

# CONVOCATORIA CONCURSO-OPOSICIÓN PSICÓLOGO CLÍNICO

(Resolución 901E/2020, de 16 de septiembre, del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, por la que se aprueba el texto de la convocatoria para la provisión, mediante concurso-oposición, de 19 puestos de trabajo de Psicólogo Clínico del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea y para la constitución, a través de las pruebas selectivas, de listas de personas aspirantes al desempeño de dichos puestos de trabajo tanto mediante contratación temporal como por promoción interna temporal (BON 243, de 19 de octubre de 2020)).

## CASOS CLÍNICOS PRÁCTICOS

Fecha: 13 de marzo de 2021



## **CASO 1**

### **DATOS DE ANAMNESIS**

Carlos Alberto, varón de 25 años de edad, nacido en Ecuador, soltero y con un hijo de tres años. Vive con su madre, la pareja de la madre y una hermana. Sin antecedentes médicos de interés. Tiene una tía materna en tratamiento psiquiátrico en Ecuador. No conocen el diagnóstico. Describe que “hacía cosas raras, desaparecía de casa por días y se metía en problemas”. Está desde hace 8 meses en paro. No tiene ingresos propios.

El paciente vino a España con 10 años. Su madre lo dejó a cargo de los abuelos y los tíos en Ecuador. Cuando se instaló y tuvo un trabajo estable, fue a recoger a sus dos hijos menores. En los cuatro años en los que estuvieron separados, la madre mantuvo contacto con sus hijos. El niño estaba muy unido a la madre y sintió su marcha. Los familiares le contaban que pasó meses con miedos y pesadillas. Se le veía triste, lloraba y reclamaba a su madre; no quería ir al colegio y no quería jugar con los otros niños. Poco a poco se hizo a la situación e incluso llegó a no querer ponerse al teléfono cuando la madre llamaba. Cuando la madre fue a buscarlo no quería viajar con ella. Quería quedarse con los abuelos, en su colegio y con sus amigos en Ecuador.

La adaptación en España fue complicada. La madre cuenta que notó un importante cambio en él. Antes era un niño cariñoso, obediente, alegre, estudioso y muy apegado a ella pero, tras venir a España, estaba todo el tiempo enfadado, no le hacía caso y en el colegio empezó a tener problemas: molestaba en clase, no hacía las tareas, contestaba mal a los profesores y tenía peleas con otros niños porque decía que se metían con él. Repitió 5º de Primaria y 1º de la ESO. No completó la ESO y se inscribió en una FP Básica de Mantenimiento de Vehículos que abandonó en el primer curso. En 1º de la ESO consiguió integrarse en una cuadrilla con la que quedaba y empezó a consumir alcohol y cannabis. Con 18 años comenzó a trabajar en el sector de la hostelería. Comenzó a consumir speed y cocaína y a salir de fiesta con más frecuencia con su grupo de amigos. No ha tenido problemas en encontrar trabajos y ha sido cumplidor con las tareas, aunque algunos contratos no los ha llegado a terminar y ha sido despedido por entrar en conflicto con los jefes al asumir responsabilidades que no eran suyas, cuestionando las decisiones de los responsables y actuando de manera que no le correspondía. En ocasiones, le han despedido por quejas de los clientes por enfrentamientos con ellos, ofensas o comentarios inadecuados.

A los 20 años inicia una relación con una chica. La relación desde el inicio fue complicada, con rupturas intermitentes por la falta de compromiso por parte del paciente, sus frecuentes salidas de fiesta, consumos, mala gestión económica y planes que no llegaba a cumplir. Cuando su pareja se quedó embarazada, el paciente se propuso ser un buen padre para su hijo, buscó un trabajo, un piso y se independizó de casa de la madre. A los 6 meses del nacimiento de su hijo, su pareja decidió romper la relación definitivamente y el paciente regresó a casa de su madre. Desde entonces respeta el régimen de visitas y las mensualidades de manutención cuando tiene trabajo.

## **HISTORIA DE ENFERMEDAD**

La madre explica que cuando pasó al Instituto y empezó a tener amigos, el comportamiento en casa mejoró. Le costaba centrarse en los estudios, hacía planes que nunca cumplía y empezaba actividades que abandonaba con facilidad, pero recuperó su alegría y volvió a ser cariñoso. Había temporadas en las que estaba más animoso y otras en las que se venía abajo por cualquier cosa y se le veía sin ganas ni energía.

A los 21 años estaba trabajando en un bar de unos conocidos de la madre y le avisaron porque estaba dando problemas por su actitud prepotente y cuestionadora. Un día el jefe se dio cuenta de que había cambiado de proveedores, había contratado un decorador y realizado compras por una importante cantidad. Cuando el jefe le pidió explicaciones, le dijo que él sabía cómo mejorar el negocio para conseguir un alto rendimiento. Entraron en discusión y el paciente entró en cólera, agredió al jefe e hizo importantes destrozos en el local. Llamaron a la policía quienes, al verlo descontrolado, le llevaron a urgencias. El paciente explicó que llevaba varios días sin dormir elaborando un proyecto que sabía iba a tener altos rendimientos y que había tenido mucho trabajo contactando con diferentes inversores y proveedores para hacerlo efectivo. Había hecho muchos cálculos y sabía que en unos meses podría expandir el negocio. Se sentía muy ilusionado con su nueva faceta de empresario, con muchas ideas en la cabeza, con energía y muy seguro de que estaba hecho para los negocios. Cuando el jefe le cuestionó, se sintió atacado y dice que “no sabe qué le pasó para llegar a la agresión”. Quedó ingresado en Unidad de Hospitalización Psiquiátrica. Se instauró tratamiento farmacológico y remitieron los síntomas, recuperando la estabilidad con crítica del episodio.

Tras el primer episodio, el paciente suspendió el consumo de tóxicos como le indicaron y tomó el tratamiento farmacológico pautado pero, al cabo de unos meses, abandonó el tratamiento y aunque con menor frecuencia y menor cantidad, volvió al consumo de speed y cocaína. Tuvo un episodio que requirió un nuevo ingreso en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica. En este caso, causó un altercado en una entidad bancaria a la que había ido a pedir un préstamo para un nuevo proyecto. En el ingreso tuvo una buena recuperación y se comprometió a no consumir y seguir con el tratamiento.

Cuando el paciente se enteró de que iba a ser padre se sintió muy ilusionado y fue bajándose el tratamiento porque no le dejaba sentir con intensidad la emoción del momento y dejó el consumo. Empezó a preocuparse por el futuro de su hijo y a pensar en nuevos negocios. Le fueron viniendo muchas ideas a la cabeza, no dormía, entraba y salía de casa para hacer gestiones, estaba exaltado, irritable si se le llevaba la contraria y, la pareja con la que vivía, avisó a la madre y tuvo que ser de nuevo ingresado.

## **ESTADO ACTUAL**

En los últimos tres años ha presentado dos episodios más que han requerido hospitalización. Ha abandonado el consumo habitual de tóxicos y solo consume cocaína de forma muy puntual. El paciente expresa que la ingesta de la medicación le quita felicidad; por eso a temporadas se toma descansos y la deja. Por otra parte, se da cuenta de que van pasando los años y de que tiene que ingresar al menos una vez por año. Cada vez le cuesta más recuperarse, no consigue mantener los trabajos, no consigue mantener las relaciones y le preocupa que la madre de su hijo no le permita verlo.

## **PREGUNTAS**

1. Formulación del caso:
  - a. Factores relevantes.
  - b. Diagnóstico y diagnóstico diferencial.
2. Plan de evaluación.
3. Plan de intervención y objetivos terapéuticos.

## **CASO 2**

### **DATOS PERSONALES**

Ana es una chica de 15 años y 8 meses. Asiste a un colegio concertado desde los 3 años de edad. En el momento en el que acude a consulta cursa 4º de la ESO. Vive con sus padres y es la pequeña de tres hermanos. Tiene una hermana de 19 años que estudia Medicina fuera de su comunidad autónoma y un hermano de 17 años que cursa 2º de bachiller. Ambos hermanos tienen un expediente académico brillante. El padre y la madre tienen estudios superiores y actualmente quien trabaja es el padre, porque cuando nació Ana, la madre solicitó una excedencia por cuidado de hijos y ya no se volvió a incorporar. El nivel socio-económico de la familia es medio-alto.

### **ANTECEDENTES FAMILIARES**

La madre tiene un primer contacto con Salud Mental por una depresión postparto 6 meses después de nacer Ana y es dada de alta un año después. Actualmente está en tratamiento por un Trastorno de Ansiedad Generalizada.

Ana tiene una tía materna con antecedentes de Trastorno de la Conducta Alimentaria.

Tiene un primo por la parte paterna con Trastorno del Espectro del Autismo.

### **ANTECEDENTES PERSONALES**

Embarazo normal, parto eutócico. Pesó al nacer 4,255 kg. Lactancia materna durante 9 meses. Cambio a patrón alimentario normal con dificultades, le costó introducir en su dieta alimentos nuevos. Marcha autónoma a los 15 meses, no gateó. Retraso en la adquisición del lenguaje, precisó tratamiento con una logopeda durante la etapa de infantil. Control de esfínteres con leves dificultades, mostró rechazo a sentarse en el WC y precisó ingreso hospitalario por estreñimiento. Buen control del sueño hasta hace dos años en los que precisa acompañamiento de su madre. Sin pesadillas o terrores nocturnos.

No acudió a la guardería, inició la escolarización a los tres años y presentó dificultades de separación. Durante los años de primaria tuvo muy buen rendimiento y no necesitó apoyo, pero la madre tenía que sentarse con ella para ayudarla a hacer los deberes.

Buenas relaciones interpersonales con iguales, manteniendo el mismo grupo desde el inicio de la escolarización. Cuando empezó el instituto lo pasó mal, le costó adaptarse a los nuevos compañeros, no se sintió acogida, en alguna ocasión sintió que no encajaba en el grupo.

Antecedentes somáticos: ligero sobrepeso durante la infancia. A los 10 años seguimiento por endocrino por pubertad adelantada.

## **HISTORIA DE ENFERMEDAD**

Los padres acuden a Urgencias con Ana después de descubrir que tiene unos cortes en el brazo. Refieren estar desconcertados al no saber qué es lo que le está ocurriendo a su hija. Comentan que desde hace un año aproximadamente notan que está más triste e irritable, se enfada por cualquier cosa tanto con sus padres como con sus hermanos. Con la madre discute continuamente desde hace 6 meses por la alimentación. Ana apenas come y ha perdido bastante peso, poco a poco ha dejado de comer alimentos que antes comía con normalidad. Está pálida, cansada y duerme mal.

Los padres se sienten impotentes y desbordados, el ambiente en casa es de mucha tensión, la madre está muy preocupada y vive las dificultades de su hija con mucha ansiedad, ha necesitado retomar sus sesiones de psicoterapia y además su médico de Atención Primaria le ha pautado tratamiento farmacológico. La relación entre ambos padres es buena pero ahora mantienen continuas discusiones por la situación de su hija. Las amigas también están preocupadas porque desde hace un tiempo no quiere salir con ellas y no participa en los grupos de WhatsApp.

En el ámbito académico ha mostrado actitudes de una alta exigencia y responsabilidad reforzadas por su entorno familiar. En el último año ha dedicado largas jornadas de estudio con la sensación de que nunca era suficiente. En el colegio los profesores siempre han comentado que es una alumna excelente, responsable y trabajadora pero este último curso la notan más descentrada y dispersa. Su rendimiento en el último año ha disminuido hasta el punto de que descarta hacer bachiller por “no poder cumplir con las expectativas”. Ana siempre ha querido estudiar Medicina como su hermana mayor, pero se cree incapaz de lograr entrar en la universidad. Ana se siente tremendamente culpable, se compara continuamente con sus hermanos y cree que está haciendo sufrir a su familia, sobre todo a su madre, con la que ha tenido una relación “muy especial”.

Según la madre, Ana ha sido una niña sensible, cariñosa, obediente y “alérgica” a las sorpresas y novedades. Aunque nunca ha exteriorizado sus sentimientos, siempre han mantenido una buena relación entre ambas. La madre reconoce vivir con cierto temor y ansiedad la autonomía propia de la pubertad y adolescencia de sus hijos, especialmente la de Ana.

## **SITUACIÓN ACTUAL**

Al inicio de la entrevista Ana tiene una actitud poco colaboradora, respondiendo con monosílabos y sin mantener contacto ocular. En la primera toma de contacto muestra un estado de ánimo plano, con escasas muestras de contenido afectivo. Verbaliza sentirse triste, de mal humor, sin interés hacia su entorno y con tendencia al aislamiento por no disfrutar en actividades sociales, lúdicas y académicas. Presenta una imagen deteriorada, refiere dificultades para dormir, con despertares frecuentes que acentúan la sensación de debilidad y cansancio físico. En la entrevista se queja de dificultades para concentrarse en clase y para recordar lo que estudia; se observa cierta inhibición y bloqueo. “Me pongo a hacer los deberes y me salen mal, arranco la hoja y vuelvo a empezar, pero no soy capaz de acabarlos como antes”, manifiesta.

Los padres creen que el cambio al instituto le costó. En ocasiones dice que se le hace difícil relacionarse con las personas de su edad; no entiende algunas situaciones que se dan entre ellos y eso le bloquea, no sabe cómo comportarse.

Para ella ha sido siempre muy importante alcanzar las expectativas que sus padres tienen de ella (“no les puedo fallar”). Ahora vive con mucha angustia y sentimientos de culpa la situación que tienen en casa. En los últimos días ha pensado en la muerte como una posible solución, pero la ha descartado por el daño que haría a sus familiares.

Hasta el momento actual Ana ha negado sistemáticamente tener problemas con la comida, aunque reconoce miedo a engordar y “no necesitar comer”, niega conductas destinadas a la pérdida de peso como vómitos o uso de laxantes, diuréticos o productos dietéticos para controlar su peso. No hace ejercicio. Ella se ve “normal”. Desde hace tres meses presenta amenorrea secundaria tras ciclos previos normales. En consulta se niega a pesarse.

## **PREGUNTAS**

1. Formulación del caso:
  - a. Factores relevantes.
  - b. Diagnóstico y diagnóstico diferencial.
2. Plan de evaluación.
3. Plan de intervención y objetivos terapéuticos.