**4. En relación al caso clínico descrito, ¿cuál de las siguientes psicoterapias de tercera generación sería más adecuada para trabajar la aceptación de las dificultades vitales y la regulación emocional?:**

- a) Terapia Cognitivo Conductual (TCC), centrada en la reestructuración cognitiva de los pensamientos negativos.
- b) Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), enfocada en la aceptación del malestar emocional y la identificación de valores personales para guiar la acción.
- c) Psicoterapia Analítica Funcional (FAP), centrada exclusivamente en la relación terapéutica como herramienta de cambio.
- d) Terapia de Activación Conductual (TAC), para romper el ciclo de inactividad y de evitación.

**5. Considerando los datos aportados por el caso, señale la opción CORRECTA referida a la escala Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS):**

- a) La C-SSRS no es útil en este caso, ya que únicamente evalúa intentos suicidas previos.
- b) La C-SSRS es útil en este caso, porque permite identificar la presencia de ideas de muerte, incluso en ausencia de un plan autolítico establecido.
- c) La C-SSRS no es útil en este caso, porque se centra exclusivamente en la evaluación de planes suicidas detallados y métodos letales.
- d) La C-SSRS no es útil para evaluar pacientes con ideación suicida ocasional sin conductas autolesivas recientes.

**6. Atendiendo a los indicios de disfunción cognitiva que presenta el caso, señale la opción que consideres más CORRECTA:**

- a) Presenta un deterioro cognitivo de tipo amnésico y disejecutivo, probablemente de etiología vascular atendiendo a los datos de la resonancia y a los factores de riesgo cardiovascular que presenta.
- b) En estos casos, es habitual reevaluar la función cognitiva con escalas breves como la Montreal Cognitive Assessment (MoCA), ya que parece evidente que la evaluación neuropsicológica previa no pudo detectar los fallos.
- c) En estos casos, es habitual reevaluar la función cognitiva con escalas breves como la MoCA, para poder demostrar al paciente que no presenta disfunción cognitiva real.
- d) Los factores de estrés crónico que presenta el paciente pueden afectar directamente los procesos cognitivos, además de exacerbar la percepción subjetiva de disfunción.

**PREGUNTA 1 DE RESERVA):**

**En relación con el caso descrito y el consumo de alcohol referido en la exploración psicopatológica, señale la opción CORRECTA:**

- a) Además de la frecuencia de consumo, deben evaluarse criterios como el impacto funcional, la pérdida de control sobre las ingestas de alcohol o su uso continuado a pesar de las consecuencias negativas.
- b) El consumo diario de alcohol en las comidas, indica un patrón de consumo responsable que no permite considerar un trastorno por consumo de alcohol.
- c) Aunque el paciente refiere beber alcohol diariamente, para diagnosticar un trastorno por consumo de alcohol sería necesario evidenciar dependencia física y síndrome de abstinencia.
- d) Beber vino en las comidas y ocasionalmente otras bebidas alcohólicas fuera de casa, es una conducta irrelevante desde el punto de vista clínico.

## CASO CLÍNICO 2

Varón de 28 años, desempleado desde hace dos años, vive con su madre en un pequeño piso. Refieren que previamente trabajó como técnico en informática, pero fue despedido tras varios conflictos con compañeros y clientes.

**Motivo de consulta:** El paciente es llevado por su madre al servicio de urgencias de su hospital de referencia tras observar comportamientos extraños. Relata que su hijo cree que las redes Wi-Fi de los vecinos están manipuladas para controlarle la mente y que los anuncios en televisión contienen mensajes dirigidos específicamente a él. Además, ha comenzado a dormir en el suelo de la cocina porque dice que su cama está “cargada de energía negativa”.

En la entrevista clínica, el paciente se muestra nervioso y evasivo. Habla de un “sistema global de vigilancia” que está en su contra y asegura que los supermercados son centros de manipulación mental. Reconoce oír voces masculinas que comentan sus pensamientos y movimientos, describiéndolas como “críticas y burlonas”. Expresa un estado de ánimo bajo, falta de energía y sensación de vacío. Niega ideación suicida en el momento de la consulta, pero su madre comenta que en semanas anteriores manifestó que “vivir así no tiene sentido”.

**Antecedentes:** Sin historia previa de atención por salud mental. Según su madre, comenzó a aislarse socialmente a los 24 años tras una ruptura sentimental. Durante ese periodo, dejó de salir con sus amigos y comenzó a pasar largas horas frente al ordenador. Había sido un joven sociable y curioso, sin problemas académicos. No refiere consumo de sustancias ni antecedentes médicos relevantes. Su padre falleció en un accidente de tráfico cuando tenía 10 años.

**Estado actual:** Durante la exploración clínica, muestra actitud vigilante, contacto visual limitado y discurso prolijo, con ideas delirantes autorreferenciales y de persecución. Los exámenes físico y neurológico son normales. Se procede al ingreso en la unidad de hospitalización y se prescribe Olanzapina.

**7. Según la CIE-10, ¿cuál es el diagnóstico que más se ajusta a la presentación clínica del paciente?:**

- a) F20.0 Esquizofrenia paranoide.
- b) F22.0 Trastorno delirante.
- c) F25.0 Trastorno esquizoafectivo tipo depresivo.
- d) F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.

**8. ¿Cuál de los siguientes síntomas descritos se clasifica como positivo según los criterios del DSM-5?:**

- a) Falta de energía.
- b) Aislamiento social.
- c) Voces críticas y burlonas.
- d) Sensación de vacío.

**9. ¿Cuál de las siguientes intervenciones tiene mayor evidencia para la reducción de síntomas positivos persistentes?:**

- a) Terapia de AVATAR.
- b) Terapia de aceptación y compromiso (ACT).
- c) Terapia cognitivo-conductual para psicosis (CBTp).
- d) Terapia basada en mindfulness para la reducción del estrés.

**10. En el modelo de recuperación CHIME (Slade et al., 2015), el componente de “transformación de la identidad del yo” implica:**

- a) Reconstruir una narrativa personal positiva que integre las experiencias de enfermedad.
- b) Reducir la intensidad de las experiencias alucinatorias mediante técnicas de exposición.
- c) Fomentar la integración laboral y social del paciente.
- d) Centrar la intervención en técnicas de validación emocional.

**11. ¿Cuál de los siguientes instrumentos psicométricos está diseñado específicamente para evaluar la presencia y gravedad de síntomas psicóticos tempranos?:**

- a) PANSS.
- b) CAARMS.
- c) BDI-II.
- d) SADS.

**12. En el marco de la Terapia de Insight y Reflexión Metacognitiva (MERIT), ¿qué objetivo sería prioritario en el tratamiento de este paciente?:**

- a) Reducir las alucinaciones auditivas mediante técnicas de exposición gradual.
- b) Facilitar que el paciente comprenda cómo sus ideas delirantes afectan su interacción con los demás y el mundo y desarrollar una narrativa más integrada sobre su experiencia.
- c) Trabajar directamente en la supresión de pensamientos intrusivos relacionados con las voces críticas.
- d) Fomentar la participación del paciente en actividades laborales estructuradas para mejorar su funcionalidad.

**PREGUNTA 2 DE RESERVA:**

**El cuestionario sobre el Proceso de Recuperación (Neil et al., 2009):**

- a) Evalúa la remisión de síntomas positivos y negativos en pacientes con psicosis.
- b) Mide la percepción del paciente sobre su recuperación en dimensiones como esperanza, empoderamiento y sentido de agencia.
- c) Es una herramienta que se administra únicamente al inicio del tratamiento para establecer un punto de partida.
- d) Su puntuación se basa en la evaluación subjetiva del terapeuta sobre el estado clínico del paciente.

## **CASO CLÍNICO 3**

### **Anamnesis**

Mujer de 45 años natural de Cantabria. No constan antecedentes psiquiátricos previos hasta que acude por primera vez a tratamiento a un Centro de Salud Mental, por clínica afectiva reactiva a proceso de duelo, al fallecer su madre. Casada y con un hijo de 15 años. Ha trabajado como empleada en una tienda de alimentación toda su vida con muy buena relación con su jefa. En los últimos años ha estado cuidando a sus padres quienes vivían en un domicilio cercano. Antecedentes de distorsión en la imagen corporal desde adolescencia. Conductas restrictivas y fluctuaciones en el peso. Episodios de atracón de inicio en la infancia hasta la actualidad. Nunca vómitos autoprovocados. Autolesiones en adolescencia en forma de arañazos. Miedos generalizados, sobre todo a estar sola en casa y dormir sola. Siempre duerme acompañada. Conductas de hiperalerta desde la infancia y pesadillas. Antecedentes de consumo de tóxicos (cocaína y speed) a los 20 años en contextos lúdico-festivos, abandonando totalmente el consumo a los 25 años. Al año de morir su madre, fallece el padre con el que mantiene una mala relación. La paciente presenta un empeoramiento anímico significativo que repercute a nivel funcional. Durante unos meses mantiene conductas de abuso de alcohol. Se muestra enfadada consigo misma por estar peor tras el fallecimiento del padre, “debería haber mejorado”. Al poco tiempo, la paciente empieza a presentar fenómenos de desrealización y despersonalización. No se reconoce en el espejo. Sensación “como si estuviera flotando”. Niega haber estado abusando de medicación. Es entonces cuando empieza a verbalizar que ha tenido a lo largo de los años episodios de voces en el espacio interior que reconoce como la voz de su padre que le insulta. Identifica estado de hiperalerta y conductas de evitación de larga data. Imágenes intrusivas que trata de evitar.

### **Historia autobiográfica**

Padre con problemática de alcohol y rasgos de personalidad narcisistas e inestables. Durante infancia y adolescencia expuesta a dinámica familiar bajo la violencia de género. Padre invalidante del que recibía insultos sobre su cuerpo y valía. Antecedentes de sobrepeso en la infancia. Buena relación con su madre, por quien se sentía querida. Antecedentes de AVT (abuso sexual) reiterado durante años por parte de un primo mayor que vivía junto a ellos. A los 20 años se independiza por mala relación con el padre y se va a vivir a Almería.

### **Exploración psicopatológica**

Consciente y bien orientada en las tres esferas. Aspecto físico descuidado. Mirada fija. Escasa resonancia facial. Tristeza. Elevados niveles de ansiedad con polaridad vespertina. Insomnio de mantenimiento, con despertares recurrentes. Rumia. Ánimo depresivo. Aislamiento social y encamamiento. Describe miedo a fallecidos. Flashback con la imagen de la madre en el hospital, miedo a que se le aparezca junto a su primo. Miedo tras interpretar flashback como la presencia de su madre fallecida. Creencias sobrevaloradas sobre espíritus de personas fallecidas. Ideación de perjuicio. Alteraciones sensorio-perceptivas en forma de voz acusadora que reconoce como la voz de su padre e interpreta que puede venir a hacerle daño; es capaz de realizar crítica. Estado de hiperalerta. Evitación de recuerdos de experiencias traumáticas e hiperactivación vegetativa ante flashback y estímulos relacionados con eventos traumáticos. Sin alteraciones en la forma ni contenido del pensamiento. Juicio de realidad preservado. Restricción alimentaria, refiere que por falta de apetito. Episodios de atracón. No vómitos autoprovocados. No ideación de muerte ni autolítica (aunque a lo largo del proceso sí ha presentado ideación autolítica sin estructuración). Conductas autolesivas: se araña la cara ante disparadores de origen traumático.

### **Situación actual**

La evolución está siendo favorable. Ha mejorado el ánimo. Mejora en la organización alimentaria. Aumento de actividad física. Ha iniciado actividad ocupacional. En el momento actual no refiere fenómenos de tipo disociativo. Disminución de conductas de hiperalerta: puede permanecer en la habitación sin comprobar a sus espaldas. Disminución de episodios sensorio-perceptivos de tipo auditivo. Aumento de insight y comprensión sobre sus síntomas.

**13. ¿Qué diagnóstico plantearía en el caso, como primera elección?:**

- a) Trastorno esquizoafectivo y trastorno de estrés postraumático.
- b) Trastorno de estrés postraumático subtipo disociativo.
- c) Trastorno de estrés postraumático complejo.
- d) Las respuestas b) y c) son válidas.

**14. ¿Entre qué diagnósticos establecería el diagnóstico diferencial?:**

- a) TEPT complejo y trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad.
- b) Duelo y TEPT.
- c) TEPT y trastorno disociativo no especificado.
- d) Bulimia nerviosa y TEPT complejo.

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

- a) PANSS y MMPI.
- b) PCL-5 y DES.
- c) 16 PF y STAI.
- d) GAD-7 y PANSS.

**16. ¿Qué objetivos de tratamiento iniciales se plantearía con esta paciente?:**

- a) Abordaje de las defensas del yo, en primer lugar.
- b) Aceptación del duelo y control estimular.
- c) Autocuidado. Activación conductual, regulación emocional y tolerancia al malestar.
- d) Reestructuración cognitiva de creencias de culpa, como principal objetivo.

**17. ¿Qué estrategias usaría como primera elección para el manejo de los síntomas de desrealización y despersonalización?:**

- a) Afrontamiento mediante exposición.
- b) Relajación muscular progresiva.
- c) Técnicas de orientación a la realidad, focalizadas al momento presente.
- d) Reto del pensamiento.

**18. Entre las siguientes propuestas de intervención, para este caso, ¿qué propuesta indicaría clínicamente?:**

- a) Abordaje del duelo y terapia cognitiva.
- b) Entrenamiento en habilidades DBT. Terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma.
- c) Psicoeducación. Aceptación del duelo.
- d) Terapia de esquemas de Young.

**PREGUNTA 3 DE RESERVA:**

**¿Qué técnica, de entre las que se exponen a continuación, sería más útil para realizar un diagnóstico diferencial entre alucinaciones auditivas disociativas y psicóticas?:**

- a) PANSS.
- b) Entrevista Clínica Estructurada para Oyentes de Voces. Administrada por el Clínico. (SCIV) V.1.6.
- c) Entrevista Clínica Estructurada para el DSM, eje II (SCID-II).
- d) Entrevista Clínica para la detección de síntomas disociativos (DSD-R).