

SEGUNDA PARTE

SUPUESTO - CASO CLÍNICO 1

C. tiene 49 años, es funcionaria, está casada y tiene una niña de 10 años. Acude a consulta porque se encuentra muy ansiosa. Desde hace 5 meses experimenta síntomas de mareo y sensación de falta de aire. C. informa que ha estado 9 años sometida a mucho estrés debido a la cardiopatía que padecía su hija desde su nacimiento y de la que fue operada hace 1 año. La cardiopatía era leve y permitió a la niña un desarrollo normal aunque limitado en algunos aspectos, como un ligero retraso en el desarrollo físico. C. manifiesta que esos 9 años los pasó en un estado de continua alerta, pensando en la operación que tenían que realizarle y si la niña seguiría viva tras ella, ya que los médicos les informaron que era una operación de riesgo, aunque completamente necesaria. La operación resultó un éxito, la niña se restableció por completo, y en la actualidad lleva una vida normal. Ahora que todo está bien y ya no hay ningún riesgo, C. no entiende por qué transcurridos unos 7 meses después de esta operación, experimentó un aumento muy brusco de la ansiedad que se ha ido repitiendo varias veces por semana hasta el momento actual.

Los principales síntomas que experimenta son: mareo, sensación de desmayo, sensación de falta de aire, palpitaciones y sensación de irrealidad. C. manifiesta que en esos instantes piensa que algo malo le está sucediendo, cree que se trata de un ictus o un ataque al corazón, que se va a desmayar, ahogar, o a perder el control. Evita estar en espacios cerrados o en lugares donde hay mucha gente (p.ej., conciertos, teatros). En alguna ocasión ha tenido que abandonar el lugar donde se encontraba al comenzar a sentir mareos muy intensos. Además, siempre que va a algún lugar trata de identificar dónde están las salidas por si las necesitara. Su principal temor es desmayarse en estas situaciones, no poder salir, o ser aplastada en el caso de que ocurriese algo y todos intentasen huir. Otra situación que teme es alejarse de su casa pues piensa que puede ocurrirles algo y no tendrán ayuda. No obstante, C. informa también de que ha habido ocasiones en las que, sin encontrarse en ninguna de estas situaciones (p.ej., estando en su casa), ha notado la presencia repentina de los síntomas anteriormente mencionados de forma intensa. Refiere también tener miedo a padecer una enfermedad grave como cáncer, y piensa que quizá tenga algo y no lo sabe. Pese a esto no intenta que se lleven a cabo más controles médicos de los habituales ni realiza ninguna conducta de comprobación, aunque evita tomar determinados medicamentos o comidas por miedo a que le sienten mal o le produzcan alergia (es alérgica a varios alimentos). Manifiesta encontrarse más baja de ánimo que de costumbre, siente también preocupación por el bienestar de su hija y teme que pueda tener problemas derivados de la cardiopatía, otra enfermedad, o un accidente.

Considera que todavía no ha aceptado todo lo que ha pasado con su hija y cada vez que recuerda la operación y lo mal que lo pasaron todos esos años se echa a llorar y en alguna ocasión ha sentido también un aumento muy brusco de la ansiedad acompañado por síntomas de mareo y sensación de ahogo. Evita totalmente leer o ver información (revistas, reportajes, películas, etc.) que tenga relación con enfermedades infantiles, especialmente si son problemas de corazón.

Otros datos de interés: C. recibió asistencia psicológica hace 11 años debido a estrés en el trabajo, no tiene ninguna enfermedad física (aparte de las alergias a un rango restringido de alimentos), y no está tomando medicación de ningún tipo. Cuando se le pregunta acerca de su familia, informa que con su marido mantiene una relación muy buena y es su apoyo principal. Ella es la pequeña de dos

SEGUNDA PARTE

hermanas, su padre falleció hace 10 años de un tumor cerebral, y la relación con su familia de origen siempre fue muy buena pero demasiado sobreprotectora. Siente que muchos de sus miedos han sido inculcados por la educación que recibió puesto que sus padres "veían siempre el peligro en todas partes". Aunque se considera una persona muy miedosa desde siempre, actualmente, sin saber por qué, estos miedos se han desbordado y están fuera de su control impidiéndole llevar una vida satisfactoria.

PREGUNTAS

- 1.- *Indique cuál es el diagnóstico principal que mejor se ajusta a este caso (criterios DSM-IV-TR):*
 - A) Trastorno de ansiedad generalizada.
 - B) Trastorno de angustia con agorafobia.
 - C) Trastorno adaptativo.
 - D) Hipocondría.

- 2.- *Señale con cuál de los siguientes trastornos sería necesario realizar en primer término el diagnóstico diferencial (criterios DSM-IV-TR):*
 - A) Trastorno de ansiedad generalizada.
 - B) Trastorno de angustia con agorafobia.
 - C) Trastorno adaptativo.
 - D) Hipocondría.

- 3.- *Indique cuál de los siguientes trastornos constituye un posible diagnóstico adicional para esta paciente (criterios DSM-IV-TR):*
 - A) Trastorno de ansiedad generalizada.
 - B) Trastorno de angustia con agorafobia. _____
 - C) Trastorno adaptativo.
 - D) Hipocondría. _____

- 4.- *De entre los instrumentos de evaluación que se presentan ¿cuál sería necesario administrar a esta paciente con la finalidad de obtener información relevante acerca del trastorno principal que presenta?*
 - A) El Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (ASI; Peterson y Reiss, 1993).
 - B) El inventario de Ansiedad-rasgo (STAI-T; Spielberger et al., 1983).
 - C) La Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS; Watson et al., 1988).
 - D) El Cuestionario de Conducta de Enfermedad (IBQ; Pilowsky, 1977).

SEGUNDA PARTE

- 5.- *¿Por qué motivo puede ser conveniente utilizar una entrevista semiestructurada como la ADIS-IV-L (Di Nardo, Brown & Barlow, 1994) para realizar el diagnóstico principal de esta paciente?*
- A) Resulta eficiente para ahorrar tiempo ya que, al estar estructurada cualquier persona aún teniendo escasa experiencia clínica puede administrarla.
 - B) El clínico tiene una guía a seguir que le ayuda a no olvidar, o pasar por alto, información relevante para poder llevar a cabo el diagnóstico.
 - C) Resulta muy eficiente ya que el paciente se la pueda auto-aplicar ahorrando, por tanto, tiempo del terapeuta.
 - D) Resulta muy útil ya que puede quedar adecuadamente almacenada la información relevante del paciente recabada por el terapeuta.
- 6.- *¿Qué técnica de intervención es conveniente utilizar para tratar las conductas de evitación a los estímulos externos (p.ej., espacios cerrados, conciertos, teatros, alejarse de casa) que presenta esta paciente?*
- A) Reestructuración cognitiva.
 - B) Exposición interoceptiva.
 - C) Ensayos de conducta.
 - D) Exposición en vivo.
- 7.- *¿Qué estrategia técnica de intervención es más conveniente utilizar con el objetivo de mostrar a la paciente el papel que tienen sus cogniciones acerca de las consecuencias de tener ataques de angustia o pánico (miedo a desmayarse o a perder el control) en el mantenimiento del problema?*
- A) Ensayo de conducta.
 - B) Experimentos conductuales.
 - C) Técnicas de aceptación o mindfulness.
 - D) Todas ellas.
- 8.- *Teniendo en cuenta el conjunto de problemas y síntomas que presenta la paciente, ¿cuál de las siguientes estrategias terapéuticas **NO** sería conveniente utilizar?*
- A) La técnica de solución de problemas.
 - B) El entrenamiento en respiración lenta.
 - C) La programación de tareas graduadas.
 - D) La reestructuración cognitiva.
- 9.- *¿Qué procedimiento de los que se indican sería más adecuado para abordar el cambio de los pensamientos catastróficos que presenta la paciente (miedo a desmayarse, tener un ataque al corazón, ahogarse o perder el control)?*
- A) El análisis funcional cognitivo.
 - B) La hora de preocuparse.
 - C) La técnica de reprocesamiento emocional.
 - D) La reestructuración cognitiva.

SEGUNDA PARTE

- 10.- **Señale cuál de las siguientes manifestaciones que presenta la paciente constituye una conducta de seguridad que está manteniendo el problema y que, en consecuencia, es un objetivo terapéutico:**
- A) Abandonar en alguna ocasión el lugar donde se encontraba al comenzar a sentir mareos muy fuertes.
 - B) Evitar ver o leer información (en revistas, películas, etc.) que tenga que ver con enfermedades infantiles.
 - C) Identificar las salidas cuando acude a lugares donde hay mucha gente por si las tuviera que necesitar.
 - D) Evitar tomar algunos medicamentos o comidas por miedo a que le sienten mal o le produzcan alguna alergia.
- 11.- **Cuando se inicia una sesión de Exposición in vivo por problemas similares a los de esta paciente, hay algunos síntomas que suelen presentarse en primer lugar. Indique cuál de los que se enumeran es el más probable:**
- A) Sensación de mareo
 - B) Sensación de falta de aire
 - C) Palpitaciones
 - D) Puede variar de una sesión de exposición a otra

SEGUNDA PARTE

SUPUESTO - CASO CLÍNICO 2

J.A. es un paciente varón de 29 años, que ingresa de forma involuntaria procedente del servicio de Urgencias por alteraciones conductuales. No es fumador, y en el pasado ha consumido de forma ocasional alcohol y cannabis, con algún consumo puntual de cocaína. No existe diagnóstico psiquiátrico previo, y dos años antes de este ingreso realizó consulta en el Centro de Salud por sentimientos de extrañeza y tristeza, y acudió a tratamiento con Médico de Atención Primaria durante 3 meses. Lo dejó y empezó a seguir algunos tratamientos homeopáticos y dietas "especiales" para conseguir una mejoría de su estado de ánimo.

Es natural de una gran ciudad. Es el tercero de cuatro hermanos (varón 3 años mayor, mujer 1 año mayor y varón 3 años menor). El embarazo, parto y desarrollo psicomotor se describen como normales. Enuresis nocturna hasta los 11 años. Tartamudeo en la infancia que persiste en situaciones de tensión. Escolarización normal: era un niño activo, hablador y revoltoso en clase, pero estudiante normal e integrado socialmente. A partir de los 18 años, se aísla en casa, restringe el ocio compartido y relaciones con amigos, rehúye las relaciones familiares y las responsabilidades, y se dedica al dibujo y la pintura. Desde los 18 a los 25 años inicia diferentes cursos de formación que abandona casi al empezar, y realiza trabajos temporales en bares y en la construcción. Casi siempre abandona por la presión del padre que ridiculiza sus intentos y minusvalora lo conseguido. A los 26 años, inicia un curso de dibujo y pintura, que abandona por sentirse incapaz de concentrarse y diferenciar adecuadamente los colores y formas. En el momento del ingreso lleva tres años sin trabajar, y convive en el domicilio familiar con sus padres (jubilados) y su hermano menor. Heterosexual, ha mantenido varias relaciones de alguna intensidad, pero sólo una relevante para él, que se mantiene en el momento del ingreso. No mantiene otras relaciones cercanas de amistad.

Personalidad previa y clima familiar: Sus padres lo definen como sensible y cariñoso, aunque "cabezón", terco, con poca tolerancia a la frustración, frente a la que reacciona con explosiones de ira de escasa intensidad y sobre todo con aislamiento. Le cuesta expresar pensamientos abstractos o emociones complejas; tiende a lo concreto, "no sabe leer entre líneas ni capta la ironía". Dependiente en todo lo cotidiano de su madre. Su padre expresa frustración por en lo "que se ha convertido su hijo" y manifiesta conducta activa de rechazo a su comportamiento habitual. J.A. define a su padre como una persona ordenada, maniático, rígido y solitario, y a su madre como una persona ordenada, protectora, entrometida y sociable. La relación de pareja de los padres es complicada: cada miembro de la pareja mina la autoridad del otro frente a los hijos, y en ocasiones se producen elevados niveles de hostilidad mutua. J.A. siente que ha cambiado muchas de las cosas por temor a los enfrentamientos entre sus padres, y tiene esta sensación desde que era pequeño, aunque ahora es más intensa. Expresa una relación de rabia contenida hacia su padre y de dependencia hacia su madre.

En los últimos 8 años, refiere un incremento de lo que él llama su "mal cambio": aislamiento progresivo, evitación del contacto con familiares y amigos, se empieza a interesar por el mundo de "los fantasmas", se vuelve más introvertido y menos comunicativo. Se evidencia una creciente suspicacia que se concreta en un miedo a que le perjudiquen y le hagan enfermar, con frecuentes enfrentamientos con su padre. Se niega a comer los alimentos preparados por su madre e inicia una conducta alimentaria anárquica y descompensada. Pierde interés por la pintura, o solo le interesa para pintar su cuerpo que se embadurna en ocasiones con pinturas y

SEGUNDA PARTE

cremas; pierde interés sexual y presenta un comportamiento inadecuado: se pasea desnudo por la casa, come con las manos, se niega a usar jabón). En estos años su hermano y hermana mayores se emancipan y "huyen" del domicilio familiar, lo que es motivo de reproches del padre y de comprensión culposa de la madre: "yo comprendo que no tienen porqué aguantar esto, yo soy su madre y no tengo más remedio".

En los meses previos al ingreso, se instaura una sensación creciente de perplejidad, con numerosos soliloquios, discurso divagante, desorganizado e incoherente, importante desinhibición sexual que refiere no poder controlar y que vive como impuesta por su madre y su padre. Presenta también musitación y comienza a hablar con "sus amigos invisibles" con los que mantiene conversaciones agotadoras.

En la entrevista exploratoria, se muestra tranquilo, abordable, colaborador, consciente y orientado, en un estado de alerta y con un contacto escindido, con perplejidad y mirada esquiva.

Su discurso es espontáneo, con aumento del tiempo de latencia en las respuestas, incoherente, disgregado, con frecuentes descarrilamientos, no estructurado, tangencial, divagante, con tendencia al concretismo. No presenta alteraciones del ánimo, aunque se muestra perplejo por lo que le está sucediendo. Mantiene una adecuada resonancia afectiva. No presenta auto ni heteroagresividad, y expresa conciencia parcial de enfermedad, o de que le "ocurre algo raro, paranormal". Considera que sus padres están contentos con lo que le está pasando, y cree que algo tienen que ver en ello. La evaluación psicológica inicial descarta dificultades en la capacidad intelectual, y se evidencia una personalidad extrovertida, emocionalmente espontánea, con una impulsividad ambientalmente adaptada. En su funcionamiento habitual utiliza la intelectualización como estrategia defensiva y de evasión, con vivencia de circunstancias externas perturbadoras y un aumento de la actividad ideativa. Conserva un alto nivel de aspiraciones personales y hace desesperados intentos para evitar sentirse invadido emocionalmente. La imagen de sí mismo está desvalorizada y predominan el aislamiento y la presencia de componentes hostiles hacia sí mismo y hacia el entorno.

Tras la instauración de tratamiento psicofarmacológico y psicoterapia de apoyo y direccional, con abordaje sistémico de la problemática familiar, la evolución de J.A. durante la hospitalización (4 semanas) ha sido favorable: Menor presión de pensamiento, mayor agilidad mental, disminución de la sensación de perplejidad, se mantiene la tendencia al aislamiento, y disminuyen "las conversaciones con sus amigos invisibles", mejora la relación familiar y disminuye algo la conciencia delirante.

PREGUNTAS

- 1.- *En cuál de las categorías generales que se especifican se encuadra el diagnóstico principal de J.A.:*
- A) Trastornos mentales orgánicos
 - B) Trastornos mentales y del comportamiento originados por el consumo de tóxicos
 - C) Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
 - D) Trastornos del estado de ánimo

SEGUNDA PARTE

- 2.- *Según lo establecido en el CIE-10, ¿qué criterios diagnósticos cumpliría actualmente el paciente para un trastorno del Eje I?*
- A) Esquizofrenia
 - B) Trastorno del estado de ánimo
 - C) Trastornos facticios
 - D) No cumple criterios para ninguno de los trastornos mencionados
- 3.- *Según el DSM-IV-TR, ¿qué criterios diagnósticos se cumplen para un trastorno del Eje II?*
- A) Trastorno histriónico
 - B) Trastorno esquizoafectivo
 - C) Trastorno límite de la personalidad
 - D) No cumple criterios para ninguno de los trastornos mencionados
- 4.- *Indique cuál de los siguientes aspectos describe mejor el estado mental del paciente:*
- A) Tristeza patológica
 - B) Perplejidad
 - C) Dificultad en las relaciones interpersonales
 - D) Problemas sexuales
- 5.- *Las relaciones y ambiente familiares de J.A. se pueden calificar como:*
- A) De alta emoción expresada
 - B) De baja emoción expresada
 - C) Invalidantes y explosivas
 - D) Contenedoras
- 6.- *Algunas creencias de naturaleza disfuncional que aparecen en la descripción del caso hacen referencia a:*
- A) Desamparo e indefensión personal
 - B) Pensamiento dicotómico
 - C) Desconfianza hacia los demás
 - D) Habilidades sociales deficitarias
- 7.- *Suponiendo que considerara adecuado proponer una psicoeducación familiar para la familia de J.A., y para alcanzar eficacia terapéutica según las consideraciones reflejadas por Lam (1991), tendría en cuenta la incorporación de:*
- A) La coterapia
 - B) La interpretación de síntomas
 - C) La modalidad multifamiliar
 - D) La reestructuración cognitiva

SEGUNDA PARTE

- 8.- ***Si considerara trabajar directamente sobre los delirios y las alucinaciones,***
- A) Desarrollaría una estrategia socrática a través de técnicas de potenciación de afrontamiento
 - B) Se centraría en la adherencia farmacológica
 - C) Establecería un programa de habilidades sociales
 - D) Desarrollaría un programa de búsqueda de vivienda alternativa, como estrategia de reinserción social más adecuada
- 9.- ***Cuál de los objetivos terapéuticos iniciales que se indican resulta imprescindible plantearse para el adecuado abordaje terapéutico de este caso:***
- A) Aprender a regular los estados emocionales
 - B) Mejorar la conciencia de enfermedad
 - C) Aumentar la capacidad de autonomía
 - D) Aprender a tolerar el rechazo social
- 10.- ***Indique cuál de las siguientes estrategias terapéuticas considera la más indicada para un tratamiento cognitivo-conductual con J.A.:***
- A) Terapia dialéctica conductual
 - B) Desensibilización sistemática
 - C) Inundación o "flooding"
 - D) Psicoterapia de orientación cognitiva (COPE)
- 11.- ***Considerando el núcleo familiar de J.A., su edad y su patología:***
- A) Lo más adecuado es buscarle un lugar donde vivir
 - B) Es deseable prolongar la hospitalización
 - C) Lo más conveniente es ingresarlo en un centro de larga estancia
 - D) Sería conveniente proponerle su incorporación a un programa de rehabilitación psicosocial

SEGUNDA PARTE

SUPUESTO - CASO CLÍNICO 3

L. es una mujer de 34 años, casada, con una hija de 8 meses. Estudios: FP de grado medio. Abandonó su actividad laboral cuando se casó. Es remitida para valoración de estado y, en su caso, tratamiento psicológico por la unidad de ingreso de psiquiatría tras un intento de suicidio ocurrido el mes anterior: tomó todos los antidepresivos que le quedaban en la caja tras discutir con su marido por un problema menor con la niña. Inmediatamente después de la ingesta, se lo comunicó a su marido, quien la llevó al hospital en donde quedó ingresada una semana. Al alta se le pautó un ISRS (Fluoxetina).

Queja principal motivo de consulta: L. Indica, por este orden, los 2 siguientes: problemas de pareja, y miedo a un nuevo intento autolítico. Los síntomas más evidentes en la entrevista son: Tristeza, irritabilidad/ira y dificultades para controlarla, crisis de llanto (al recordar el intento autolítico), sentimientos de culpa ("soy una mala madre, podía haber dejado a mi hija huérfana"), sensación de vacío e inutilidad personales, dificultades de concentración y planificación (por ej., de actividades cotidianas), insatisfacción vital, desesperanza, deseo sexual inhibido.

Historia personal / familiar. Se crió con su madre y su abuela, ya que su padre sólo convivía con ellas esporádicamente (no estaban casados) y murió cuando J tenía 8 meses. Según L., la abuela era muy estricta y poco afectiva con ella ("nada de lo que hacía le parecía bien, me decía que iba a ser tan desgraciada como mi madre"). Su madre era peluquera y pasaba muy poco tiempo con J ("salía mucho, era muy hippy..., conmigo era cariñosa y me dejaba ir a mi aire...pero casi nunca estaba, no se si me quería o no, cuando le daba las notas del cole siempre le parecían bien, daba igual si suspendía o no,...aunque me esforzaba mucho por ser una niña buena, creo que yo era una carga para ella,.."). No tuvo amistades importantes y duraderas en la infancia y adolescencia. La abuela murió (infarto agudo de miocardio) cuando L tenía 15 años: ambas estaban solas en la vivienda cuando se produjo el fallecimiento. A los pocos días L. desarrolló sintomatología depresiva con ideación suicida ("me sentía culpable, por si mi abuela había muerto por mi culpa, habíamos discutido porque yo quería salir y ella no me dejaba"), que remitió con tratamiento farmacológico. No obstante, al poco tiempo comenzó a restringir su alimentación de forma drástica: en un año adelgazó 20 kg., se instauró amenorrea, hizo un intento autolítico (ingirió alcohol con benzodiazepinas), y fue ingresada en una unidad de trastornos alimentarios durante 2 meses. Respondió bien al tratamiento, recuperó su peso normal, normalizó hábitos alimentarios, y fue dada de alta. Se instaura un período vital de relativa normalidad: termina sus estudios, comienza a trabajar, hace algunas amistades (de las que conserva una en la actualidad), y a los 17 años tiene su primer novio "formal". La relación fue problemática desde el inicio, con discusiones frecuentes que, en algunos casos, incluyeron agresiones físicas por ambas partes. Cuando L. cumplió 18 años su madre sufrió un infarto cerebral y falleció 2 años después. Las relaciones con el novio se normalizaron pues durante esos 2 años no hubo peleas ni rupturas. L pasaba la mayor parte del tiempo con su madre, que requería hospitalizaciones frecuentes y prolongadas. Al morir la madre, L. inició la convivencia con su pareja, empezó a trabajar, y se casó al cumplir 21 años. Al regresar del viaje de novios reaparecieron y se agudizaron los problemas de pareja, incluidas las agresiones físicas mutuas que, según L., eran iniciadas siempre por ella. En uno de esos episodios, L. amenazó con tirarse por la ventana, lo que finalmente hizo. No hubo

SEGUNDA PARTE

lesiones de importancia (vivían en un primer piso), pero el marido decidió iniciar los trámites de divorcio, que se materializó tras 5 años de matrimonio.

La separación fue de mutuo acuerdo y comenzó lo que ella llama *"la etapa del encuentro conmigo misma"*. Su estado de ánimo mejoró mucho (*"sentía que podía lograr cualquier cosa"*), emprendió una actividad social y laboral intensa que la llevó a viajar por distintos lugares del país, tuvo varias parejas ocasionales, inició diversas actividades (inglés, tenis...) que, sin embargo, abandonaba al poco tiempo. Al final de ese período empezó a embarcarse en actividades de riesgo (ingesta excesiva de alcohol y tóxicos). Adoptó también algunas decisiones financieras de riesgo (préstamos bancarios, juegos de azar) que acabaron por ponerle en apuros económicos graves. Su estado de ánimo decayó de nuevo y retornó la ideación suicida. En esta ocasión, gracias a la ayuda de una amiga (la única que ha mantenido a lo largo de su vida) decidió que debía encauzar su vida *"y no repetir los errores de mi madre"*. Se fijó como objetivo vital casarse *"con un buen hombre y formar una gran familia con muchos hijos"*. Conoció por entonces a su actual marido, y tras un breve período de convivencia, se casaron y enseguida quedó embarazada de su hija. El embarazo resultó ser de alto riesgo (tuvo que guardar reposo la mayor parte del tiempo). Cuando se acercó el momento del parto, presentó un nuevo episodio depresivo y pidió a su marido (con quien ya había empezado a mantener discusiones a diario) para que dejara su trabajo y la cuidara *"porque tenía miedo de quedarme sola..., no sabía qué era capaz de hacer..., y yo quería tener a mi niña"*. Después del parto se agudizó el cuadro depresivo que fue tratado con un ISRS. Los síntomas predominantes al inicio del cuadro eran irritabilidad extrema, insomnio, sentimientos de vacío, anhedonia, y pérdida de libido. Estos síntomas no han remitido con la medicación y culminan con un intento de suicidio que es el que motiva la consulta actual. Actualmente las discusiones con su marido son muy frecuentes y se acompañan habitualmente de agresiones verbales y/o físicas (solo por parte de ella). Se describe en estos términos: *"no sé quién soy ni lo que quiero..., no me reconozco a mi misma cuando insulto o pego a X (su marido)... mi abuela se moriría de vergüenza si me viera hacer estas cosas, con lo estricta que era.... Yo elegí a X por sus cualidades, tiene todo lo que yo buscaba en un hombre ... no sé por qué ahora no lo quiero, en realidad no sé lo que siento por él... puede que nunca le haya querido... me he cansado de él, ... yo quería casarme y tener hijos y ahora ya no sé qué quiero... no sé qué hacer con mi vida, no veo futuro... soy mala persona..."*.

PREGUNTAS

- 1.- **En cuál de las categorías generales que se especifican se encuadra el diagnóstico principal de L (criterios DSM-IV-TR):**
- A) Trastornos del estado de ánimo
 - B) Trastornos del control de los impulsos
 - C) Trastornos de la personalidad
 - D) Trastornos adaptativos

SEGUNDA PARTE

- 2.- *Según lo establecido en el DSM-IV-TR, ¿qué criterios diagnósticos cumpliría actualmente la paciente para un trastorno del Eje I?*
- A) Trastorno depresivo mayor recidivante
 - B) Trastorno de la conducta alimentaria
 - C) Trastorno Bipolar II
 - D) No cumple criterios para ninguno de los trastornos mencionados
- 3.- *Según el DSM-IV-TR, ¿qué criterios diagnósticos cumpliría la paciente para un trastorno del Eje II?*
- A) Trastorno histriónico
 - B) Trastorno esquizoafectivo
 - C) Trastorno límite de la personalidad
 - D) Trastorno de personalidad por dependencia
- 4.- *Indique cuál de los siguientes aspectos describe mejor el estado mental de la paciente:*
- A) Tristeza patológica
 - B) Inestabilidad o desregulación emocional
 - C) Dificultad en las relaciones interpersonales
 - D) Problemas sexuales
- 5.- *Las relaciones y ambiente familiares de L durante su infancia se pueden calificar como:*
- A) Invalidantes y de apego inseguro
 - B) Reforzantes discontinuas
 - C) Normativas
 - D) Laxas
- 6.- *Según la información que se aporta en la descripción de sí misma que hace L, se pueden apreciar algunas creencias de naturaleza disfuncional que, según diversos autores (por ej., Bahr, Beck, Butler) hacen referencia a:*
- A) Desamparo e indefensión personal
 - B) Pensamiento dicotómico
 - C) Desconfianza hacia los demás
 - D) Habilidades sociales deficitarias
- 7.- *En el supuesto de que decidiera utilizar un protocolo de entrenamiento en habilidades sociales para L, ¿cuáles de los componentes que se indican sería necesario incluir?*
- A) Exposición con prevención de respuesta a las situaciones que provocan ansiedad o miedo, reestructuración cognitiva (tipo Beck), y auto-registros de conducta
 - B) Modelado, ensayos de conducta, retroalimentación/reforzamiento, y habilidades de comunicación interpersonal.
 - C) Ensayos de conducta, reestructuración cognitiva (tipo Beck), y desensibilización sistemática
 - D) Automodelado encubierto, imaginación guiada, terapia implosiva.

SEGUNDA PARTE

- 8.- **Indique cuál de los siguientes módulos terapéuticos y orden de aplicación, sería el más adecuado en este caso:**
- A) 1º: Terapia cognitiva para la depresión; 2º: Entrenamiento asertivo
 - B) 1º: Entrenamiento en habilidades sociales; 2º: Entrenamiento en expresión y regulación de emociones
 - C) 1º: Entrenamiento asertivo; 2º: Fomento de la autonomía
 - D) 1º: Entrenamiento en relajación progresiva; 2ª: Terapia de pareja
- 9.- **Cuál de los objetivos terapéuticos que se indican resulta imprescindible plantearse para el adecuado abordaje terapéutico de este caso:**
- A) Mejorar la capacidad de decisión
 - B) Aprender a regular los estados emocionales
 - C) Aumentar la capacidad de autonomía
 - D) Aprender a tolerar el rechazo social
- 10.- **Indique cuál de las siguientes estrategias terapéuticas es la más indicada para iniciar un tratamiento cognitivo-conductual con L:**
- A) Inoculación de estrés
 - B) Desensibilización sistemática
 - C) Intención paradójica
 - D) Terapia dialéctica conductual
- 11.- **Una de las principales demandas terapéuticas de esta paciente es resolver su temor a un nuevo intento autolítico. ¿Cuál sería la mejor estrategia terapéutica en este caso?**
- A) Tranquilizar a la paciente y asegurarle que no le sucederá nada malo mientras acuda a tratamiento
 - B) Explicarle que sus intentos suicidas son consecuencia de un estrés post-traumático no resuelto (la muerte de su abuela), y que por tanto, primero hay que abordar ese trastorno
 - C) Mostrar acuerdo con la paciente en que ese es un objetivo terapéutico primordial
 - D) Ignorar la petición y plantear el diseño terapéutico que nos parezca más adecuado

SEGUNDA PARTE

SUPUESTO - CASO CLÍNICO 4

Niña de 7 años derivada por el pediatra para evaluación y posible tratamiento por presentar varias crisis de ansiedad. *Motivo de consulta:* Los padres manifiestan su preocupación sobre las crisis consistentes en temblores, dolor abdominal, mareo, vómitos e hiperventilación. La niña verbaliza tener miedo en esas ocasiones. La primera crisis se produjo cuando tenía 6 años y hasta el momento de la consulta se han producido al menos cuatro más. No parece haber factores desencadenantes. Síntomas asociados: *Quejas somáticas recurrentes de diversa índole* (cefaleas, dolor de piernas, náuseas, dolor de garganta), temores sobre posibles enfermedades, miedo a la muerte, a la oscuridad, a la soledad y afecto triste. Todos los síntomas se intensifican momentos antes de acostarse, sobre todo en presencia de la madre que, en ocasiones, se angustia y llama al padre para que calme a la niña.

Anamnesis: Embarazo y parto sin problemas, fue una niña muy deseada. La madre describe la relación con su hija como algo especial ("siempre estuve muy unida a ella", "las dos nos hacíamos compañía"). Tomó 15 días pecho y después biberón porque no le alimentaba. Buena tolerancia a los cambios de alimentación, en la actualidad come con ansiedad y dice tener hambre constantemente. Dificultades en el sueño desde siempre. El primer año dormía en una cuna en la habitación de los padres. Desde que le cambiaron a su propia habitación se levanta por las noches y se va a la cama de los padres, y en ocasiones tiene pesadillas. Alarga cuanto puede el momento de irse a dormir esperando al padre: a veces la madre y las dos niñas se quedan dormidas en el salón y es el padre quien las acuesta cuando llega de trabajar. Deambulación hacia el año, control de esfínteres alrededor de los 2 años. Desarrollo del lenguaje sin dificultades. Escolarización en guardería a los dos años y medio, con problemas para dormir la siesta, la niña quería "que fuera siempre de día". Buen rendimiento en el colegio en su curso correspondiente de primaria. Buenas relaciones con los profesores y compañeros. La madre la viste y la ducha. Los padres la describen como muy obediente, responsable y reservada. La niña le dice frecuentemente a su madre "*quiero ser pequeña siempre y no crecer*".

Composición familiar: Padre de 38 años, madre de 36 y una hermana menor de 4. Los padres son propietarios de un bar. El padre trabaja todo el día y vuelve a casa sobre las 24:30 h., y la madre trabaja en el bar por la mañana. La madre y las niñas comen a diario en casa de los abuelos maternos y pasan con ellos toda la tarde. Hasta que nació la hermana pequeña, la madre trabajaba también todo el día y la paciente quedaba al cuidado de la abuela hasta que los padres llegaban por la noche, pero no se quedaba dormida hasta que los padres la recogían. La abuela es permisiva y hace todo lo que quieren las nietas, mientras que el abuelo es más normativo. Las niñas prefieren que el abuelo no esté, y la madre verbaliza que "a mí me pasaba lo mismo". La madre manifiesta que ella es también bastante ansiosa y ha tenido alguna crisis de ansiedad sin motivo aparente, asociadas a dolores de cabeza y de garganta. El padre se muestra más contenedor y firme frente a las quejas y reacciones de la niña, y piensa que la madre es demasiado blanda. La madre se queja de que el padre está todo el día trabajando y ella está siempre sola con las niñas. Las relaciones entre las hermanas se pueden calificar de adecuadas.

SEGUNDA PARTE

PREGUNTAS

- 1.- *¿Cuales son los síntomas más importantes a considerar para realizar un diagnóstico?*
 - A) Problemas en la escolarización y ánimo triste
 - B) Irritabilidad, oposicionismo y quejas somáticas
 - C) Dificultades de sueño, alimentación y elevada ansiedad
 - D) Inmadurez y fabulación

- 2.- *En términos generales el cuadro clínico se podría situar en la esfera de:*
 - A) La exacerbación de dificultades en el desarrollo
 - B) Problemas derivados de normas inconsistentes
 - C) Poca tolerancia a la frustración
 - D) Dificultades en el proceso de separación-individuación

- 3.- *Según la CIE-10 ¿qué diagnóstico sería aplicable?*
 - A) Trastorno de separación en la infancia
 - B) Trastorno de hipersensibilidad social en la infancia
 - C) Trastorno de ansiedad fóbica de la infancia
 - D) Trastorno de ansiedad generalizada en la infancia

- 4.- *La figura materna presenta las siguientes características:*
 - A) Segura, firme y cariñosa
 - B) Frágil, ansiosa y dependiente
 - C) Normativa y rígida
 - D) Negadora y ausente

- 5.- *La figura paterna presenta las siguientes características:*
 - A) Autoritario y normativo
 - B) Inseguro y ambivalente
 - C) Poco contenedor y rígido
 - D) Contenedor pero ausente

- 6.- *En las entrevistas de evaluación de cara a un posible tratamiento qué elemento, de los que figuran a continuación, es necesario valorar:*
 - A) El nivel de inteligencia
 - B) El cociente de desarrollo
 - C) La capacidad de control de la frustración
 - D) La vivencia de malestar en la niña

- 7.- *En el caso de aplicar un tratamiento de psicoterapia de orientación dinámica ¿cual sería el enfoque más adecuado para este caso?*
 - A) Psicoterapia con técnica verbal con la niña
 - B) Psicoterapia de pareja y entrevistas con la niña
 - C) Psicoterapia con técnica de juego con la niña y entrevistas con los padres
 - D) Psicoeducación con los padres

SEGUNDA PARTE

- 8.- *¿Cuál sería el primer objetivo terapéutico en el tratamiento con la niña?*
- A) Establecer una alianza terapéutica
 - B) Disminuir la ansiedad
 - C) Disminuir los síntomas somáticos
 - D) Aumentar la confianza en sí misma
- 9.- *¿Qué objetivos terapéuticos sería necesario trabajar con los padres?*
- A) La relación de pareja y la relación con la niña
 - B) El adecuado establecimiento de normas y límites
 - C) Que comiencen una psicoterapia individual
 - D) La dependencia de la madre en relación con la niña
- 10.- *¿Qué objetivos terapéuticos es necesario trabajar con la niña a lo largo del tratamiento?*
- A) El papel que juegan los síntomas somáticos y la ansiedad en la relación con la madre
 - B) La adecuación a las normas y el aumento de la capacidad de frustración
 - C) Aumentar la confianza en su capacidad para estar sola
 - D) Mejorar la relación con los padres
- 11.- *Para iniciar un tratamiento de psicoterapia de orientación dinámica, con este caso, es necesario:*
- A) Evaluar los síntomas y trabajar cada uno de ellos empezando por el más grave
 - B) Valorar los mecanismos de defensa y trabajarlos como objetivo prioritario
 - C) Analizar el foco del conflicto y marcar objetivos terapéuticos en un tiempo limitado
 - D) Estudiar los puntos de regresión en el desarrollo y analizarlos en relación con los síntomas

SEGUNDA PARTE

SUPUESTO - CASO CLÍNICO 5

C. R. es una mujer que acude a consulta de psicología clínica derivada por su médico de cabecera de una compañía aseguradora privada. El volante fue emitido hace un mes y no ha realizado consulta antes porque, según refiere, "no tengo ganas de hablar de mi vida". Tiene 52 años, trabaja como ama de casa y dependienta desde hace doce años en unos grandes almacenes. Está casada con un hombre de su misma edad que trabaja como taxista. Vive en una ciudad, su estatus social es el propio de clase media, y realizó estudios medios. Sus padres viven de forma independiente y son autónomos. También tiene dos hermanos menores varones. Con toda su familia de origen mantiene una relación que califica como "muy buena, soy quien soy gracias a ellos". Tiene una única hija, independiente desde hace seis meses, Licenciada en Derecho de la que dice que es "mi mayor satisfacción en la vida, pero tengo miedo a que ya no me necesite". Se siente "muy valorada por su marido, siempre me ha apoyado mucho". Tiene dos amigas "íntimas" y refiere una excelente relación con sus compañeras de trabajo. Está integrada en un grupo parroquial católico "para ayudar a los necesitados". Afirma que "siempre pensé que el mayor valor de una persona es el de ser útil y hacer felices a los demás" y que "el amor siempre es devuelto como pago por nuestras acciones".

Su presentación física es ligeramente descuidada. Se queja de que "me siento mal, no sé que me pasa ni como salir de esto, nunca creí que pudiera caer en una depresión, nunca he tenido que ir a un psicólogo ni a un psiquiatra". Mientras habla intenta contener las lágrimas sin lograrlo totalmente. Refiere que se encuentra de baja laboral desde hace tres semanas porque no logra atender adecuadamente a las clientas ya que no tiene la fuerza y la energía de antes. También dice que se siente "una inútil total" y que "estoy fallando a todos quienes me están apoyando". Se siente desanimada y cansada, le cuesta conciliar el sueño, descansa mal, siente que tiene menos apetito que antes y dice que "ando nerviosa todo el día". Reconoce que nada la divierte ni la hace disfrutar y dice que "nunca tuve mucho interés por la relación matrimonial (en referencia a la relación sexual con su esposo), pero ahora incluso me molesta", y ello le preocupa por cómo pueda estar sintiéndose su marido. Le cuesta "decidir las cosas más tontas, me cuesta pensar, y estoy todo el día dándole vueltas a las mismas tonterías". En un momento de la entrevista inicial parece reaccionar con una leve sonrisa a un comentario valorativo sobre el esfuerzo que ha debido hacer para progresar en la vida y dedicarse a los demás. En otro momento, en la exploración de ideación autolítica comunica que "he llegado a pensar en que no me importaría morirme", pero no ha considerado el suicidio porque "no podría hacerle eso a mi familia ni me está permitido". Se define como "una persona normal, más bien tranquila, trabajadora, a veces me enfado pero eso no es bueno y es muy costoso como leí en la novela del oso cavernario, procuro llevarme bien con todos y siempre ayudar a los demás en lo que pueda...pero ya no sé".

Su última revisión médica la realizó hace tres semanas. Su estado general de salud era bueno. Padeció un proceso gripal importante hace tres meses por el que estuvo una semana de baja, y apunta que "fue mi primera baja en la empresa, y ya vé, en dos meses otra", "mi médico me dijo que pudo haberme influido en esto que me pasa". Completó la menopausia hace un año. Como otros antecedentes destacan: hepatitis A en la infancia, resección quirúrgica hace cinco años de lesión cancerosa en cérvix. Realizó revisión ginecológica hace seis meses sin que se

SEGUNDA PARTE

encontraran alteraciones, aunque refiere que "en estas semanas, algunos días no me sacaba de la cabeza que eso estuviera ahí otra vez".

El estado que describe comenzó a manifestarse hace aproximadamente tres meses coincidente con la no obtención de una promoción profesional al puesto de supervisora de sección, y no se ha agravado. Esperaba su concesión porque "me sentía muy querida por la empresa y por todos, porque trabajé mucho" y refiere que cuando fue ocupado ese puesto por otra compañera de otra sección se sintió "humillada, como si fuera un trapo" y que esa noche "no dormí dándole vueltas a todo: a que sentido tenía lo que hacía, a quien era y lo que valía para los demás, a si realmente me querían", y en los días siguientes "llegué a pensar que se habían compinchado contra mí, mire usted que tontería, y sentía que odiaba a mis compañeras y a la empresa, hasta que logré vencer ese sentimiento que nunca fue parte de mí". Respecto al origen de este estado cree que se debe a que "quizás todo fue porque estaba en un momento bajo, por la gripe".

PREGUNTAS

- 1.- *¿Cuál de los siguientes instrumentos elegiría como el más indicado para realizar una evaluación categorial de la depresión?*
 - A) MMPI-2
 - B) Escala de evaluación de Hamilton para la depresión
 - C) Inventario de depresión de Beck
 - D) Ninguno de los mencionados

- 2.- *¿Qué factor de los siguientes incrementa la probabilidad de recurrencia del trastorno que presenta la paciente?*
 - A) Ausencia de episodios maníacos
 - B) Edad de presentación
 - C) Nivel educativo
 - D) Todos los citados

- 3.- *Tendría indicación en el tratamiento de esta paciente el examen de los sentimientos generados en la relación terapéutica?*
 - A) No, porque fomentaríamos la regresión
 - B) Sí, cuando el modelo y formato terapéutico son psicoanalíticos
 - C) No, porque no son relevantes en la etiología del trastorno
 - D) Sí, como modelo de interacción de la paciente en otras relaciones

- 4.- *¿Qué factor de vulnerabilidad para la depresión es identificable en la paciente?*
 - A) Sociotropía
 - B) Autonomía
 - C) Misticismo
 - D) Hipocondriasis

SEGUNDA PARTE

- 5.- *En la exploración del estado psíquico y social, ¿qué complicación puede plantear al psicólogo/a clínico/a una paciente con un trastorno como el aquí descrito?*
- A) El estilo atribucional inestable ante sucesos negativos
 - B) La excesiva disociación y proyección
 - C) La falta de interés y motivación
 - D) El apoyo social percibido
- 6.- *Según la clasificación internacional de enfermedades de la OMS, ¿qué diagnóstico correspondería al cuadro clínico presentado?*
- A) Reacción depresiva prolongada
 - B) Episodio depresivo moderado
 - C) Trastorno mixto ansioso-depresivo
 - D) Trastorno adaptativo con sintomatología depresiva
- 7.- *Ya realizada una primera evaluación diagnóstica, ¿en qué centraría las primeras sesiones terapéuticas?*
- A) En enseñar a identificar esquemas subyacentes
 - B) En evaluar con la paciente la racionalidad de sus pensamientos
 - C) En enseñar a identificar pensamientos automáticos disfuncionales
 - D) En mostrar la conexión entre pensamiento-emoción-conducta
- 8.- *Desde un planteamiento terapéutico cognitivo, ¿se incluirían técnicas conductuales en el tratamiento de pacientes como la aquí descrita?*
- A) Sí, en cualquier caso
 - B) No, excepto que modifiquemos el planteamiento terapéutico
 - C) Sí, pero sólo si el estado de la paciente es grave
 - D) Sí, siempre que se resuelva la anergia
- 9.- *¿Estaría indicada en el tratamiento de la paciente la terapia de pareja?*
- A) No, si en el análisis funcional no se establece que la insatisfacción marital precede a la depresión
 - B) Sí, siguiendo un modelo de terapia conductual de pareja
 - C) Sí, independientemente del modelo terapéutico ha de introducirse un módulo de terapia de pareja
 - D) No, excepto que la depresión cause efectos en la relación de pareja
- 10.- *¿Cómo aplicaría en este caso la técnica de "fomento del afecto" en el marco de la terapia interpersonal?*
- A) Promoviendo en la paciente la expresión de afectos positivos hacia las personas significativas
 - B) Atendiendo el/la terapeuta con especial cuidado a la expresión de aceptación incondicional de la paciente
 - C) Estimulando la expresión de afectos suprimidos
 - D) Estimulando la autovaloración y promoviendo la autoestima

SEGUNDA PARTE

- 11.- *¿En qué momento del proceso de atención y tratamiento realizaría evaluación psicológica clínica?*
- A) En las primeras sesiones
 - B) En la fase de tratamiento
 - C) Al final del tratamiento, para valorar la eficacia
 - D) Todas son correctas