

## **CASO CLÍNICO 1**

Se trata de un varón de 51 años, sin alergias medicamentosas conocidas ni comorbilidad médica relevante. Está soltero, vive solo y cuenta con escasa red de apoyo dado su tendencia al aislamiento. La orientación diagnóstica inicial de esquizofrenia paranoide con debut de la enfermedad a los 19 años. La información relativa al ajuste premórbido señala altas dificultades para finalizar la escolarización básica, conflictiva interpersonal por tendencia al aislamiento con baja socialización e inicio de consumo de tabaco y cannabis antes de los 16 años. Refieren un primer ingreso en hospitalización a los 20 años con recaídas posteriores precisando hasta 8 ingresos hasta la actualidad. No parece haberse logrado la estabilización clínica completa a pesar de haber cesado completamente el consumo de tóxicos. Se ha ensayado diversos tratamientos con adherencia terapéutica correcta contrastada. Se utilizó risperidona a dosis de 16 mg/d así como olanzapina 30 mg/día y en otra ocasión se combinó cada antipsicótico con aripiprazol 400 mg intramuscular cada 28 días. En el pasado, se intentaron dosis máximas de haloperidol y clorpromazina sin mejora de la sintomatología. Por tanto, a pesar de los ensayos terapéuticos, han persistido los síntomas positivos, los síntomas negativos y los síntomas cognitivos con una pérdida de funcionalidad progresiva.

**1.- Dada la descripción del caso clínico, realice un diagnóstico diferencial. Escoja el diagnóstico más plausible y describa las peculiaridades de esa entidad diagnóstica.**

**2.- Según su intuición clínica, ¿qué alternativa terapéutica cree que estaría más indicada para promover una estabilización clínica y qué características hay que considerar en su prescripción?**

**3.- Señale los riesgos y beneficios de esa decisión terapéutica.**

## **CASO CLÍNICO 2**

Se trata de un paciente varón de 23 años que acude en ambulancia a urgencias de hospital general tras ser hallado en vía pública con un cuadro de inquietud psicomotora severo, hostilidad, irritabilidad, auto y heteroagresividad así como desorganización conductual. Revisando sus antecedentes médicos no se identifican alergias medicamentosas ni factores de riesgo cardiovascular ni antecedentes médico-quirúrgico relevantes. Tampoco constan antecedentes en Psiquiatría. Se desconoce el consumo de tóxicos. No le acompaña nadie por lo que no se puede obtener más información y la colaboración del paciente es nula por la desorganización conductual y del pensamiento que presenta. En el momento de la valoración no presenta capacidad de juicio conservado.

**1.- ¿Qué medidas físicas y diagnósticas deben adoptarse para aproximar un diagnóstico?**

**2.- ¿Qué medidas éticas y legales hay que preservar para promover el mayor beneficio para el paciente dada la situación actual?**

**Pregunta 3.- Realice un diagnóstico diferencial y una aproximación terapéutica para controlar el cuadro agudo.**

### **CASO CLÍNICO 3**

Carmen es una mujer de 35 años derivada por su médico de atención primaria al centro de salud mental. Sin antecedentes psiquiátricos de interés. Desde hace 3 semanas presenta tristeza durante todo el día, sensación de opresión precordial, temor a padecer alguna enfermedad orgánica, sensación de miedo. Sueño no reparador con insomnio de última fase, pérdida de peso no cuantificada, limitación de la vida social. Ha perdido la capacidad de disfrutar. Se siente fatigada todo el día, siendo incapaz de realizar pequeñas tareas que, hasta ahora, hacía sin dificultad. Se despista con frecuencia y no puede concentrarse en ninguna actividad.

Carmen trabaja como enfermera en una residencia de personas mayores. Buen rendimiento hasta la actualidad en la que la clínica descrita ha llevado a su médico a darle la baja. Ha realizado analítica (incluidas hormonas tiroideas), ECG y exploración física, con resultados normales. No consume tóxicos ilegales. Consumo de cafeína (dos tazas de café al día) diario y esporádico (dos o tres cervezas en fin de semana) de alcohol.

Vive sola desde que su marido falleció en un accidente hace 3 meses: ambos habían quedado para ir al cine y su marido se adelantó para sacar las entradas. En ese momento se desprendió la marquesina del edificio y el marido murió en el acto. María llegó al cine poco después, se acercó a las personas que se habían congregado por allí y distinguió el calzado de su marido. No ha comentado con nadie que siente una intensa culpa porque cree que, si ella no se hubiera empeñado en ver exactamente esa película, su marido estaría vivo.

María estuvo sorprendentemente tranquila durante este proceso: acompañó a su marido (ya cadáver) al hospital, le dio la noticia a su suegra -viuda- y consoló a esta y a las hermanas de su marido. Tras una ausencia de 10 días, se incorporó a la residencia hasta el cuadro descrito.

**1.- Orientación diagnóstica del caso.**

**2.- Señale las tareas principales de la fase de valoración o fases iniciales para psicoterapia según el modelo de Terapia Interpersonal de la Depresión de Klerman. Si elige algún otro modelo psicoterapéutico, señale las tareas principales de la fase de valoración y especifique el modelo al que hace referencia.**

**3.- Señale los objetivos y estrategias a utilizar si el área problema seleccionada es el duelo.**