

OSAKIDETZA

2018ko otsailaren 14ko 123/2018
Erabakiaren bidez, egindako Oposaketa-
Lehiaketarako deia (EHAA 45 Zkia. 2018ko
martxoaren 5koa)

Concurso-Oposición convocado por
Resolución nº 123/2018 de 14 de Febrero
de 2018 (B.O.P.V. Nº 45 de 5 de Marzo de
2018)

KATEGORIA: FAK. ESP. PSIKOLOGO-KLINIKO TEKNIKARIA

CATEGORÍA: FAC. ESP. TECNICO PSICOLOGO CLINICO

Bost galdera plantetazen dira kasu praktiko bakoitzeko. Bost galderei erantzun beharko diezu, kontuan izanda kasu bakoitzeko azken galdera **erreserbako galdera** dela. Gauzak horrela, aipatu galderak azterketako **azken galderen artean zerrendatuko dira. Hori gogoan izan ezazu erantzun orria betetzeko garaian.**

Se plantean cinco cuestiones respecto de cada caso práctico. Deberá contestar a las cinco, teniendo en cuenta que la última pregunta de cada caso tiene el carácter de **pregunta de reserva**. Como tales, dichas preguntas **se numeran como preguntas finales** del examen. **Téngalo en cuenta a la hora de cumplimentar la hoja de respuestas.**

Proba eguna / Fecha prueba
2018ko maiatzaren 26an/ 26 de mayo de 2018

2.ariketa / 2º ejercicio
A Eredua / Modelo

CASO CLÍNICO 1 - Enunciado del caso

Mujer de 54 años. Viuda desde hace dos años. Sin hijos. Vive sola. Trabajó como auxiliar de cocina hasta hace 4 años, en los que empezó a tener largas bajas coincidiendo con la enfermedad de su marido. Su madre falleció hace 6 años su padre hace 22. Tiene una hermana con la que rompió la relación hace dos años. Antecedentes familiares sin interés

Acude a consulta de CSM demandando ayuda por sentirse mal debido a que “sus vecinos desde que se quedó viuda le hacen la vida imposible”

Aspecto cuidado. Autónoma en la organización de las actividades de la vida diaria. Refiere tener alguna amistad, ser miembro de un grupo asociativo de ocio, y aficionada a espectáculos, a los que acude y disfruta. Sin relación con su familia de origen

La paciente refiere que los vecinos le ponen grabaciones en las que le increpan, le dicen que se vaya del domicilio, con amenazas de muerte, lo que le genera mucha cautela y temor cuando está en su casa. Consciente y orientada en las tres esferas. Abordable y colaboradora, aunque reservada. No muestra inquietud ni ninguna otra alteración psicomotriz. Lenguaje fluido, sin alteraciones formales, con discurso parco, bien construido, en el que describe una ideación delirante de acoso por parte de sus vecinos. Hipotimia reactiva e ideación delirante con disminución del apetito y sensación de bloqueo derivado de la ansiedad. No impresiona de cuadro afectivo completo. No ideación ni auto ni heterolítica. No ideas de muerte. No alteraciones del curso del pensamiento. Sueño conservado

No antecedentes de consumo de tóxicos ni se objetiva consumo en la actualidad. No presenta otras patologías orgánicas

CASO CLÍNICO 1 - Preguntas del caso

- 1.- Según el sistema de clasificación de enfermedades CIE-10 calificaríamos este caso con el diagnóstico de:**
- a) Trastorno de ideas delirantes
 - b) Esquizofrenia paranoide
 - c) Trastorno esquizotípico
 - d) Trastorno bipolar

2.- En relación al diagnóstico diferencial, la respuesta incorrecta es:

- a) El trastorno esquizotípico ocasionalmente evoluciona hacia una esquizofrenia clara y se cree que es una parte del espectro genético de la esquizofrenia
- b) La esquizofrenia paranoide se caracteriza por tener una lógica normal, exceptuando las creencias delirantes, mientras que en el trastorno de ideas delirante hay alteraciones del proceso de pensamiento
- c) El curso clínico del Trastorno psicótico breve se caracteriza por su benignidad, desapareciendo sus síntomas en pocos días
- d) La apariencia de una persona con un trastorno de ideas delirantes es normal, mientras que una persona con esquizofrenia tiene apariencia y conductas extrañas

3.- Señale la respuesta incorrecta respecto a la teoría de Maher sobre los delirios como fenómenos que destacan por las siguientes dimensiones:

- a) La certeza diagnóstica y la adherencia a la medicación
- b) La adherencia del paciente al delirio y relevancia para la vida del paciente
- c) Preocupación con el delirio y relevancia para la vida del paciente
- d) La sistematización y estructura

4.- En relación a la modificación de las ideas delirantes y alucinaciones auditivas, señale la afirmación incorrecta:

- a) En la modificación de las ideas delirantes se utiliza el “desafío verbal” ofreciendo al paciente una explicación alternativa de los acontecimientos
- b) En la modificación de las ideas delirantes se utiliza el “desafío verbal” de las creencias, introduciendo ejercicios de “prueba de realidad”
- c) Según Bouchard y cols., la eliminación completa de las alucinaciones puede ser una adecuada meta terapéutica. Sin embargo, en el caso de los delirios es más realista plantear como objetivo el incremento del control sobre ellos
- d) El grupo de Chadwick ha utilizado la terapia cognitiva para la modificación de las ideas delirantes

Pregunta de reserva

- 33.- Según la teoría de Othmer y Othmer sobre las etapas del desarrollo de la conciencia que el paciente puede adquirir de sus percepciones anómalas, señale la respuesta incorrecta:**
- a) Existen cinco etapas sucesivas siendo la etapa V la de mayor gravedad
 - b) En la etapa I el paciente tuvo alucinaciones en el pasado, pero actualmente no las tiene y es completamente consciente de su naturaleza mórbida
 - c) En la etapa II el paciente tuvo alucinaciones en el pasado, pero actualmente no las tiene y no cree que fueran reales
 - d) En la etapa V el paciente actúa conforme a las alucinaciones, obedece y responde a las voces

CASO CLINICO 2 – Enunciado del caso

Paciente de 14 años, remitida desde la Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil a la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria para valoración urgente de ingreso en el programa ante escasa evolución del cuadro por el que solicitó tratamiento en ese dispositivo. Atendida desde las Navidades pasadas hace cuatro meses por pérdida significativa de peso, trastorno del sueño, decaimiento, reacción de aislamiento en el medio familiar y repliegue notable en relación con sus iguales, ha presentado discreta mejoría en su estado de ánimo pero persisten las alteraciones psicopatológicas descritas. Es la menor de 3 hermanas, padres muy presentes y colaboradores. Cursa 3º de la ESO en un instituto.

En el momento de la entrevista presenta intensa desnutrición mixta proteico-calórica asociada a ingestas insuficientes, restricción hídrica, ejercicio físico compulsivo, marcada distorsión de la imagen corporal con intenso miedo a subir de peso a pesar de la severa bajada ponderal además de importantes rumiaciones obsesivas en relación al control del peso con gran repercusión emocional. Nunca ha recurrido al vómito o uso de laxantes. Presenta un IMC de 14,5 con amenorrea desde hace 4 meses. Tono de voz apagado, hipomimia, sentimientos de culpa por hacer sufrir a la familia.

Acude acompañada de sus padres. Estos la definen desde pequeña como alegre, abierta, imaginativa y atenta a las necesidades de los otros además de muy responsable y perfeccionista. Refieren que ha tenido desde siempre algo de sobrepeso “le ha gustado mucho comer”. La paciente recuerda que ya a los ocho años en el colegio empezó a sentirse excluida por ser gorda “en el baile de fin de curso nunca olvidaré todas las veces que la profesora me llamó gorda delante de los demás por no valerme la falda”.

El verano pasado decidió empezar a cuidarse, “dejé de merendar y vi que no pasé hambre y continué sin merendar y luego ya no comía”, además de aumentar el ejercicio físico. Al inicio de las clases escolares refiere una etapa estresante por cambio de amigas y experiencia de rechazo con dos compañeros de clase lo que le llevó aislarse más y preocuparse más por la comida y el peso.

Los padres corroboran que en Navidades ya les preocupó mucho la bajada de peso y la disminución de la ingesta sobre todo en las cantidades y que sospechaban aumento de actividad física pero que les ha sorprendido la intensidad con la que ahora saben que lo hacía. “500-1000 abdominales por las noches, subir y bajar escaleras con la mochila cinco veces cada vez que salía de casa...” De forma franca la paciente admite el descontrol al que ha llegado con bajada de diecinueve kilos desde que inició la restricción alimentaria en verano. “mi problema con la comida se fue haciendo mayor, me machacaba a abdominales, pensaba que la saliva me engordaba...todo se volvió un infierno”.

Se plantea en un primer momento intervención terapéutica ambulatoria con pautas habituales de control de las conductas asociadas al TCA con prevención de respuesta de restricción y de ejercicio: se pauta Orientación dietética de 1500Kcal, nivel de movimiento controlado y acompañado por los padres y realización de auto registros (conductas, emociones y cogniciones) y registros familiares de ingestas y movimiento.

En la siguiente visita, tras una semana es la paciente quien solicita el ingreso hospitalario “necesito verme entre cuatro paredes para controlar esto”. Los padres comentan que es incapaz de comer más, la delegación de los padres está siendo muy difícil. Apenas bebe agua, sigue subiendo y bajando escaleras con la mochila, realiza ejercicio en clase, no respeta la prohibición de entrar en la cocina mientras preparan la comida “necesito ver las comidas preparadas, me da miedo que mi madre se pase con el aceite...” Marcada obsesividad centrada en la comida, pensamientos negativos, incluso ideas autolíticas sin estructurar, ideas de culpa por hacer sufrir a su familia.

Se plantea ingreso hospitalario como primer paso en la intervención terapéutica. Peso al ingreso 36kg

CASO CLINICO 2 – Preguntas del caso

5.- De acuerdo con la CIE-10, los síntomas descritos se corresponden con un diagnóstico de :

- a) Anorexia Nerviosa. Tipo restrictivo
- b) Anorexia Nerviosa. Tipo purgativo
- c) Anorexia Nerviosa
- d) Trastorno Depresivo Mayor

6.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre los cambios en los criterios diagnósticos en el DSM -5 para la anorexia nerviosa es verdadera?

- a) El requisito de la amenorrea ha sido eliminado
- b) Ya no es necesario un bajo peso corporal
- c) El requisito de la menorragia ha sido eliminado
- d) Se han eliminado los requisitos de la amenorrea y la menorragia

7.- Teniendo en cuenta la importancia de trabajar en este caso con la percepción y aceptación de su imagen corporal, señale cuál de los siguientes cuestionarios evaluaría de forma más precisa y específica la imagen corporal:

- a) EAT-26
- b) EDI-2
- c) GAAS
- d) BSQ

8.- Según Buela-Casal(2001), señale la afirmación falsa en cuanto al abordaje terapéutico durante el ingreso hospitalario de la paciente:

- a) Lo primero es normalizar las constantes biológicas
- b) Es importante tener en cuenta la teoría de la regulación ponderal.
- c) Lo primero es empezar a tratar los aspectos psicológicos (síntomas cognitivos y afectivos)
- d) La intervención de todo un equipo multidisciplinar y la gran dedicación al paciente son grandes ventajas

Pregunta de reserva

34.- Según los criterios de hospitalización descritos por Buela-Casal (2001), cuál cree que en este caso ha sido el motivo de la indicación del ingreso:

- a) Baja motivación de cambio
- b) Entorno familiar poco colaborador o caótico
- c) Pérdida de peso superior al 25% o complicaciones físicas que hacen peligrar su vida y falta de mejoría a nivel ambulatorio.
- d) Tentativa autolítica

CASO CLÍNICO 3 – Enunciado del caso

Mujer de 19 años de edad que acude a una Unidad de Media Estancia remitida desde la Unidad de Agudos de Psiquiatría de Hospital General donde ha estado ingresada dos semanas, para seguimiento y tratamiento de su patología.

No presenta antecedentes de tratamiento psicológico ni psiquiátrico en la infancia. Buena adaptación en la infancia a nivel personal, académico y social.

Familia monoparental, con dificultades económicas e indicadores de supervisión parental escasa. Se independizó del domicilio familiar hace tres meses. Inicio de consumo de sustancias en la adolescencia. Empezó a fumar cannabis con 14 años. Desde los 15 años consumo diario de cannabis, con frecuencia diaria. Empezó a consumir anfetaminas con 17 años, los fines de semana que salía por la noche, con fines recreativos. En el tiempo que vivió independizada aumentó de forma importante el consumo de ambas sustancias.

El episodio que desencadenó el ingreso en psiquiatría se inició hace dos meses. Presentó un cambio caracterial claro, con disforia, impulsividad y discusiones frecuentes. Los familiares constatan también que en ese periodo presentó soliloquios, irritabilidad y heteroagresividad hacia objetos. Se mostraba descuidada en cuanto al aseo personal, comenzó a decir que un compañero de piso le vigilaba, intentaba tenerle controlada y le ponía cámaras.

La familia se preocupó y le llevó a urgencias. En el momento del ingreso en Agudos la paciente se mostraba suspicaz, desconfiada, irritable. Inquietud psicomotriz leve con labilidad emocional y llanto. Discurso fluido y espontáneo adecuadamente construido, con cierta presión del habla, centrado en malestar ante situación actual. Verbaliza ideación delirante autorreferencial y de perjuicio (en relación a escuchas y micrófonos que habría colocado la ertzaintza y un complot para hacerla quedar como una drogadicta). En el momento del ingreso el urinocontrol resultó positivo a anfetaminas y cannabis.

El cuadro agudo remitió a la semana del ingreso en Agudos. A partir de ese momento la paciente expresa una crítica clara de las vivencias y percepciones que tenía antes de acudir al hospital.

En este momento lleva un mes en la Unidad de Media Estancia y no ha presentado síntomas psicóticos positivos. Se muestra poco comunicativa, triste, irritable, malhumorada, con ánimo bajo y quejosa por tener que estar ingresada. Ha vuelto a preocuparse por su aspecto físico, tiene iniciativa y mantiene intereses y planes vitales apropiados para su edad. Se mantiene ambivalente respecto al cese completo de consumo de sustancias, especialmente del consumo de cannabis.

CASO CLÍNICO 3 – Preguntas del caso

9.- En este caso, señale cuál es el diagnóstico principal más probable, según el DSM-5:

- a) Trastorno esquizofreniforme
- b) Trastorno esquizotípico
- c) Trastorno psicótico inducido por sustancias
- d) Trastorno delirante tipo persecutorio

10.- Señale cuál es el segundo diagnóstico más probable, según la CIE 10:

- a) Dependencia cannabis
- b) Síndrome de dependencia de los cannabinoides y consumo perjudicial de estimulantes
- c) Dependencia anfetaminas
- d) Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de múltiples sustancias psicótropas.

11.- ¿Qué tipo de intervención no recomendaría para el problema de consumo de la paciente?

- a) Programa de reducción de daños, que garantice unos mínimos cuidados
- b) Renovación y mantenimiento del nivel motivacional
- c) Autorregistros de pensamientos, y situaciones de exposición y respuestas mostradas
- d) Ejercicios de prevención de respuestas

12.- Si se planteara hacer una evaluación conductual-funcional de la conducta de consumo tendría que recoger (señale la verdadera):

- a) Topografía de las conductas, contenido, magnitud y frecuencia
- b) Expectativas de la paciente respecto al efecto de la sustancia
- c) Las variables comúnmente incluidas son las intenciones, las consecuencias y los procesos cognitivos supuestos
- d) Características temporales, topografía de los factores, las situaciones y las conductas, contenido y magnitud

Pregunta de reserva

35.- Respecto a la sintomatología afectiva descrita, recomendaría:

- a) Iniciar una intervención cognitivo-conductual para el manejo de los síntomas depresivos descritos.
- b) Iniciar un tratamiento metacognitivo para los síntomas psicóticos
- c) Darle permisos de salida cuanto antes para que remita la sintomatología
- d) Normalizar dicha sintomatología por considerarla una reacción adaptativa proporcional a su situación

CASO CLINICO 4 – Enunciado del caso

Mujer de 70 años, que pierde a un hijo hace dos años y medio, por un cáncer de lengua. Previamente a ella le habían diagnosticado cáncer con metástasis, por lo que se realizaron varias cirugías, y quimioterapia.

Su oncóloga la deriva por un *'cuadro depresivo severo y angustia tras la muerte del hijo'*, para ser valorada por Psicología y Psiquiatría. Viene porque la mandan, aunque acepta la propuesta de tratamiento psicológico.

Este tratamiento se ha mantenido, de forma intermitente, durante más dos años, sin gran variación en la sintomatología y en su comportamiento. No pide ayuda, ni espera que el psicólogo le diga lo que le pasa, viene a exponer su trauma. Interrumpe las consultas en varias ocasiones, retomándolas a partir de las llamadas del psicólogo que se interesa por saber cómo sigue, ante lo que se muestra agradecida.

Su discurso es pobre, monotemático, centrado en su hijo muerto: *"Era bueno, querido por todos"*, y muy sufrido con la enfermedad: *"¿Cómo pudo tocarle una enfermedad así, tan a la vista?"* A diario recuerda su cara afectada por el tumor, el deterioro de los últimos meses; y se culpa excesivamente. En alguna ocasión verbaliza: *"¿por qué no me habré ido yo también?"*

De su historia familiar, habla poco, con discreción, sin reticencia. Destaca conflictos en el matrimonio; tuvieron varios hijos, con dos de ellos han sufrido mucho. El hijo fallecido fue siempre su preferido, el marido tuvo un cuadro celotípico cuando éste nació, y perduró una relación de rechazo por parte del padre, le hacía de menos, todo lo contrario a los sentimientos de ella.

Durante el tratamiento psicológico y psiquiátrico, presenta momentos de menor inhibición, mejora su tristeza y anhedonia, más activa psicomotrizmente y con mejora de su insomnio matinal, sale más de casa y hace algún viaje para visitar a sus hijos, pero sin que ello suponga una mayor ilusión. En otras ocasiones reconoce que no tiene interés por la vida, que el día a día es una obligación, igual que las tareas de casa, o la responsabilidad en el cuidado de sus nietos; precisamente uno de los nietos quedó a su cargo porque su madre lo abandonó de pequeño, al iniciar otra relación afectiva

No presenta ideas autolíticas, aunque en dos ocasiones en que tiene oportunidad de visitar a su hija ha sufrido caídas con fracturas muy serias al bajar del tren; caídas que no sabe explicar, salvo porque tiene problemas en las piernas. Esto la confirma en que no puede, ni debería salir de casa.

A pesar de los consejos que a veces le han dado, conserva su casa como un santuario: las ropas del hijo, sus fotos están por todas partes: *"Ya me dicen mis hijos, que sólo vivo para ese hijo muerto"*. Reconoce: *"¡No es que no pueda dejarlo, doctor, es que no quiero!"* Es escaso su interés por los demás, y por las cosas.

Persiste en estos años el lamento por la muerte *"injusta"* del hijo, como algo que le hubiera ocurrido a ella misma, dice por ejemplo: *"se me murió el hijo"*. Para ella la vida está vacía, es como si se hubiera detenido.

CASO CLINICO 4 – Preguntas del caso

- 13.- Según el DSM-5 y el criterio clínico, ¿qué impresión diagnóstica se acomoda mejor a este caso?**
- a) Un trastorno adaptativo con estado del ánimo deprimido, por enfermedad médica
 - b) Un trastorno depresivo persistente (con episodios intermitentes de depresión mayor), con características melancólicas
 - c) Un trastorno depresivo persistente (con episodio de depresión mayor persistente), con síntomas psicóticos
 - d) Un proceso de duelo no complicado, pero que merece atención clínica
- 14.- Casos como el de esta paciente suponen un reto para el profesional porque:**
- a) Crean siempre un vínculo negativo, al no responder bien a los tratamientos
 - b) Generan siempre angustia, porque hablan a menudo de la muerte
 - c) Rechazan el tratamiento
 - d) Generan dificultad a nivel diagnóstico
- 15.- En las consultas de evaluación psicológica, la presencia o no de demanda de ayuda:**
- a) Es un elemento importante para el diagnóstico diferencial
 - b) Es sinónimo de que existe 'conciencia de la enfermedad'.
 - c) Influye en los resultados de la evaluación, e impide sacar conclusiones
 - d) Predice el grado de adhesión a las indicaciones médicas

16.- En términos psicodinámicos, el proceso psíquico de esta paciente se caracteriza por:

- a) Permanece en una etapa inicial de duelo, con gran inhibición y síntomas depresivos
- b) Utiliza el dolor por la muerte del hijo como mecanismo de defensa frente a la angustia por su cáncer
- c) Reconoce la realidad de la pérdida, pero el objeto perdido ha sido introyectado, como parte del Yo
- d) Idealiza al hijo, como formación reactiva, frente a los sentimientos agresivos que tiene hacia él

Pregunta de reserva

36.- Entre las técnicas psicoterapéuticas apropiadas a este caso, el psicólogo puede:

- a) Hablar con el psiquiatra para que ponga medicación antidepresiva
- b) Afianzar el sentido de responsabilidad que la paciente muestra hacia sí misma y su entorno
- c) Ilusionar al paciente con nuevos objetivos en su vida, y que retire las cosas que recuerdan al hijo.
- d) Convencer a la paciente de que no tiene razón para culparse por lo que ha pasado con el hijo

CASO CLÍNICO 5 – Enunciado del caso

Hombre de 37 años. Soltero. Vive con su madre. Acude a consulta de CSM acompañado de su madre y demanda la necesidad de tratar su angustia e importante activación, que atribuye a que no puede confiar en nadie “porque todo lo hacen mal”. Refiere no tener ninguna problemática psiquiátrica a excepción de que únicamente duerme unas tres horas al día.

Padre fallecido hace 3 años por un cáncer de pulmón. Tiene una hermana que vive fuera del núcleo familiar. Antecedentes familiares sin interés

Fecha el inicio de sus problemas hace 12 años coincidiendo con una ruptura de pareja, tras lo cual dice que tuvo una importante depresión que requirió ingreso psiquiátrico. Refiere haber pasado por diversos periodos de su vida en los que se sentía anímicamente “hundido”, “deprimido”, “incapaz de hacer nada”

Completó la licenciatura de filología tras varios años de estudio. Ha desempeñado algún trabajo de escasa cualificación, sin contrato laboral y poco tiempo de duración y alternando con largos periodos de inactividad

Tiene reconocida una discapacidad de grado 66% y ocupa el tiempo en actividades formativas, aunque durante estos últimos dos meses su asistencia es muy irregular. No mantiene relaciones sexuales ni de pareja estables, escasa red social

En la entrevista se muestra muy tenso, inquieto, tono de voz elevado. Mantiene un discurso verborreico, tangencial, en ocasiones descarrilado, con asociaciones laxas, hipermnésico. Pendiente de cualquier ruido o movimiento. Niega alteraciones sensorceptivas. Hipertimia, marcada expansividad, exaltación del humor acompañada de aumento de la estima de sí mismo e ideas de grandeza. No verbaliza ideación auto ni heterolítica. Relata ideas extrañas de corte delirante, con completa convicción, con continuos comentarios “ya sé que no me vas a creer”, “todo el mundo me odia porque yo soy superior”. Acepta la ayuda porque siente que le “desbordan los pensamientos”

No antecedentes de consumo de tóxicos ni se objetiva consumo en la actualidad. No presenta otras patologías orgánicas

Su madre comenta que los últimos dos meses se ha agravado su estado debido al abandono de la medicación, incrementándose los comportamientos desorganizados. Refiere que la convivencia familiar está siendo complicada y que no sabe cómo ayudarle

CASO CLINICO 5 – Preguntas del caso

- 17.- Según el sistema de clasificación de enfermedades CIE-10, calificaríamos este caso con el diagnóstico de:**
- a) Esquizofrenia paranoide
 - b) Trastorno de personalidad paranoide
 - c) Trastorno esquizoafectivo
 - d) Trastorno de ideas delirantes
- 18.- En relación a la evaluación cognitivo-conductual en los trastornos psicóticos, De la Puente y Crespo delimitan una serie de objetivos específicos. Señale la respuesta incorrecta:**
- a) Identificar los síntomas del paciente y asignar un diagnóstico
 - b) Explorar el grado de funcionamiento premórbido y las relaciones objetales de la infancia
 - c) Establecer los efectos que tienen los síntomas en el funcionamiento cognitivo, familiar, social y laboral
 - d) Identificar las habilidades de afrontamiento y detectar estresores
- 19.- Señale la respuesta correcta: siguiendo la teoría de Barrowclough y Tarrier con objeto de potenciar la intervención familiar, ésta tiene que caracterizarse por:**
- a) Estar dirigida únicamente a la familia
 - b) Limitarse a las actuaciones educativas
 - c) Mantenerse durante un periodo corto de tiempo
 - d) Intentar que el paciente cumpla también las pautas farmacológicas prescritas

20.- En relación al pronóstico, señale la respuesta correcta:

- a) El curso clínico de la esquizofrenia muestra tendencia a la cronicidad, con un pronóstico algo mejor que el trastorno esquizoafectivo
- b) El estudio longitudinal clásico de Ciompi, en relación al curso de la esquizofrenia, encontró un porcentaje muy bajo de sujetos (17%) con remisiones completas y marcada mejoría
- c) Hegarty y cols., en un metaanálisis de la literatura científica sobre la evolución a largo plazo de la esquizofrenia, constataron que el 20% de los casos había mejorado clínicamente tras 5,6 años
- d) Según Ciompi, la evolución de la esquizofrenia se ha visto asociada más bien a variables sociales, personales y clínicas entre las que destacan, como signos de buen pronóstico, un comienzo agudo y la presencia de un acontecimiento precipitante

Pregunta de reserva

37.- Señale la afirmación incorrecta en relación a las intervenciones que se plantean sobre los trastornos psicóticos:

- a) El programa psicoeducativo de Rebolledo y Lobato consta de dos grandes ámbitos de contenido: uno de educación para la salud y otro de promoción del desarrollo laboral
- b) El tratamiento de los trastornos psicóticos ha de realizarse desde un enfoque multicomponente y comprensivo
- c) La Terapia Psicológica Integrada de Roder y cols. se compone de cinco módulos, de los cuales los dos primeros constituyen estrategias de rehabilitación cognitiva clásica
- d) El grupo de Tarrier ha desarrollado el programa de Mejora de la Estrategia de Afrontamiento con el fin de que los pacientes puedan controlar de modo más eficaz su sintomatología

CASO CLINICO 6 – Enunciado del caso

Se trata de un niño que acaba de cumplir 4 años. Ha sido derivado desde primaria a consulta de psicología de un Equipo de Salud Mental Infantil-Juvenil, y viene acompañado por su madre. La madre ha acudido tras mostrarle su nueva profesora una gran alarma por el funcionamiento del niño en el primer mes del curso. El niño es nuevo este año en el colegio, porque la familia ha venido a la ciudad este verano desde otro país.

Según la descripción de la profesora, coincidente con la de la madre, apenas inicia interacciones sociales espontáneamente, y cuando quiere algo coge la mano del adulto y la acerca a los objetos. En la consulta parece no reconocer la presencia de los otros y hace muy poco contacto ocular, la madre señala que es su conducta habitual. Le fascinan los objetos brillantes y pasa largos ratos focalizado en las características sensoriales de los objetos, especialmente con una cazuela. Según la madre “está como obsesionado con la cazuela, la quiere llevar con él”. En los momentos sin distracciones hace movimientos rítmicos de las manos y balanceos. Por otro lado, ante pequeños cambios en el entorno y las rutinas tiende a mostrar rabietas fuertes. En el colegio interacciona muy poco con los compañeros o lo hace de forma peculiar, la profesora señala que parece no tener interés por los aprendizajes y le ha observado muchas veces apartarse del grupo y quedarse en una esquina.

En la anamnesis se recoge que el parto fue difícil, y requirió la aplicación de oxígeno. Inicialmente fue un bebé fácil, pero ya durante el primer año a los padres les llamó la atención que apenas respondía a los contactos sociales y los juegos. Empezó a gatear cerca del año, pero de forma poco coordinada. La deambulación autónoma no comenzó hasta los 19 meses y aún hoy en día tiene problemas de equilibrio, se cae y choca con los objetos con frecuencia. A nivel de lenguaje, el desarrollo fue también lento. En la actualidad, puede usar frases bien estructuradas, pero lo más llamativo es el uso que hace del lenguaje. Repite con muy buena memoria frases literales que ha escuchado, imitando el tono con exactitud. A veces pide algo usando una frase en tercera persona.

La madre refiere que estos signos les han preocupado a lo largo de los años, pero que su marido decía que ya aprendería. Al trasladarle el psicólogo su preocupación por la clínica del menor, la madre le da la razón y pregunta qué se debe hacer entonces, si bien su reacción es de extrañeza. El terapeuta programa sucesivas evaluaciones en consulta y en el aula; y solicita que acuda el marido.

CASO CLINICO 6 – Preguntas del caso

- 21.- El diagnóstico sería compatible con:**
- a) Trastorno del espectro autista (TEA), según la DSM-V
 - b) Autismo infantil, según la CIE-10
 - c) Trastorno de la coordinación, según la DSM-V
 - d) Todas las respuestas son válidas

22.- Son características de los TEA:

- a) Son trastornos multicausales y variados en sus presentaciones, que requieren de intervenciones multidisciplinarias
- b) La detección e intervención más precoz posible es fundamental, siendo las primeras manifestaciones del trastorno identificables a partir de los dos años
- c) Actualmente la DSM-V mantiene una separación entre los TEA y el trastorno desintegrativo infantil; esto es, la presencia del segundo descarta el diagnóstico del primero
- d) Todas son verdaderas

23.- En los casos de TEA en los que se ha producido una regresión o pérdida de capacidades adquiridas, lo más frecuente es:

- a) Que la pérdida sea posterior a los 2 años
- b) Una pérdida de capacidades motoras y de autocuidado anterior al segundo año
- c) Una pérdida de comportamientos sociales y de capacidades del lenguaje anterior a los dos años
- d) Una pérdida de comportamientos sociales y de capacidades del lenguaje posterior a los dos años

24.- Según el manual de Kaplan-Sadock, “Sinopsis de psiquiatría”, en los Trastornos del Espectro Autista:

- a) Las modalidades educativas y conductuales se consideran hoy en día el tratamiento de elección
- b) El entrenamiento de padres se asocia a mejoras importantes en el lenguaje del niño y en las áreas cognitiva y social
- c) Un niño autista requiere el aprendizaje en aulas estructuradas. Entre los objetivos del tratamiento están: 1) El desarrollar conductas para integrarse en la escuela, 2) Establecer relaciones significativas con los compañeros, y 3) Aumentar la probabilidad de que se desarrollen como adultos independientes
- d) Todas las opciones son correctas

Pregunta de reserva

38.- Son características de los trastornos del espectro autista:

- a) Son trastornos degenerativos que impiden el aprendizaje
- b) Su prevalencia es mayor en el sexo femenino que en el masculino
- c) Factores de buen pronóstico son un alto funcionamiento intelectual y en el área del lenguaje funcional
- d) La repetición literal de verbalizaciones fuera de contexto es un ejemplo de estereotipia

CASO CLINICO 7 – Enunciado del caso

Leire, de 25 años, acude al Centro de Salud Mental derivada por su médico de familia después de solicitar una baja laboral tras experimentar una intensa angustia iniciada en su centro de trabajo y generalizada a otros ámbitos de su vida.

En una primera entrevista expone de manera fluida y coherente sus circunstancias vitales y las causas de su malestar emocional. Superó sin dificultades sus estudios de hostelería y consiguió trabajo pronto. Desde hace dos años trabaja en el mismo restaurante, es muy meticulosa y detallista en sus elaboraciones, lo que le ha servido para ascender profesionalmente.

Actualmente no tiene pareja, pero en el pasado, cada vez que ha iniciado una relación sentimental con un hombre ha padecido un intenso miedo a contraer una enfermedad contagiosa en los contactos íntimos.

Desde el inicio de su actividad profesional, cada vez que sale de trabajar dedica gran parte de su tiempo a tener debates internos en los que somete a discusión cualquier acto llevado a cabo en su jornada: si ha sido apropiada la respuesta a un compañero, si un plato ha estado presentado adecuadamente, si su jefe la despedirá porque no ha habido suficiente gente en el restaurante, si esta poca afluencia tiene que ver con algo que ha podido hacer ella, entre otras cosas.

Desde hace alrededor de un mes se ve sorprendida por un temor intenso a perder el control y hacer daño a alguno de sus compañeros con un cuchillo de cocina u otro utensilio punzante. Por las noches no puede conciliar el sueño porque su mente no deja de dar vueltas a múltiples escenas violentas de apuñalamientos. Reconoce estos pensamientos como propios, le generan un intenso malestar, intenta resistirse a ellos pero no puede suprimirlos por más que lo intente. No se detecta la existencia de actos compulsivos o rituales para neutralizar su angustia.

Solicitó la baja laboral porque pensó que la evitación durante un tiempo de la exposición a objetos cortantes relajaría su miedo a perder el control, pero este miedo se generalizó a otras situaciones, apareciendo miedo a tirarse al tren, a tirarse por la ventana o miedo a perder el control e insultar a su madre.

La semana pasada, estando en casa haciendo la comida, experimentó un ataque de pánico secundario a la idea de que podía agredir a su madre con un cuchillo y fue tal la intensidad su malestar que pensó que se iba a volver loca. Su madre llamó a urgencias porque no comprendía lo que le estaba pasando y no sabía cómo contener su angustia.

25.- Según la CIE 10, el diagnóstico apropiado al caso descrito sería el de:

- a) Trastorno obsesivo-compulsivo con predominio de actos compulsivos
- b) Fobia de impulsión
- c) Fobia específica
- d) Ninguna de las anteriores

26.- Señala la afirmación correcta en relación a las explicaciones que Serafín Lemos expone en su libro de Psicopatología General sobre la etiología del Trastorno Obsesivo-Compulsivo:

- a) La teoría de los dos factores de Mowrer da respuesta al mantenimiento de las rumiaciones obsesivas de Leire
- b) Los enfoques cognitivos apuntan a la existencia de déficits cognitivos, como el déficit en la “monitorización de la realidad”, que pueden estar presentes en pacientes obsesivos
- c) Foa y Kozak (1986) incorporan factores psicoanalíticos, como la dificultad en el manejo de la agresividad, al modelo de aprendizaje del TOC
- d) Hay evidencia del aprendizaje de las conductas compulsivas específicas, por lo que no existe una influencia genética significativa en la adquisición de este trastorno

27.- Según el Manual de Evaluación y Tratamientos Psicológicos de Buela-Casal, para la evaluación de los síntomas que presenta Leire:

- a) Es aconsejable realizar una entrevista no estructurada cuyas preguntas sean abiertas para inferir a partir de sus respuestas el significado que Leire le aporta a su sintomatología
- b) La evaluación de la intensidad, frecuencia y duración de los pensamientos obsesivos se puede llevar a cabo mediante el Inventario de Obsesiones de Leyton
- c) Para evaluar las preocupaciones de Leire sobre la pérdida de control conductual se puede utilizar el Inventario de Padua.
- d) Para facilitar que Leire hable con mayor facilidad de sus obsesiones se le puede facilitar la información de que el 40 por 100 de las personas normales también tienen ideas no deseadas (Rachman y Silva, 1978).

28.- Señala la respuesta incorrecta en relación al tratamiento de la sintomatología de Leire según el Manual de Evaluación y Tratamientos Psicológicos de Buela-Casal:

- a) Las intervenciones cognitivas sobre la estimación de catástrofe serían adecuadas para el manejo del miedo de Leire a contagiarse de una enfermedad infecciosa
- b) La técnica del estándar doble puede ser útil para aliviar los pensamientos catastrofistas relacionados con su temor a ser despedida si, por ejemplo, un día el restaurante no presenta la afluencia habitual
- c) Los rituales mentales son más fáciles de tratar que los rituales manifiestos
- d) Dentro de los tratamientos conductuales a aplicar se encuentra la parada de pensamiento

Pregunta de reserva

39.- Señala la respuesta correcta, según el DSM-5, en relación al diagnóstico diferencial en el caso de Leire:

- a) Las preocupaciones de Leire se parecen a las de un episodio depresivo mayor en que las preocupaciones del trastorno depresivo son también incongruentes con el estado de ánimo y se experimentan como intrusivas
- b) Las preocupaciones de Leire se distinguen de las de un trastorno de ansiedad generalizada en que los pensamientos de Leire incluyen contenidos extraños e irracionales y poco asociados a preocupaciones de la vida real
- c) Si Leire careciera de introspección en relación a sus creencias no podría recibir el diagnóstico de Trastorno Obsesivo-Compulsivo
- d) A pesar de que Leire tenga características de personalidad obsesiva, el diagnóstico de Trastorno Obsesivo-Compulsivo en el Eje I excluye el diagnóstico de Trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva

CASO CLINICO 8 – Enunciado del caso

Laura tiene 17 años, es la menor de tres hermanas y su madre ha fallecido tras una enfermedad oncológica de un año de duración hace mes y medio.

Su padre está preocupado porque desde el fallecimiento de la madre parece que ha perdido la alegría que la caracterizaba. La percibe en ocasiones muy triste y pensativa, la encuentra llorando revisando una y otra vez el álbum familiar, no sale con sus amigas tan frecuentemente como lo hacía antes de la enfermedad de la madre y su rendimiento en el instituto es algo menor. Se muestra muy preocupado por esta cuestión porque se acercan las pruebas de acceso a la universidad y su nota determinará la carrera a la que pueda acceder.

Su padre dice que sabían que la madre iba a fallecer desde hace unos meses y que continuar llorando a estas alturas le va a perjudicar. Él mismo dice que aceptó el diagnóstico, ha aceptado la pérdida, ha procurado mantener su ritmo de trabajo durante la enfermedad y tras la muerte y dice que continuar dándole vueltas a la pena no ayuda a adaptarse a la rutina del día a día. Él nunca cogió la baja laboral a pesar de que su médico se la sugirió ante la aparición, en este contexto, de algunos síntomas psicósomáticos. Refiere que son una familia sana, con muchos apoyos familiares y sociales y con los pies en la tierra y que no hay que dejar espacio a lamentaciones cuando se sabe que la madre ya no va a volver.

El padre convence a Laura para que acuda a su médico de familia y Laura accede. Laura le explica al doctor que desde que falleció su madre se encuentra más triste de lo normal, las lágrimas le sorprenden en momentos inesperados, no puede dejar de pensar en ella y después de mes y medio desde el fallecimiento se siente, a veces, profundamente triste y desamparada. Le cuesta dormir porque durante la noche, en ocasiones, cree escuchar la voz de su madre, que la llama. Estas sensaciones precipitan su llanto y en ese momento acude a la habitación de sus hermanas, y en su compañía, consigue dormir de nuevo.

Algunas mañanas se despierta confundida, como si la muerte de su madre hubiera sido un sueño, pero rápidamente se da cuenta de que nunca más estará presente. Sólo le apetece salir con las amigas con las que más confianza tiene, aquellas con las que se siente libre para expresar sus preocupaciones. No ha perdido su ilusión por ingresar en la Universidad y aunque sus resultados académicos son peores de lo habitual y tiene dificultades de concentración, no ha suspendido ninguna asignatura.

El médico de atención primaria realiza una consulta sobre este caso a un Psicólogo Clínico para que le oriente sobre el mejor manejo desde Atención Primaria y en su caso, sobre una posible derivación a Salud Mental.

CASO CLINICO 8 – Preguntas del caso

29.- Según la CIE-10 la codificación más apropiada al caso expuesto sería la de:

- a) Trastorno de Duelo Complejo porque aparecen síntomas emocionales inusuales como las pseudoalucinaciones
- b) Z63.4 Desaparición o fallecimiento de un miembro de la familia, porque la muerte de la madre es un factor que influye en el estado de salud, genera un contacto con los servicios de salud y puede suponer un problema potencial psicosocial
- c) F43.20 Reacción depresiva breve porque se trata de un estado depresivo cuya duración no excede de dos meses.
- d) F93.0 Trastorno de ansiedad de separación porque presenta un malestar excesivo y recurrente ante la separación de la madre

30.- Según el Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente de Vicente E. Caballo, la intervención terapéutica más adecuada en el caso expuesto sería la siguiente:

- a) Entrenamiento en habituación, a partir del cual Laura vaya reestructurando su día a día a la ausencia de su madre
- b) Asesoramiento de Duelo para facilitar un proceso de duelo que no se asume como patológico y Laura logre superar, dentro de un límite razonable, las etapas del duelo.
- c) Intervención en el Duelo anticipatorio para ayudar a Laura a enfrentarse a las próximas pérdidas que va a ir encontrándose a lo largo de su vida.
- d) Terapia Dialéctico Conductual para que a partir de técnicas cognitivo-conductuales, Laura logre tolerar la angustia que le genera la pérdida de su madre y regularse emocionalmente.

31.- Según O'Connor (1995), citado en el Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente de Vicente E. Caballo, dentro del proceso de duelo Laura se encontraría en la etapa de:

- a) Negación de la pérdida
- b) Búsqueda de nuevos objetos de amor o de amigos
- c) Sentimientos de dolor por la pérdida

d) Ruptura de antiguos hábitos

32.- Señala la afirmación incorrecta en relación al caso expuesto, siguiendo el Manual de Psicología Clínica Infantil y Adolescente de Vicente E. Caballo:

a) Existe mayor probabilidad de que el duelo de Laura se convierta en una entidad patológica si hubiera establecido con su madre una relación cargada de ansiedad y ambivalente

b) Si el periodo de agonía de la madre ha sido prolongado se minimiza la ambivalencia preexistente y da tiempo a aliviar los sentimientos de culpa e insuficiencia.

c) Existen dos concepciones erróneas que tienen el potencial de crear complicaciones a lo largo del proceso de duelo: los “debería” del duelo y las relaciones entre la intensidad del duelo y el tiempo

d) Las expectativas de la sociedad sobre el tiempo necesario para terminar el trabajo del duelo (usualmente 12 meses o menos) contrastan con la evidencia de la investigación (frecuentemente más de 12 meses).

Pregunta de reserva

40.- Señala la afirmación más apropiada en relación al padre de Laura según el Manual de Psicología Clínica Infantil y Adolescente de Vicente E. Caballo:

a) La posición del padre de Laura podría derivar, con el tiempo, en un Duelo enmascarado

b) Sería importante informar al padre de Laura acerca de los “debería” del duelo para que orientara a su hija en relación a lo que “debe ser el duelo”: el tiempo que tiene que durar la tristeza o las emociones que debe sentir

c) Sería aconsejable que el padre de Laura escondiera durante un tiempo los álbumes de fotos para evitar la exposición de Laura a objetos que eliciten el recuerdo reiterado de la madre

d) La posición del padre de Laura puede definirse como de “ataque de duelo” porque evita experimentar las emociones propias de esta crisis vital

OSAKIDETZA

2018ko otsailaren 14ko 123/2018 Erabakiaren bidez, egindako Oposaketa-Lehiaketarako deia (EHAA 45 Zkia. 2018ko martxoaren 5koa)

Concurso-Oposición convocado por Resolución nº 123/2018 de 14 de Febrero de 2018 (B.O.P.V. Nº 45 de 5 de Marzo de 2018)

KATEGORIA: FAK. ESP. PSIKOLOGO-KLINIKO TEKNIKARIA

CATEGORÍA: FAC. ESP. TECNICO PSICOLOGO CLINICO

Bost galdera plantetazen dira kasu praktiko bakoitzeko. Bost galderei erantzun beharko diezu, kontuan izanda kasu bakoitzeko azken galdera **erreserbako galdera** dela. Gauzak horrela, aipatu galderak azterketako **azken galderen artean zerrendatuko dira. Hori gogoan izan ezazu erantzun orria betetzeko garaian.**

Se plantean cinco cuestiones respecto de cada caso práctico. Deberá contestar a las cinco, teniendo en cuenta que la última pregunta de cada caso tiene el carácter de **pregunta de reserva**. Como tales, dichas preguntas **se numeran como preguntas finales** del examen. **Téngalo en cuenta a la hora de cumplimentar la hoja de respuestas.**

Proba eguna / Fecha prueba
2018ko maiatzaren 26an/ 26 de mayo de 2018

2.ariketa / 2º ejercicio
B Eredua / Modelo B

CASO CLINICO 1 – Enunciado del caso

Paciente de 14 años, remitida desde la Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil a la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria para valoración urgente de ingreso en el programa ante escasa evolución del cuadro por el que solicitó tratamiento en ese dispositivo. Atendida desde las Navidades pasadas hace cuatro meses por pérdida significativa de peso, trastorno del sueño, decaimiento, reacción de aislamiento en el medio familiar y repliegue notable en relación con sus iguales, ha presentado discreta mejoría en su estado de ánimo pero persisten las alteraciones psicopatológicas descritas. Es la menor de 3 hermanas, padres muy presentes y colaboradores. Cursa 3º de la ESO en un instituto.

En el momento de la entrevista presenta intensa desnutrición mixta proteico-calórica asociada a ingestas insuficientes, restricción hídrica, ejercicio físico compulsivo, marcada distorsión de la imagen corporal con intenso miedo a subir de peso a pesar de la severa bajada ponderal además de importantes rumiaciones obsesivas en relación al control del peso con gran repercusión emocional. Nunca ha recurrido al vómito o uso de laxantes. Presenta un IMC de 14,5 con amenorrea desde hace 4 meses. Tono de voz apagado, hipomimia, sentimientos de culpa por hacer sufrir a la familia.

Acude acompañada de sus padres. Estos la definen desde pequeña como alegre, abierta, imaginativa y atenta a las necesidades de los otros además de muy responsable y perfeccionista. Refieren que ha tenido desde siempre algo de sobrepeso “le ha gustado mucho comer”. La paciente recuerda que ya a los ocho años en el colegio empezó a sentirse excluida por ser gorda “en el baile de fin de curso nunca olvidaré todas las veces que la profesora me llamó gorda delante de los demás por no valerme la falda”.

El verano pasado decidió empezar a cuidarse, “dejé de merendar y vi que no pasé hambre y continué sin merendar y luego ya no comía”, además de aumentar el ejercicio físico. Al inicio de las clases escolares refiere una etapa estresante por cambio de amigas y experiencia de rechazo con dos compañeros de clase lo que le llevó aislarse más y preocuparse más por la comida y el peso.

Los padres corroboran que en Navidades ya les preocupó mucho la bajada de peso y la disminución de la ingesta sobre todo en las cantidades y que sospechaban aumento de actividad física pero que les ha sorprendido la intensidad con la que ahora saben que lo hacía. “500-1000 abdominales por las noches, subir y bajar escaleras con la mochila cinco veces cada vez que salía de casa...” De forma franca la paciente admite el descontrol al que ha llegado con bajada de diecinueve kilos desde que inició la restricción alimentaria en verano. “mi problema con la comida se fue haciendo mayor, me machacaba a abdominales, pensaba que la saliva me engordaba...todo se volvió un infierno”.

Se plantea en un primer momento intervención terapéutica ambulatoria con pautas habituales de control de las conductas asociadas al TCA con prevención de respuesta de restricción y de ejercicio: se pauta Orientación dietética de 1500Kcal, nivel de movimiento controlado y acompañado por los padres y realización de auto registros (conductas, emociones y cogniciones) y registros familiares de ingestas y movimiento.

En la siguiente visita, tras una semana es la paciente quien solicita el ingreso hospitalario “necesito verme entre cuatro paredes para controlar esto”. Los padres comentan que es incapaz de comer más, la delegación de los padres está siendo muy difícil. Apenas bebe agua, sigue subiendo y bajando escaleras con la mochila, realiza ejercicio en clase, no respeta la prohibición de entrar en la cocina mientras preparan la comida “necesito ver las comidas preparadas, me da miedo que mi madre se pase con el aceite...” Marcada obsesividad centrada en la comida, pensamientos negativos, incluso ideas autolíticas sin estructurar, ideas de culpa por hacer sufrir a su familia.

Se plantea ingreso hospitalario como primer paso en la intervención terapéutica. Peso al ingreso 36kg

CASO CLINICO 1 – Preguntas del caso

- 1.- **De acuerdo con la CIE-10, los síntomas descritos se corresponden con un diagnóstico de :**
 - a) Anorexia Nerviosa. Tipo restrictivo
 - b) Anorexia Nerviosa. Tipo purgativo
 - c) Anorexia Nerviosa
 - d) Trastorno Depresivo Mayor

- 2.- **¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre los cambios en los criterios diagnósticos en el DSM -5 para la anorexia nerviosa es verdadera?**
 - a) El requisito de la amenorrea ha sido eliminado
 - b) Ya no es necesario un bajo peso corporal
 - c) El requisito de la menorragia ha sido eliminado
 - d) Se han eliminado los requisitos de la amenorrea y la menorragia

3.- Teniendo en cuenta la importancia de trabajar en este caso con la percepción y aceptación de su imagen corporal, señale cuál de los siguientes cuestionarios evaluaría de forma más precisa y específica la imagen corporal:

- a) EAT-26
- b) EDI-2
- c) GAAS
- d) BSQ

4.- Según Buela-Casal(2001), señale la afirmación falsa en cuanto al abordaje terapéutico durante el ingreso hospitalario de la paciente:

- a) Lo primero es normalizar las constantes biológicas
- b) Es importante tener en cuenta la teoría de la regulación ponderal.
- c) Lo primero es empezar a tratar los aspectos psicológicos (síntomas cognitivos y afectivos)
- d) La intervención de todo un equipo multidisciplinar y la gran dedicación al paciente son grandes ventajas

Pregunta de reserva

33.- Según los criterios de hospitalización descritos por Buela-Casal (2001), cuál cree que en este caso ha sido el motivo de la indicación del ingreso:

- a) Baja motivación de cambio
- b) Entorno familiar poco colaborador o caótico
- c) Pérdida de peso superior al 25% o complicaciones físicas que hacen peligrar su vida y falta de mejoría a nivel ambulatorio.
- d) Tentativa autolítica

CASO CLÍNICO 2 – Enunciado del caso

Mujer de 19 años de edad que acude a una Unidad de Media Estancia remitida desde la Unidad de Agudos de Psiquiatría de Hospital General donde ha estado ingresada dos semanas, para seguimiento y tratamiento de su patología.

No presenta antecedentes de tratamiento psicológico ni psiquiátrico en la infancia. Buena adaptación en la infancia a nivel personal, académico y social.

Familia monoparental, con dificultades económicas e indicadores de supervisión parental escasa. Se independizó del domicilio familiar hace tres meses. Inicio de consumo de sustancias en la adolescencia. Empezó a fumar cannabis con 14 años. Desde los 15 años consumo diario de cannabis, con frecuencia diaria. Empezó a consumir anfetaminas con 17 años, los fines de semana que salía por la noche con fines recreativos. En el tiempo que vivió independizada aumentó de forma importante el consumo de ambas sustancias.

El episodio que desencadenó el ingreso en psiquiatría se inició hace dos meses. Presentó un cambio caracterial claro, con disforia, impulsividad y discusiones frecuentes. Los familiares constatan también que en ese periodo presentó soliloquios, irritabilidad y heteroagresividad hacia objetos. Se mostraba descuidada en cuanto al aseo personal, comenzó a decir que un compañero de piso le vigilaba, intentaba tenerle controlada y le ponía cámaras.

La familia se preocupó y le llevó a urgencias. En el momento del ingreso en Agudos la paciente se mostraba suspicaz, desconfiada, irritable. Inquietud psicomotriz leve con labilidad emocional y llanto. Discurso fluido y espontáneo adecuadamente construido, con cierta presión del habla, centrado en malestar ante situación actual. Verbaliza ideación delirante autorreferencial y de perjuicio (en relación a escuchas y micrófonos que habría colocado la ertzaintza y un complot para hacerla quedar como una drogadicta). En el momento del ingreso el urinocontrol resultó positivo a anfetaminas y cannabis.

El cuadro agudo remitió a la semana del ingreso en Agudos. A partir de ese momento la paciente expresa una crítica clara de las vivencias y percepciones que tenía antes de acudir al hospital.

En este momento lleva un mes en la Unidad de Media Estancia y no ha presentado síntomas psicóticos positivos. Se muestra poco comunicativa, triste, irritable, malhumorada, con ánimo bajo y quejosa por tener que estar ingresada. Ha vuelto a preocuparse por su aspecto físico, tiene iniciativa y mantiene intereses y planes vitales apropiados para su edad. Se mantiene ambivalente respecto al cese completo de consumo de sustancias, especialmente del consumo de cannabis.

CASO CLINICO 2 – Preguntas del caso

5.- En este caso, señale cuál es el diagnóstico principal más probable, según el DSM-5:

- a) Trastorno esquizofreniforme
- b) Trastorno esquizotípico
- c) Trastorno psicótico inducido por sustancias
- d) Trastorno delirante tipo persecutorio

6.- Señale cuál es el segundo diagnóstico más probable, según la CIE 10:

- a) Dependencia cannabis
- b) Síndrome de dependencia de los cannabinoides y consumo perjudicial de estimulantes
- c) Dependencia anfetaminas
- d) Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de múltiples sustancias psicótropas.

7.- ¿Qué tipo de intervención no recomendaría para el problema de consumo de la paciente?

- a) Programa de reducción de daños, que garantice unos mínimos cuidados
- b) Renovación y mantenimiento del nivel motivacional
- c) Autorregistros de pensamientos, y situaciones de exposición y respuestas mostradas
- d) Ejercicios de prevención de respuestas

8.- Si se planteara hacer una evaluación conductual-funcional de la conducta de consumo tendría que recoger (señale la verdadera):

- a) Topografía de las conductas, contenido, magnitud y frecuencia
- b) Expectativas de la paciente respecto al efecto de la sustancia
- c) Las variables comúnmente incluidas son las intenciones, las consecuencias y los procesos cognitivos supuestos
- d) Características temporales, topografía de los factores, las situaciones y las conductas, contenido y magnitud

Pregunta de reserva

34.- Respecto a la sintomatología afectiva descrita, recomendaría:

- a) Iniciar una intervención cognitivo-conductual para el manejo de los síntomas depresivos descritos.
- b) Iniciar un tratamiento metacognitivo para los síntomas psicóticos
- c) Darle permisos de salida cuanto antes para que remita la sintomatología
- d) Normalizar dicha sintomatología por considerarla una reacción adaptativa proporcional a su situación

CASO CLÍNICO 3 – Enunciado del caso

Mujer de 54 años. Viuda desde hace dos años. Sin hijos. Vive sola. Trabajó como auxiliar de cocina hasta hace 4 años, en los que empezó a tener largas bajas coincidiendo con la enfermedad de su marido. Su madre falleció hace 6 años su padre hace 22. Tiene una hermana con la que rompió la relación hace dos años. Antecedentes familiares sin interés

Acude a consulta de CSM demandando ayuda por sentirse mal debido a que “sus vecinos desde que se quedó viuda le hacen la vida imposible”

Aspecto cuidado. Autónoma en la organización de las actividades de la vida diaria. Refiere tener alguna amistad, ser miembro de un grupo asociativo de ocio, y aficionada a espectáculos, a los que acude y disfruta. Sin relación con su familia de origen

La paciente refiere que los vecinos le ponen grabaciones en las que le increpan, le dicen que se vaya del domicilio, con amenazas de muerte, lo que le genera mucha cautela y temor cuando está en su casa. Consciente y orientada en las tres esferas. Abordable y colaboradora, aunque reservada. No muestra inquietud ni ninguna otra alteración psicomotriz. Lenguaje fluido, sin alteraciones formales, con discurso parco, bien construido, en el que describe una ideación delirante de acoso por parte de sus vecinos. Hipotimia reactiva e ideación delirante con disminución del apetito y sensación de bloqueo derivado de la ansiedad. No impresiona de cuadro afectivo completo. No ideación ni auto ni heterolítica. No ideas de muerte. No alteraciones del curso del pensamiento. Sueño conservado

No antecedentes de consumo de tóxicos ni se objetiva consumo en la actualidad. No presenta otras patologías orgánicas

CASO CLINICO 3 – Preguntas del caso

- 9.- Según el sistema de clasificación de enfermedades CIE-10 calificaríamos este caso con el diagnóstico de:**
- a) Trastorno de ideas delirantes
 - b) Esquizofrenia paranoide
 - c) Trastorno esquizotípico
 - d) Trastorno bipolar

10.- En relación al diagnóstico diferencial, la respuesta incorrecta es:

- a) El trastorno esquizotípico ocasionalmente evoluciona hacia una esquizofrenia clara y se cree que es una parte del espectro genético de la esquizofrenia
- b) La esquizofrenia paranoide se caracteriza por tener una lógica normal, exceptuando las creencias delirantes, mientras que en el trastorno de ideas delirante hay alteraciones del proceso de pensamiento
- c) El curso clínico del Trastorno psicótico breve se caracteriza por su benignidad, desapareciendo sus síntomas en pocos días
- d) La apariencia de una persona con un trastorno de ideas delirantes es normal, mientras que una persona con esquizofrenia tiene apariencia y conductas extrañas

11.- Señale la respuesta incorrecta respecto a la teoría de Maher sobre los delirios como fenómenos que destacan por las siguientes dimensiones:

- a) La certeza diagnóstica y la adherencia a la medicación
- b) La adherencia del paciente al delirio y relevancia para la vida del paciente
- c) Preocupación con el delirio y relevancia para la vida del paciente
- d) La sistematización y estructura

12.- En relación a la modificación de las ideas delirantes y alucinaciones auditivas, señale la afirmación incorrecta:

- a) En la modificación de las ideas delirantes se utiliza el “desafío verbal” ofreciendo al paciente una explicación alternativa de los acontecimientos
- b) En la modificación de las ideas delirantes se utiliza el “desafío verbal” de las creencias, introduciendo ejercicios de “prueba de realidad”
- c) Según Bouchard y cols. La eliminación completa de las alucinaciones puede ser una adecuada meta terapéutica. Sin embargo, en el caso de los delirios es más realista plantear como objetivo el incremento del control sobre ellos
- d) El grupo de Chadwick ha utilizado la terapia cognitiva para la modificación de las ideas delirantes

Pregunta de reserva

- 35.- Según la teoría de Othmer y Othmer sobre las etapas del desarrollo de la conciencia que el paciente puede adquirir de sus percepciones anómalas, señale la respuesta incorrecta:**
- a) Existen cinco etapas sucesivas siendo la etapa V la de mayor gravedad
 - b) En la etapa I el paciente tuvo alucinaciones en el pasado, pero actualmente no las tiene y es completamente consciente de su naturaleza mórbida
 - c) En la etapa II el paciente tuvo alucinaciones en el pasado, pero actualmente no las tiene y no cree que fueran reales
 - d) En la etapa V el paciente actúa conforme a las alucinaciones, obedece y responde a las voces

CASO CLÍNICO 4 – Enunciado del caso

Hombre de 37 años. Soltero. Vive con su madre. Acude a consulta de CSM acompañado de su madre y demanda la necesidad de tratar su angustia e importante activación, que atribuye a que no puede confiar en nadie “porque todo lo hacen mal”. Refiere no tener ninguna problemática psiquiátrica a excepción de que únicamente duerme unas tres horas al día.

Padre fallecido hace 3 años por un cáncer de pulmón. Tiene una hermana que vive fuera del núcleo familiar. Antecedentes familiares sin interés

Fecha el inicio de sus problemas hace 12 años coincidiendo con una ruptura de pareja, tras lo cual dice que tuvo una importante depresión que requirió ingreso psiquiátrico. Refiere haber pasado por diversos periodos de su vida en los que se sentía anímicamente “hundido”, “deprimido”, “incapaz de hacer nada”

Completó la licenciatura de filología tras varios años de estudio. Ha desempeñado algún trabajo de escasa cualificación, sin contrato laboral y poco tiempo de duración y alternando con largos periodos de inactividad

Tiene reconocida una discapacidad de grado 66% y ocupa el tiempo en actividades formativas, aunque durante estos últimos dos meses su asistencia es muy irregular. No mantiene relaciones sexuales ni de pareja estables, escasa red social

En la entrevista se muestra muy tenso, inquieto, tono de voz elevado. Mantiene un discurso verborreico, tangencial, en ocasiones descarrilado, con asociaciones laxas, hipermnésico. Pendiente de cualquier ruido o movimiento. Niega alteraciones sensorceptivas. Hipertimia, marcada expansividad, exaltación del humor acompañada de aumento de la estima de sí mismo e ideas de grandeza. No verbaliza ideación auto ni heterolítica. Relata ideas extrañas de corte delirante, con completa convicción, con continuos comentarios “ya sé que no me vas a creer”, “todo el mundo me odia porque yo soy superior”. Acepta la ayuda porque siente que le “desbordan los pensamientos”

No antecedentes de consumo de tóxicos ni se objetiva consumo en la actualidad. No presenta otras patologías orgánicas

Su madre comenta que los últimos dos meses se ha agravado su estado debido al abandono de la medicación, incrementándose los comportamientos desorganizados. Refiere que la convivencia familiar está siendo complicada y que no sabe cómo ayudarle

CASO CLINICO 4 – Preguntas del caso

- 13.- Según el sistema de clasificación de enfermedades CIE-10, calificaríamos este caso con el diagnóstico de:**
- a) Esquizofrenia paranoide
 - b) Trastorno de personalidad paranoide
 - c) Trastorno esquizoafectivo
 - d) Trastorno de ideas delirantes
- 14.- En relación a la evaluación cognitivo-conductual en los trastornos psicóticos, De la Puente y Crespo delimitan una serie de objetivos específicos. Señale la respuesta incorrecta:**
- a) Identificar los síntomas del paciente y asignar un diagnóstico
 - b) Explorar el grado de funcionamiento premórbido y las relaciones objetales de la infancia
 - c) Establecer los efectos que tienen los síntomas en el funcionamiento cognitivo, familiar, social y laboral
 - d) Identificar las habilidades de afrontamiento y detectar estresores
- 15.- Señale la respuesta correcta: siguiendo la teoría de Barrowclough y Tarrier con objeto de potenciar la intervención familiar, ésta tiene que caracterizarse por:**
- a) Estar dirigida únicamente a la familia
 - b) Limitarse a las actuaciones educativas
 - c) Mantenerse durante un periodo corto de tiempo
 - d) Intentar que el paciente cumpla también las pautas farmacológicas prescritas

16.- En relación al pronóstico, señale la respuesta correcta:

- a) El curso clínico de la esquizofrenia muestra tendencia a la cronicidad, con un pronóstico algo mejor que el trastorno esquizoafectivo
- b) El estudio longitudinal clásico de Ciompi, en relación al curso de la esquizofrenia, encontró un porcentaje muy bajo de sujetos (17%) con remisiones completas y marcada mejoría
- c) Hegarty y cols., en un metaanálisis de la literatura científica sobre la evolución a largo plazo de la esquizofrenia, constataron que el 20% de los casos había mejorado clínicamente tras 5,6 años
- d) Según Ciompi, la evolución de la esquizofrenia se ha visto asociada más bien a variables sociales, personales y clínicas entre las que destacan, como signos de buen pronóstico, un comienzo agudo y la presencia de un acontecimiento precipitante

Pregunta de reserva

36.- Señale la afirmación incorrecta en relación a las intervenciones que se plantean sobre los trastornos psicóticos:

- a) El programa psicoeducativo de Rebolledo y Lobato consta de dos grandes ámbitos de contenido: uno de educación para la salud y otro de promoción del desarrollo laboral
- b) El tratamiento de los trastornos psicóticos ha de realizarse desde un enfoque multicomponente y comprensivo
- c) La Terapia Psicológica Integrada de Roder y cols. se compone de cinco módulos, de los cuales los dos primeros constituyen estrategias de rehabilitación cognitiva clásica
- d) El grupo de Tarrier ha desarrollado el programa de Mejora de la Estrategia de Afrontamiento con el fin de que los pacientes puedan controlar de modo más eficaz su sintomatología

CASO CLINICO 5 – Enunciado del caso

Mujer de 70 años, que pierde a un hijo hace dos años y medio, por un cáncer de lengua. Previamente a ella le habían diagnosticado cáncer con metástasis, por lo que se realizaron varias cirugías, y quimioterapia.

Su oncóloga la deriva por un *'cuadro depresivo severo y angustia tras la muerte del hijo'*, para ser valorada por Psicología y Psiquiatría. Viene porque la mandan, aunque acepta la propuesta de tratamiento psicológico.

Este tratamiento se ha mantenido, de forma intermitente, durante más dos años, sin gran variación en la sintomatología y en su comportamiento. No pide ayuda, ni espera que el psicólogo le diga lo que le pasa, viene a exponer su trauma. Interrumpe las consultas en varias ocasiones, retomándolas a partir de las llamadas del psicólogo que se interesa por saber cómo sigue, ante lo que se muestra agradecida.

Su discurso es pobre, monotemático, centrado en su hijo muerto: *"Era bueno, querido por todos"*, y muy sufrido con la enfermedad: *"¿Cómo pudo tocarle una enfermedad así, tan a la vista?"* A diario recuerda su cara afectada por el tumor, el deterioro de los últimos meses; y se culpa excesivamente. En alguna ocasión verbaliza: *"¿por qué no me habré ido yo también?"*

De su historia familiar, habla poco, con discreción, sin reticencia. Destaca conflictos en el matrimonio; tuvieron varios hijos, con dos de ellos han sufrido mucho. El hijo fallecido fue siempre su preferido, el marido tuvo un cuadro celotípico cuando éste nació, y perduró una relación de rechazo por parte del padre, le hacía de menos, todo lo contrario a los sentimientos de ella.

Durante el tratamiento psicológico y psiquiátrico, presenta momentos de menor inhibición, mejora su tristeza y anhedonia, más activa psicomotrizmente y con mejora de su insomnio matinal, sale más de casa y hace algún viaje para visitar a sus hijos, pero sin que ello suponga una mayor ilusión. En otras ocasiones reconoce que no tiene interés por la vida, que el día a día es una obligación, igual que las tareas de casa, o la responsabilidad en el cuidado de sus nietos; precisamente uno de los nietos quedó a su cargo porque su madre lo abandonó de pequeño, al iniciar otra relación afectiva

No presenta ideas autolíticas, aunque en dos ocasiones en que tiene oportunidad de visitar a su hija ha sufrido caídas con fracturas muy serias al bajar del tren; caídas que no sabe explicar, salvo porque tiene problemas en las piernas. Esto la confirma en que no puede, ni debería salir de casa.

A pesar de los consejos que a veces le han dado, conserva su casa como un santuario: las ropas del hijo, sus fotos están por todas partes: *"Ya me dicen mis hijos, que sólo vivo para ese hijo muerto"*. Reconoce: *"¡No es que no pueda dejarlo, doctor, es que no quiero!"* Es escaso su interés por los demás, y por las cosas.

Persiste en estos años el lamento por la muerte *"injusta"* del hijo, como algo que le hubiera ocurrido a ella misma, dice por ejemplo: *"se me murió el hijo"*. Para ella la vida está vacía, es como si se hubiera detenido.

CASO CLINICO 5 – Preguntas del caso

17.- Según el DSM-5 y el criterio clínico, ¿qué impresión diagnóstica se acomoda mejor a este caso?

- a) Un trastorno adaptativo con estado del ánimo deprimido, por enfermedad médica
- b) Un trastorno depresivo persistente (con episodios intermitentes de depresión mayor), con características melancólicas
- c) Un trastorno depresivo persistente (con episodio de depresión mayor persistente), con síntomas psicóticos
- d) Un proceso de duelo no complicado, pero que merece atención clínica

18.- Casos como el de esta paciente suponen un reto para el profesional porque:

- a) Crean siempre un vínculo negativo, al no responder bien a los tratamientos
- b) Generan siempre angustia, porque hablan a menudo de la muerte
- c) Rechazan el tratamiento
- d) Generan dificultad a nivel diagnóstico

19.- En las consultas de evaluación psicológica, la presencia o no de demanda de ayuda:

- a) Es un elemento importante para el diagnóstico diferencial
- b) Es sinónimo de que existe 'conciencia de la enfermedad'.
- c) Influye en los resultados de la evaluación, e impide sacar conclusiones
- d) Predice el grado de adhesión a las indicaciones médicas

20.- En términos psicodinámicos, el proceso psíquico de esta paciente se caracteriza por:

- a) Permanece en una etapa inicial de duelo, con gran inhibición y síntomas depresivos
- b) Utiliza el dolor por la muerte del hijo como mecanismo de defensa frente a la angustia por su cáncer
- c) Reconoce la realidad de la pérdida, pero el objeto perdido ha sido introyectado, como parte del Yo
- d) Idealiza al hijo, como formación reactiva, frente a los sentimientos agresivos que tiene hacia él

Pregunta de reserva

37.- Entre las técnicas psicoterapéuticas apropiadas a este caso, el psicólogo puede:

- a) Hablar con el psiquiatra para que ponga medicación antidepresiva
- b) Afianzar el sentido de responsabilidad que la paciente muestra hacia sí misma y su entorno
- c) Ilusionar al paciente con nuevos objetivos en su vida, y que retire las cosas que recuerdan al hijo.
- d) Convencer a la paciente de que no tiene razón para culparse por lo que ha pasado con el hijo

CASO CLÍNICO 6 – Enunciado del caso

Se trata de un niño que acaba de cumplir 4 años. Ha sido derivado desde primaria a consulta de psicología de un Equipo de Salud Mental Infantil-Juvenil, y viene acompañado por su madre. La madre ha acudido tras mostrarle su nueva profesora una gran alarma por el funcionamiento del niño en el primer mes del curso. El niño es nuevo este año en el colegio, porque la familia ha venido a la ciudad este verano desde otro país.

Según la descripción de la profesora, coincidente con la de la madre, apenas inicia interacciones sociales espontáneamente, y cuando quiere algo coge la mano del adulto y la acerca a los objetos. En la consulta parece no reconocer la presencia de los otros y hace muy poco contacto ocular, la madre señala que es su conducta habitual. Le fascinan los objetos brillantes y pasa largos ratos focalizado en las características sensoriales de los objetos, especialmente con una cazuela. Según la madre “está como obsesionado con la cazuela, la quiere llevar con él”. En los momentos sin distracciones hace movimientos rítmicos de las manos y balanceos. Por otro lado, ante pequeños cambios en el entorno y las rutinas tiende a mostrar rabietas fuertes. En el colegio interacciona muy poco con los compañeros o lo hace de forma peculiar, la profesora señala que parece no tener interés por los aprendizajes y le ha observado muchas veces apartarse del grupo y quedarse en una esquina.

En la anamnesis se recoge que el parto fue difícil, y requirió la aplicación de oxígeno. Inicialmente fue un bebé fácil, pero ya durante el primer año a los padres les llamó la atención que apenas respondía a los contactos sociales y los juegos. Empezó a gatear cerca del año, pero de forma poco coordinada. La deambulación autónoma no comenzó hasta los 19 meses y aún hoy en día tiene problemas de equilibrio, se cae y choca con los objetos con frecuencia. A nivel de lenguaje, el desarrollo fue también lento. En la actualidad, puede usar frases bien estructuradas, pero lo más llamativo es el uso que hace del lenguaje. Repite con muy buena memoria frases literales que ha escuchado, imitando el tono con exactitud. A veces pide algo usando una frase en tercera persona.

La madre refiere que estos signos les han preocupado a lo largo de los años, pero que su marido decía que ya aprendería. Al trasladarle el psicólogo su preocupación por la clínica del menor, la madre le da la razón y pregunta qué se debe hacer entonces, si bien su reacción es de extrañeza. El terapeuta programa sucesivas evaluaciones en consulta y en el aula; y solicita que acuda el marido.

CASO CLINICO 6 – Preguntas del caso

- 21.- El diagnóstico sería compatible con:**
- a) Trastorno del espectro autista (TEA) según la DSM-V
 - b) Autismo infantil según la CIE-10
 - c) Trastorno de la coordinación según la DSM-V
 - d) Todas las respuestas son válidas

22.- Son características de los TEA:

- a) Son trastornos multicausales y variados en sus presentaciones, que requieren de intervenciones multidisciplinarias
- b) La detección e intervención más precoz posible es fundamental, siendo las primeras manifestaciones del trastorno identificables a partir de los dos años
- c) Actualmente la DSM-V mantiene una separación entre los TEA y el trastorno desintegrativo infantil, esto es, la presencia del segundo descarta el diagnóstico del primero
- d) Todas son verdaderas

23.- En los casos de TEA en los que se ha producido una regresión o pérdida de capacidades adquiridas, lo más frecuente es:

- a) Que la pérdida sea posterior a los 2 años
- b) Una pérdida de capacidades motoras y de autocuidado anterior al segundo año
- c) Una pérdida de comportamientos sociales y de capacidades del lenguaje anterior a los dos años
- d) Una pérdida de comportamientos sociales y de capacidades del lenguaje posterior a los dos años

24.- Según el manual de Kaplan-Sadock, “Sinopsis de psiquiatría”, en los Trastornos del espectro autista:

- a) Las modalidades educativas y conductuales se consideran hoy en día el tratamiento de elección
- b) El entrenamiento de padres se asocia a mejoras importantes en el lenguaje del niño y en las áreas cognitiva y social
- c) Un niño autista requiere el aprendizaje en aulas estructuradas. Entre los objetivos del tratamiento están: 1) El desarrollar conductas para integrarse en la escuela, 2) Establecer relaciones significativas con los compañeros, y 3) Aumentar la probabilidad de que se desarrollen como adultos independientes
- d) Todas las opciones son correctas

Pregunta de reserva

38.- Son características de los trastornos del espectro autista:

- a) Son trastornos degenerativos que impiden el aprendizaje
- b) Su prevalencia es mayor en el sexo femenino que en el masculino
- c) Factores de buen pronóstico son un alto funcionamiento intelectual y en el área del lenguaje funcional
- d) La repetición literal de verbalizaciones fuera de contexto es un ejemplo de estereotipia

CASO CLÍNICO 7 – Enunciado del caso

Laura tiene 17 años, es la menor de tres hermanas y su madre ha fallecido tras una enfermedad oncológica de un año de duración hace mes y medio.

Su padre está preocupado porque desde el fallecimiento de la madre parece que ha perdido la alegría que la caracterizaba. La percibe en ocasiones muy triste y pensativa, la encuentra llorando revisando una y otra vez el álbum familiar, no sale con sus amigas tan frecuentemente como lo hacía antes de la enfermedad de la madre y su rendimiento en el instituto es algo menor. Se muestra muy preocupado por esta cuestión porque se acercan las pruebas de acceso a la universidad y su nota determinará la carrera a la que pueda acceder.

Su padre dice que sabían que la madre iba a fallecer desde hace unos meses y que continuar llorando a estas alturas le va a perjudicar. Él mismo dice que aceptó el diagnóstico, ha aceptado la pérdida, ha procurado mantener su ritmo de trabajo durante la enfermedad y tras la muerte y dice que continuar dándole vueltas a la pena no ayuda a adaptarse a la rutina del día a día. Él nunca cogió la baja laboral a pesar de que su médico se la sugirió ante la aparición, en este contexto, de algunos síntomas psicósomáticos. Refiere que son una familia sana, con muchos apoyos familiares y sociales y con los pies en la tierra y que no hay que dejar espacio a lamentaciones cuando se sabe que la madre ya no va a volver.

El padre convence a Laura para que acuda a su médico de familia y Laura accede. Laura le explica al doctor que desde que falleció su madre se encuentra más triste de lo normal, las lágrimas le sorprenden en momentos inesperados, no puede dejar de pensar en ella y después de mes y medio desde el fallecimiento se siente, a veces, profundamente triste y desamparada. Le cuesta dormir porque durante la noche, en ocasiones, cree escuchar la voz de su madre, que la llama. Estas sensaciones precipitan su llanto y en ese momento acude a la habitación de sus hermanas, y en su compañía, consigue dormir de nuevo.

Algunas mañanas se despierta confundida, como si la muerte de su madre hubiera sido un sueño, pero rápidamente se da cuenta de que nunca más estará presente. Sólo le apetece salir con las amigas con las que más confianza tiene, aquellas con las que se siente libre para expresar sus preocupaciones. No ha perdido su ilusión por ingresar en la Universidad y aunque sus resultados académicos son peores de lo habitual y tiene dificultades de concentración, no ha suspendido ninguna asignatura.

El médico de atención primaria realiza una consulta sobre este caso a un Psicólogo Clínico para que le oriente sobre el mejor manejo desde Atención Primaria y en su caso, sobre una posible derivación a Salud Mental.

CASO CLINICO 7 – Preguntas del caso

- 25.- Según la CIE-10 la codificación más apropiada al caso expuesto sería la de:**
- a) Trastorno de Duelo Complejo porque aparecen síntomas emocionales inusuales como las pseudoalucinaciones
 - b) Z63.4 Desaparición o fallecimiento de un miembro de la familia, porque la muerte de la madre es un factor que influye en el estado de salud, genera un contacto con los servicios de salud y puede suponer un problema potencial psicosocial
 - c) F43.20 Reacción depresiva breve porque se trata de un estado depresivo cuya duración no excede de dos meses.
 - d) F93.0 Trastorno de ansiedad de separación porque presenta un malestar excesivo y recurrente ante la separación de la madre
- 26.- Según el Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente de Vicente E. Caballo, la intervención terapéutica más adecuada en el caso expuesto sería la siguiente:**
- a) Entrenamiento en habituación, a partir del cual Laura vaya reestructurando su día a día a la ausencia de su madre
 - b) Asesoramiento de Duelo para facilitar un proceso de duelo que no se asume como patológico y Laura logre superar, dentro de un límite razonable, las etapas del duelo.
 - c) Intervención en el Duelo anticipatorio para ayudar a Laura a enfrentarse a las próximas pérdidas que va a ir encontrándose a lo largo de su vida.
 - d) Terapia Dialéctico Conductual para que a partir de técnicas cognitivo-conductuales, Laura logre tolerar la angustia que le genera la pérdida de su madre y regularse emocionalmente.
- 27.- Según O'Connor (1995), citado en el Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente de Vicente E. Caballo, dentro del proceso de duelo Laura se encontraría en la etapa de:**
- a) Negación de la pérdida
 - b) Búsqueda de nuevos objetos de amor o de amigos
 - c) Sentimientos de dolor por la pérdida
 - d) Ruptura de antiguos hábitos

28.- Señala la afirmación incorrecta en relación al caso expuesto, siguiendo el Manual de Psicología Clínica Infantil y Adolescente de Vicente E. Caballo:

- a) Existe mayor probabilidad de que el duelo de Laura se convierta en una entidad patológica si hubiera establecido con su madre una relación cargada de ansiedad y ambivalente
- b) Si el periodo de agonía de la madre ha sido prolongado se minimiza la ambivalencia preexistente y da tiempo a aliviar los sentimientos de culpa e insuficiencia.
- c) Existen dos concepciones erróneas que tienen el potencial de crear complicaciones a lo largo del proceso de duelo: los “debería” del duelo y las relaciones entre la intensidad del duelo y el tiempo
- d) Las expectativas de la sociedad sobre el tiempo necesario para terminar el trabajo del duelo (usualmente 12 meses o menos) contrastan con la evidencia de la investigación (frecuentemente más de 12 meses).

Pregunta de reserva

39.- Señala la afirmación más apropiada en relación al padre de Laura según el Manual de Psicología Clínica Infantil y Adolescente de Vicente E. Caballo:

- a) La posición del padre de Laura podría derivar, con el tiempo, en un Duelo enmascarado
- b) Sería importante informar al padre de Laura acerca de los “debería” del duelo para que orientara a su hija en relación a lo que “debe ser el duelo”: el tiempo que tiene que durar la tristeza o las emociones que debe sentir
- c) Sería aconsejable que el padre de Laura escondiera durante un tiempo los álbumes de fotos para evitar la exposición de Laura a objetos que eliciten el recuerdo reiterado de la madre
- d) La posición del padre de Laura puede definirse como de “ataque de duelo” porque evita experimentar las emociones propias de esta crisis vital

CASO CLÍNICO 8 – Enunciado del caso

Leire, de 25 años, acude al Centro de Salud Mental derivada por su médico de familia después de solicitar una baja laboral tras experimentar una intensa angustia iniciada en su centro de trabajo y generalizada a otros ámbitos de su vida.

En una primera entrevista expone de manera fluida y coherente sus circunstancias vitales y las causas de su malestar emocional. Superó sin dificultades sus estudios de hostelería y consiguió trabajo pronto. Desde hace dos años trabaja en el mismo restaurante, es muy meticulosa y detallista en sus elaboraciones, lo que le ha servido para ascender profesionalmente.

Actualmente no tiene pareja, pero en el pasado, cada vez que ha iniciado una relación sentimental con un hombre ha padecido un intenso miedo a contraer una enfermedad contagiosa en los contactos íntimos.

Desde el inicio de su actividad profesional, cada vez que sale de trabajar dedica gran parte de su tiempo a tener debates internos en los que somete a discusión cualquier acto llevado a cabo en su jornada: si ha sido apropiada la respuesta a un compañero, si un plato ha estado presentado adecuadamente, si su jefe la despedirá porque no ha habido suficiente gente en el restaurante, si esta poca afluencia tiene que ver con algo que ha podido hacer ella, entre otras cosas.

Desde hace alrededor de un mes se ve sorprendida por un temor intenso a perder el control y hacer daño a alguno de sus compañeros con un cuchillo de cocina u otro utensilio punzante. Por las noches no puede conciliar el sueño porque su mente no deja de dar vueltas a múltiples escenas violentas de apuñalamientos. Reconoce estos pensamientos como propios, le generan un intenso malestar, intenta resistirse a ellos pero no puede suprimirlos por más que lo intente. No se detecta la existencia de actos compulsivos o rituales para neutralizar su angustia.

Solicitó la baja laboral porque pensó que la evitación durante un tiempo de la exposición a objetos cortantes relajaría su miedo a perder el control, pero este miedo se generalizó a otras situaciones, apareciendo miedo a tirarse al tren, a tirarse por la ventana o miedo a perder el control e insultar a su madre. La semana pasada, estando en casa haciendo la comida, experimentó un ataque de pánico secundario a la idea de que podía agredir a su madre con un cuchillo y fue tal la intensidad su malestar que pensó que se iba a volver loca. Su madre llamó a urgencias porque no comprendía lo que le estaba pasando y no sabía cómo contener su angustia.

CASO CLINICO 8 – Preguntas del caso

- 29.- Según la CIE 10, el diagnóstico apropiado al caso descrito sería el de:**
- a) Trastorno obsesivo-compulsivo con predominio de actos compulsivos
 - b) Fobia de impulsión
 - c) Fobia específica
 - d) Ninguna de las anteriores

30.- Señala la afirmación correcta en relación a las explicaciones que Serafín Lemos expone en su libro de Psicopatología General sobre la etiología del Trastorno Obsesivo-Compulsivo:

- a) La teoría de los dos factores de Mowrer da respuesta al mantenimiento de las rumiaciones obsesivas de Leire
- b) Los enfoques cognitivos apuntan a la existencia de déficits cognitivos, como el déficit en la “monitorización de la realidad”, que pueden estar presentes en pacientes obsesivos
- c) Foa y Kozak (1986) incorporan factores psicoanalíticos, como la dificultad en el manejo de la agresividad, al modelo de aprendizaje del TOC
- d) Hay evidencia del aprendizaje de las conductas compulsivas específicas, por lo que no existe una influencia genética significativa en la adquisición de este trastorno

31.- Según el Manual de Evaluación y Tratamientos Psicológicos de Buela-Casal, para la evaluación de los síntomas que presenta Leire:

- a) Es aconsejable realizar una entrevista no estructurada cuyas preguntas sean abiertas para inferir a partir de sus respuestas el significado que Leire le aporta a su sintomatología
- b) La evaluación de la intensidad, frecuencia y duración de los pensamientos obsesivos se puede llevar a cabo mediante el Inventario de Obsesiones de Leyton
- c) Para evaluar las preocupaciones de Leire sobre la pérdida de control conductual se puede utilizar el Inventario de Padua.
- d) Para facilitar que Leire hable con mayor facilidad de sus obsesiones se le puede facilitar la información de que el 40 por 100 de las personas normales también tienen ideas no deseadas (Rachman y Silva, 1978).

32.- Señala la respuesta incorrecta en relación al tratamiento de la sintomatología de Leire según el Manual de Evaluación y Tratamientos Psicológicos de Buela-Casal:

- a) Las intervenciones cognitivas sobre la estimación de catástrofe serían adecuadas para el manejo del miedo de Leire a contagiarse de una enfermedad infecciosa
- b) La técnica del estándar doble puede ser útil para aliviar los pensamientos catastrofistas relacionados con su temor a ser despedida si, por ejemplo, un día el restaurante no presenta la afluencia habitual
- c) Los rituales mentales son más fáciles de tratar que los rituales manifiestos
- d) Dentro de los tratamientos conductuales a aplicar se encuentra la parada de pensamiento

Pregunta de reserva

40.- Señala la respuesta correcta, según el DSM-5, en relación al diagnóstico diferencial en el caso de Leire:

- a) Las preocupaciones de Leire se parecen a las de un episodio depresivo mayor en que las preocupaciones del trastorno depresivo son también incongruentes con el estado de ánimo y se experimentan como intrusivas
- b) Las preocupaciones de Leire se distinguen de las de un trastorno de ansiedad generalizada en que los pensamientos de Leire incluyen contenidos extraños e irracionales y poco asociados a preocupaciones de la vida real
- c) Si Leire careciera de introspección en relación a sus creencias no podría recibir el diagnóstico de Trastorno Obsesivo-Compulsivo
- d) A pesar de que Leire tenga características de personalidad obsesiva, el diagnóstico de Trastorno Obsesivo-Compulsivo en el Eje I excluye el diagnóstico de Trastorno de personalidad obsesivocompulsiva