

# **MÓDULO VIII**

Casos clínicos

*Si has llegado hasta aquí, enhorabuena. Ya tienes prácticamente el camino hecho. A continuación, podrás observar cómo se incorporan algunos de los aspectos aprendidos en el curso en varios casos reales. Puedes repasar las ideas principales de cada apartado del temario para asegurar que recuerdas qué se está tratando en cada uno de ellos. Todos los nombres y datos personales presentados son ficticios. También te recomendamos que apuntes todo lo que se explicará a continuación de haberlos leído que pueda serte interesante ¡Esperamos que te sea útil!*

**Te presentamos en este apartado tres casos, léelos detenidamente y cada vez que finalices uno, podrás hacer las preguntas correspondientes y ver la explicación que te daré sobre ello, ten a mano un boli para apuntar todo lo que veas interesante.**

## Caso 1

### Recopilación de Historia Clínica

#### **Antecedentes Familiares:**

Es fundamental entender el entorno familiar del paciente para identificar factores de riesgo y desencadenantes de la enfermedad. La teoría de los sistemas familiares de Bowen puede ser útil para analizar cómo las dinámicas familiares han contribuido al estrés y a los problemas emocionales del niño. En este caso, los problemas matrimoniales y la violencia doméstica han influido significativamente en el desarrollo del niño. La exposición a la agresividad y abuso del padre, y el posterior divorcio de los padres, son factores que deben ser considerados. La teoría de los sistemas familiares sugiere que los problemas en una familia pueden causar estrés significativo en sus miembros, lo que puede contribuir a la aparición de trastornos psicológicos.

#### **Historia del Desarrollo:**

Evaluar los hitos del desarrollo y los factores perinatales es crucial para identificar posibles riesgos biológicos y psicológicos. En este caso, el niño alcanzó los hitos del desarrollo según la edad, lo que sugiere un desarrollo inicial normal. Sin embargo, la exposición temprana al comportamiento agresivo del padre y los problemas matrimoniales pueden haber tenido un impacto negativo en su desarrollo emocional y psicológico.

## Evaluación Psicométrica y Diagnóstica

### **Pruebas Psicológicas:**

Utilizar pruebas como el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota para Adolescentes (MMPI-A) y la Escala de Inteligencia Wechsler para Niños (WISC) para evaluar la personalidad, el estado emocional y las capacidades cognitivas del niño. Estas pruebas pueden proporcionar una visión detallada de su perfil psicológico y ayudar a identificar áreas específicas de dificultad.

### **Entrevista Clínica Estructurada:**

Aplicar la Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos del Eje I del DSM-V (SCID-5) para confirmar el diagnóstico de esquizofrenia y descartar otros trastornos. Esta entrevista permite una evaluación sistemática y estandarizada de los síntomas del paciente, facilitando un diagnóstico preciso.

## Formulación del Caso

### **Modelo Bio-Psico-Social**

#### **Factores Biológicos:**

Considerar el historial médico y los tratamientos farmacológicos previos. Aplicar el modelo de vulnerabilidad-estrés para entender cómo la predisposición genética (factores biológicos) y el estrés ambiental han contribuido al inicio de la esquizofrenia. La evaluación genética puede incluir la búsqueda de antecedentes familiares de trastornos mentales y la identificación de posibles mutaciones genéticas que puedan estar relacionadas con la esquizofrenia. Además, la historia del tratamiento con diversos medicamentos y su impacto en el paciente debe ser monitoreada cuidadosamente.

#### **Factores Psicológicos:**

Evaluar el impacto del abuso y la violencia doméstica utilizando la teoría del apego de Bowlby para entender cómo la falta de una figura paterna segura ha afectado su desarrollo emocional. Los problemas de apego pueden llevar a dificultades en la regulación emocional y la capacidad para formar relaciones seguras y estables. En este caso, la exposición a un entorno doméstico violento y la falta de una figura paterna constante pueden haber contribuido a la aparición de síntomas psicóticos y problemas emocionales.

#### **Factores Sociales:**

Analizar cómo el cambio de residencia y de escuela ha afectado su integración social y su rendimiento académico, aplicando la teoría del desarrollo psicosocial de Erikson. Según Erikson, la adolescencia es una etapa crucial para el desarrollo de la identidad y la competencia social. Los cambios significativos en el entorno social, como el cambio de residencia y de escuela, pueden interrumpir este proceso y contribuir a problemas emocionales y de comportamiento. En este caso, el cambio de residencia y de escuela, junto con la violencia doméstica y el divorcio de los padres, han creado un entorno altamente estresante para el niño, lo que ha contribuido a la aparición de sus síntomas.

## Plan de Tratamiento

### Intervención Farmacológica

#### Antipsicóticos:

Continuar con el tratamiento con antipsicóticos atípicos como el aripiprazol y la clorpromazina, monitorizando los efectos secundarios. Aplicar el modelo de adherencia al tratamiento de la teoría de la autodeterminación para mejorar la adherencia del paciente. Este modelo sugiere que la adherencia al tratamiento mejora cuando los pacientes comprenden la necesidad del tratamiento, están motivados para seguirlo y sienten que tienen control sobre su propio cuidado. En este caso, es importante educar al paciente y a su familia sobre la esquizofrenia y la importancia del cumplimiento del tratamiento.

### Intervención Psicosocial

#### Terapia Cognitivo-Conductual (TCC):

Implementar la TCC para abordar los síntomas psicóticos, utilizando técnicas como la reestructuración cognitiva para desafiar las ideas delirantes y el entrenamiento en habilidades sociales para mejorar la socialización. La TCC puede ayudar al paciente a reconocer y cambiar patrones de pensamiento distorsionados y comportamientos disfuncionales. Además, el entrenamiento en habilidades sociales puede ayudar al paciente a mejorar su capacidad para interactuar con los demás de manera efectiva y a reducir el aislamiento social.

#### Psicoeducación Familiar:

Educar a la familia sobre la esquizofrenia y cómo manejar los síntomas. Aplicar el modelo de la terapia familiar de sistemas para mejorar la dinámica familiar y reducir el estrés en el hogar. La psicoeducación familiar puede ayudar a los miembros de la familia a comprender mejor la enfermedad, aprender estrategias para apoyar al paciente y manejar el estrés relacionado con el cuidado de un miembro de la familia con esquizofrenia. La terapia familiar de sistemas se enfoca en mejorar la comunicación y las relaciones dentro de la familia, lo que puede ayudar a reducir la tensión y el conflicto.

#### Terapia Ocupacional y Actividades Estructuradas:

Desarrollar un programa de actividades estructuradas para mejorar la motivación y la participación en actividades diarias. La terapia ocupacional puede ayudar al paciente a desarrollar habilidades para las actividades diarias, mejorar su autoestima y aumentar su participación en actividades sociales y recreativas. Un programa de actividades estructuradas puede incluir actividades académicas, deportivas y recreativas que sean significativas para el paciente y que promuevan su bienestar general.

## Monitoreo y Evaluación

### Seguimiento Regular

#### Evaluaciones Periódicas:

Realizar evaluaciones periódicas del estado mental y del funcionamiento general del paciente. Utilizar el Cuestionario de Evaluación de la Terapia de Conducta (BTSQ) para monitorear la eficacia de las intervenciones terapéuticas. Estas evaluaciones pueden ayudar a identificar cualquier cambio en los síntomas del paciente y a ajustar el plan de tratamiento según sea necesario.

#### Ajustes del Tratamiento:

Basado en las evaluaciones, ajustar los medicamentos y las intervenciones terapéuticas según sea necesario. Esto puede incluir cambios en la dosificación de los medicamentos, la introducción de nuevas intervenciones terapéuticas o la modificación del programa de actividades del paciente.

## Consideraciones Éticas

### Confidencialidad

Mantener la confidencialidad del paciente y asegurar que todas las intervenciones sean en su mejor interés, de acuerdo con el código de ética de la American Psychological Association (APA). La confidencialidad es fundamental para establecer una relación de confianza con el paciente y su familia, y para garantizar que el paciente se sienta seguro y apoyado durante el tratamiento.

### Consentimiento Informado

Obtener el consentimiento informado del paciente y de su madre para todas las evaluaciones y tratamientos, asegurando que comprendan los riesgos y beneficios. El consentimiento informado es un proceso continuo que implica proporcionar al paciente y a su familia la información necesaria para tomar decisiones informadas sobre el tratamiento y asegurarse de que comprendan los riesgos y beneficios asociados con las diferentes opciones de tratamiento.

## Caso 2

### Esquizofrenia Catatónica

#### Antecedentes Familiares:

La esquizofrenia catatónica es una forma rara pero grave de esquizofrenia que se caracteriza por la presencia de síntomas motores y comportamentales. Estos síntomas pueden variar desde la inmovilidad extrema (estupor) hasta movimientos agitados y repetitivos sin propósito aparente. A continuación, profundicemos en aspectos teóricos y prácticos relevantes:

## SÍNTOMAS DE LA ESQUIZOFRENIA CATATÓNICA

**Estupor:** Es una forma extrema de catatonía donde el paciente puede parecer completamente inmóvil y desinteresado en su entorno. Una persona diagnosticada con esquizofrenia catatónica es encontrada sentada en su habitación durante horas, sin responder a llamadas o estímulos externos. Está completamente inmóvil, con la mirada fija en un punto lejano y sin mostrar interés en su entorno.

**Actividad motora excesiva:** Contrariamente al estupor, algunos pacientes pueden mostrar una hiperactividad motora, realizando movimientos repetitivos y sin objetivo. Una persona presenta episodios de catatonía donde camina de un lado a otro en su habitación de manera repetitiva y sin descanso. A pesar de los intentos de su familia por detenerla, continúa con este movimiento por largos períodos de tiempo.

**Posturas anormales:** Mantenimiento de posiciones corporales extrañas o incómodas, como adoptar una posición de cera o permanecer en una postura erguida durante períodos prolongados. Una persona adopta una posición de cera durante horas, con los brazos extendidos hacia adelante y las piernas cruzadas en una postura incómoda. No responde a los intentos de su madre por cambiar su posición, permaneciendo inmóvil y rígido.

**Negativismo:** Resistencia pasiva o activa a las instrucciones o intentos de mover al paciente. Una persona muestra resistencia pasiva cuando los médicos intentan moverla de su cama para realizar un examen físico. Se rehúsa a cooperar, volviéndose rígida y evitando cualquier intento de contacto físico.

**Mutismo:** Reducción significativa o ausencia completa de habla. Una persona con esquizofrenia catatónica ha dejado de hablar por completo durante las últimas dos semanas. A pesar de los esfuerzos de los profesionales de la salud para comunicarse con ella, no emite sonido alguno y parece estar desconectada de su entorno.

**Ecolalia y ecopraxia:** Ecolalia es la repetición sin sentido de palabras o frases dichas por otros, mientras que ecopraxia se refiere a la imitación involuntaria de los movimientos de otras personas. Una persona con esquizofrenia catatónica repite las últimas palabras que le dicen, como si estuviera grabando y reproduciendo un mensaje sin sentido.

Una persona imita los gestos y movimientos de las personas a su alrededor de manera automática, como tocarse la cara o cruzar las piernas, sin comprender el motivo detrás de estos actos.

## TEORÍAS Y MODELOS EXPLICATIVOS

**Modelo de Desregulación Cortical:** Algunos modelos teóricos sugieren que la esquizofrenia catatónica puede ser el resultado de una desregulación en las áreas corticales que controlan el movimiento y la respuesta a los estímulos.

**Modelo de Disfunción GABAérgica:** La hipótesis de la disfunción GABAérgica postula que una alteración en el sistema de neurotransmisores GABA podría contribuir a los síntomas de catatonía.

**Modelo de Inflamación e Inmunidad:** Investigaciones recientes exploran el papel de la inflamación cerebral y la respuesta inmunológica en el desarrollo de la esquizofrenia catatónica, aunque este campo aún está en desarrollo.

## TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA CATATÓNICA

**Antipsicóticos:** Aunque inicialmente la respuesta puede ser limitada en algunos casos de esquizofrenia catatónica, los antipsicóticos (como la olanzapina, risperidona o aripiprazol) son la base del tratamiento para controlar los síntomas psicóticos y motores.

**Terapia Electroconvulsiva (TEC):** Es particularmente efectiva en casos graves o resistentes, donde los síntomas no responden adecuadamente a los antipsicóticos. La TEC puede inducir cambios neuroquímicos que alivian los síntomas de la catatonía de manera rápida y efectiva.

**Apoyo Psicosocial:** La rehabilitación y el apoyo psicosocial son esenciales para ayudar al paciente a recuperarse y reintegrarse en la comunidad. Esto puede incluir terapias ocupacionales, programas de habilidades sociales y apoyo familiar.

## DESAFÍOS EN EL TRATAMIENTO Y MANEJO CLÍNICO

La esquizofrenia catatónica presenta desafíos únicos debido a la variabilidad en la presentación clínica y la respuesta al tratamiento.

La necesidad de un enfoque multidisciplinario es crucial para manejar los síntomas complejos y persistentes, que pueden requerir ajustes frecuentes en la estrategia terapéutica.

La educación y el apoyo continuo a la familia son esenciales, ya que pueden desempeñar un papel clave en el apoyo emocional y en la gestión de cuidados del paciente.

## Caso 3

### Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC)

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es un trastorno de ansiedad caracterizado por la presencia de obsesiones y compulsiones que causan angustia significativa. Vamos a explorar más a fondo los aspectos teóricos y prácticos relacionados con el TOC:

#### SÍNTOMAS DEL TOC

**Obsesiones:** Son pensamientos, imágenes o impulsos recurrentes y persistentes que son intrusivos y no deseados. Ejemplos incluyen miedo a la contaminación, dudas constantes o pensamientos agresivos.

**Compulsiones:** Son comportamientos repetitivos o actos mentales que se realizan en respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que deben seguirse estrictamente. Ejemplos incluyen lavarse las manos repetidamente, contar cosas o revisar constantemente.

#### TEORÍAS Y MODELOS EXPLICATIVOS

**Modelo Cognitivo-Conductual:** La TCC, basada en este modelo, sugiere que el TOC surge de la interacción entre pensamientos intrusivos (obsesiones) y el comportamiento repetitivo (compulsiones) diseñado para neutralizar la ansiedad.

**Teoría del Aprendizaje y Condicionamiento:** Algunas perspectivas teóricas ven el TOC como un resultado del condicionamiento clásico o operante, donde las compulsiones se refuerzan negativamente al reducir temporalmente la ansiedad asociada con las obsesiones.

**Modelos Neurobiológicos:** Investigaciones sugieren que alteraciones en el sistema serotoninérgico y otros neurotransmisores podrían estar implicados en la etiología del TOC, respaldando el uso de medicamentos como los ISRS.

#### TRATAMIENTO DEL TOC

**Terapia Cognitivo-Conductual (TCC):** Es el tratamiento de elección y se centra en identificar, desafiar y cambiar los pensamientos y comportamientos problemáticos asociados con el TOC. La TCC incluye técnicas como la exposición y la prevención de respuesta (ERP).

**Medicamentos:** Los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son los más comúnmente recetados para el TOC. Estos medicamentos ayudan a reducir la frecuencia e intensidad de las obsesiones y compulsiones.

**Exposición y Prevención de Respuesta (ERP):** Parte integral de la TCC, donde el paciente se expone gradualmente a las obsesiones mientras se desalientan las compulsiones, ayudando así a reducir la ansiedad asociada.

**Integración de Tratamientos para TOC y Esquizofrenia Catatónica:**

Cuando se presenta una comorbilidad entre TOC y esquizofrenia catatónica, el enfoque de tratamiento debe adaptarse cuidadosamente para abordar cada trastorno de manera efectiva.

La coordinación entre el psicólogo clínico y el psiquiatra es crucial para gestionar adecuadamente los diferentes aspectos del tratamiento, incluyendo ajustes en medicamentos y enfoques terapéuticos según sea necesario.

Es importante considerar cómo los síntomas de un trastorno pueden afectar o interactuar con los síntomas del otro, por ejemplo, cómo las obsesiones compulsivas pueden superponerse con los comportamientos catatónicos en el caso de la esquizofrenia catatónica.

**ROL DEL PSICÓLOGO CLÍNICO**

**Evaluación y Diagnóstico Completo:** Realizar una evaluación exhaustiva para diferenciar y comprender los síntomas específicos de cada trastorno, así como su impacto en la vida del paciente.

**Desarrollo de un Plan de Tratamiento Integral:** Diseñar un plan de tratamiento que integre diferentes enfoques terapéuticos, como la TCC para el TOC y la TEC para la esquizofrenia catatónica, según sea necesario.

**Apoyo Psicoeducativo a la Familia:** Educar a la familia sobre los trastornos, los tratamientos disponibles y cómo pueden apoyar al paciente en su recuperación y manejo diario.