

CASOS CLÍNICOS

**TODO EL MATERIAL,
EDITADO Y PUBLICADO
POR EL CENTRO DOCUMENTACIÓN
DE ESTUDIOS Y OPOSICIONES,
ES ÚNICO Y EXCLUSIVO
DE NUESTRO CENTRO.**

ISBN: 978-84-16751-74-7
Depósito Legal: M-17540-2019
EDITA Y DISTRIBUYE: CEDE

ES PROPIEDAD DE:



**CENTRO DOCUMENTACIÓN
DE ESTUDIOS Y OPOSICIONES**

© RESERVADOS TODOS LOS DERECHOS

Prohibida la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier procedimiento, incluyendo la reprografía y el tratamiento informático sin la autorización de CEDE.

AUTORES

José Luis Santos Ruiz

Psicólogo Especialista en Psicología Clínica.
FEA Psicología Clínica Hospital Complejo Hospitalario de
Toledo.
Hospital Virgen de la Salud. SESCAM.

Luis Javier Sanz Rodríguez

Doctor en Psicología.
Psicólogo Especialista en Psicología Clínica.
FEA Psicología Clínica Hospital Universitario de Guadalajara.
SESCAM.

INTRODUCCIÓN “GUÍA DE CASOS”

¿Por qué una Guía de Casos Clínicos?

La **“Guía de Casos Clínicos”** que tienes en tus manos es un proyecto que ve la luz tras haberle dado muchas vueltas al formato, la utilidad de la misma, el público a quién va dirigido, etc, en definitiva, a si realmente una publicación de estas características puede tener alguna utilidad y merecía la pena el esfuerzo. Para entender todo el proceso, podríamos remontarnos a una pregunta frecuente que nos hacemos muchos Residentes de Psicología Clínica, a veces desde los primeros meses de residencia, ¿y después del PIR qué ocurre?.

Esta pregunta no tiene una única respuesta. Aquellas personas que continúan trabajando en el Sistema Público de Salud (*con todos los matices autonómicos que esto supone*), antes o después deberán volver a examinarse a través de una Oferta Pública de Empleo (*OPE en adelante*) con el resto de especialistas sanitarios para consolidar su plaza como Psicólogo Clínico.

En la reciente historia del desarrollo profesional en Psicología Clínica (¡en 1976 había menos de 10 Psicólogos en todo el sistema sanitario!), en estas OPEs, además de un temario común de la especialidad, los casos clínicos han sido los protagonistas en la parte específica de la especialidad: la evaluación e intervención en distintos ámbitos de la Psicología Clínica en el Sistema Público de Salud.

Todos los opositores que nos hemos enfrentado a dicha situación hemos recurrido a las fuentes habituales, encontrándonos con muchas dificultades para encontrar bibliografía específica sobre casos clínicos aplicados. Con esta Guía buscamos ofrecer un material ordenado y representativo de los casos clínicos que ya han aparecido en distintas OPEs, complementando dichos casos con otros de nueva elaboración para ofrecer una muestra representativa.

¿Cómo?

En la primera parte de la Guía aparecen recopilados los casos publicados en las OPEs de País Vasco, Andalucía, Canarias, Castilla la Mancha, Madrid con las respuestas planteadas. En dichos casos, se observa una heterogeneidad importante, reflejo de la complejidad y la realidad clínica asistencial de nuestra profesión y del sistema público.

En la segunda parte, añadimos 12 casos clínicos nuevos con preguntas tipo test propuestas para intentar dar cobertura a los temas más frecuentes y relevantes de la práctica clínica. La estructura de dichos casos, y las preguntas propuestas, intenta asemejarse al denominador común de la mayoría de casos clínicos que ha aparecido en diversas OPEs: evaluación y diagnóstico

diferencial, epidemiología y tratamiento -elección de técnicas, protocolos de tratamiento recomendados en las Guías de Práctica Clínica-.

Aspectos previos

La temática de las preguntas de las diversas OPEs puede abarcar todas las áreas relevantes de la Psicología Clínica. Para facilitar la preparación y estudio, la Guía de Casos queda complementada con:

- 1) Selección de **Preguntas tipo TEST comentadas sobre las áreas troncales** (Psicopatología, Psicología Clínica Adultos, Psicología Clínica Infantil, Psicología de la Salud, Evaluación, Psicoterapias y Experimental). Disponibles en papel y en la aplicación CeDeExam.
- 2) **“Guía de tratamientos. Manual CeDe para la preparación PIR”**. En ella se recopilan, agrupados por patologías, los protocolos de tratamiento existentes hasta la fecha con estudios publicados sobre su eficacia, eficiencia y efectividad.
- 3) **“Guía de estudio”**. Orientaciones sobre la preparación con una recopilación de materiales y referencias para su consulta (la mayoría disponibles online de forma libre).

Esperamos que el material que tienes en tus manos cumpla alguno de los objetivos propuestos.

Antes de pasar a los casos clínicos, queremos dar las gracias a todos los pacientes que en estos últimos años nos han acompañado en nuestras consultas a diario, siendo muchos de ellos de guía para los casos propuestos. Sin ellos, este material nunca hubiera sido posible. Por ellos, y para los que vengan. Gracias.

José L Santos, Luis Javier Sanz

“Si amas lo que haces, nunca será un trabajo”

(Confucio)

ÍNDICE GENERAL

El ciclista con miedo	7
Me preocupo por todo	11
Los mataperros	15
Creo que me voy a volver loco	19
Mi casa, mi refugio	23
Una mala racha	27
La vida es un carrusel	31
No me reconozco	35
Recaída	39
Caminando por una autopista	43
Lo mejor de cada casa	47
Mala suerte	51
Operación bikini	55
Cuando crezca ya hablaré	59
Miedo a liarla	63
Me hacen la vida imposible	67
Todo se volvió un infierno	71
Complot	75
Se me murió	79
Todo el mundo me odia	83
La cazuela	87
Apuñalamiento	91
Lágrimas inesperadas	95
Una chica responsable	99
Una vida "sofá-cama"	103
La vecina de arriba	107
Eres como tu padre	111
No sé quién soy	115
Ruidos paranormales	119
Estado de alerta	123
La gente del ordenador	127
Quiero ser siempre pequeña	131
Música de locos	135
Todo controlado	139
Mi marido nunca me ha hecho demasiado caso	143
Me deben tener envidia	147
Miedo de hablar	151
Nadie me quiere	155

EL CICLISTA CON MIEDO

ENUNCIADO

Manuel es un hombre de cuarenta y seis años, casado y con dos hijos, que acude a la consulta de Psicología Clínica del Centro de Salud Mental derivado desde Atención Primaria para valoración por ansiedad. Admite que acude a consulta por la presión de su esposa que le encuentra “insoportable”.

Cuenta que hace aproximadamente un año sufrió un accidente de tráfico. Manuel, aficionado al ciclismo, circulaba en su bicicleta por una carretera secundaria poco transitada y un automóvil le arrolló. El responsable del accidente se había dado a la fuga y el paciente permaneció en el lugar del accidente durante una hora hasta que fue encontrado y atendido médicamente. Como resultado del accidente estuvo 4 meses ingresado en un hospital, requiriendo de 3 intervenciones quirúrgicas y varios meses de rehabilitación.

Inicialmente pensaba que sus secuelas eran exclusivamente físicas. No obstante, cuenta que ya desde un principio no le gustaba hablar del atropello y que ocasionalmente tenía alguna pesadilla con contenidos relacionados con el accidente pero no le daba excesiva importancia. Refiere que también lo pasó mal cuando tuvo que acudir al juicio por el atropello, pero creía que era lo normal y que lo único que necesitaba era cerrar el tema médico y judicial definitivamente.

Hace dos meses la evolución de sus secuelas físicas era tan favorable que los médicos le dieron permiso para volver a montar en bicicleta. Sin embargo, el día que intentó coger la bicicleta no fue capaz. Cuenta que se puso la equipación, el casco y, cuando ya lo tenía todo preparado y estaba a punto de subir a la bicicleta experimentó un ataque de pánico. Como resultado no pudo montar y no lo ha vuelto a intentar.

Aunque después del accidente no había presentado síntomas emocionales significativos, desde el día en que experimentó el ataque de pánico al intentar montar en bicicleta se encuentra tenso e irritable, con respuestas exageradas de ira y sobresalto (se enoja cuando viaja en coche y otro vehículo le adelanta, se excita ante cualquier programa de televisión que le recuerda al accidente y le molestan las conversaciones relacionadas con el ciclismo). Refiere que ha vuelto a tener pesadillas relativas al accidente (mucho más vívidas y frecuentes) y que varias noches a la semana tiene dificultades para mantener el sueño. Evita el lugar del accidente y sus proximidades. Asimismo, en la medida de lo posible evita conducir su automóvil. Cuando viaja con su esposa, ocupa el lugar del copiloto sistemáticamente (en estas situaciones experimenta miedo intenso, tiembla y suda profusamente mientras grita todo tipo de advertencias a la conductora sobre posibles peligros).

Confiesa que progresivamente ha abandonado todos sus contactos sociales. Tampoco muestra ningún interés por sus aficiones previas (jugar al fútbol con sus hijos, lecturas y música). Su esposa le ve amargado, malhumorado, distante e impaciente. Ella describe su relación previa con Manuel como excelente pero dice estar harta de su actitud actual.

PREGUNTAS

1. Según el DSM-5, el diagnóstico del paciente es:

- 1) Trastorno de adaptación con ansiedad.
- 2) Trastorno de adaptación con alteración mixta de las emociones y la conducta.
- 3) Trastorno de estrés postraumático.
- 4) Trastorno por estrés agudo.

2. Según el DSM-5, teniendo en cuenta la situación clínica del paciente podemos emplear el especificador de:

- 1) Crónico.
- 2) Inicio demorado.
- 3) Con síntomas disociativos.
- 4) No es posible emplear ningún especificador

3. Según el DSM-5, el acontecimiento estresante experimentado por el paciente:

- 1) Es de carácter traumático porque el sujeto está expuesto a un peligro de muerte y lesiones graves.
- 2) No es de carácter traumático porque no hay constancia de que el individuo respondiera inicialmente con horror o desesperanza intensa.
- 3) No es de carácter traumático porque el acontecimiento se encuentra dentro del marco habitual de las experiencias humanas.
- 4) Es de carácter traumático porque supone un estrés reconocible, capaz de provocar síntomas significativos de malestar en casi todo el mundo.

4. Según el DSM-5, la irritabilidad del paciente es un síntoma de:

- 1) Reexperimentación.
- 2) Evitación.
- 3) Cogniciones y afectos negativos.
- 4) Hiperactivación.

5. Según el DSM-5, las pesadillas del paciente son un síntoma de:

- 1) Reexperimentación.
- 2) Evitación.
- 3) Cogniciones y afectos negativos.
- 4) Hiperactivación.

6. El ataque de pánico experimentado por el paciente hace 2 meses cuando intentaba volver a montar en bicicleta, se corresponde con:

- 1) Un ataque de pánico no señalado/no esperado.
- 2) Un ataque de pánico no señalado/esperado.
- 3) Un ataque de pánico señalado/no esperado.
- 4) Un ataque de pánico señalado/esperado.

7. Si queremos explorar diferentes pensamientos negativos del paciente sobre sí mismo y el mundo, ¿cuál de los siguientes instrumentos se ajusta mejor a nuestro objetivo?:

- 1) El inventario de cogniciones postraumáticas (PTCI) de Foa.
- 2) La escala de trauma de Davidson (DTS).
- 3) La escala de Mississippi Mississippi de Keane, Caddell y Taylor.
- 4) La escala del impacto del evento (IES) de Horowitz.

8. ¿Cuál de los siguientes fármacos ha demostrado mayor utilidad en este caso?:

- 1) Topiramato.
- 2) Risperidona.
- 3) Diazepam.
- 4) Sertralina.

9. ¿Cuál de los siguientes tratamientos ha demostrado mayor eficacia en este caso?:

- 1) Terapia cognitiva.
- 2) Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares.
- 3) Entrenamiento en inoculación de estrés.
- 4) Relajación.

10. ¿Cuál de los siguientes síntomas del paciente se considera un predictor de mala respuesta al tratamiento de exposición?:

- 1) Miedo intenso.
- 2) Sentimientos de ira.
- 3) Pesadillas.
- 4) Insomnio de mantenimiento.

PLANTILLA DE RESPUESTA

Pregunta nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Respuesta correcta	3	2	1	4	1	3	1	4	1	2