

Interconsulta de Psicología Clínica en una Unidad de Hospitalización Breve: un estudio de caso


Clinical Psychology Consultation in a Short Stay Hospitalization Unit: a case study

Jessica Garrido Bolton, Ana Hospital Moreno y Diego Carracedo Sanchidrián
Servicio de Psiquiatría, Psicología Clínica y Salud Mental, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España


Resumen: Entre las distintas funciones del psicólogo clínico en el ámbito hospitalario, está formar parte del Equipo de Interconsulta y Enlace. Desde aquí, realiza un trabajo colaborativo con otros profesionales de la salud para aportar una visión específica de los procesos psicológicos observados en los pacientes. En lo que a este artículo se refiere, detallaremos el trabajo por parte de psicología clínica en respuesta a una interconsulta procedente de una Unidad de Hospitalización Breve. Se trata de una mujer de 50 años, con seguimiento de más de 10 años de evolución en salud mental que realiza un ingreso por sobreingesta medicamentosa. Entre las labores realizadas se encuentran una intervención terapéutica familiar, así como la evaluación neuropsicológica y de la personalidad de la paciente.

Palabras Clave: psicología clínica, interconsulta y enlace, Unidad de Hospitalización Breve, evaluación neuropsicológica, evaluación de la personalidad, estudio de caso

Abstract: The various functions of the clinical psychologist in the hospital setting include forming part of the Interconsultation and Liaison Team, where he/she carries out collaborative work with other health professionals to provide a specific vision of the psychological processes observed in patients. The present study describes the work done by clinical psychology in response to a consultation from a short stay hospitalization unit. The patient

Jessica Garrido Bolton  [0000-0003-4545-4770](https://orcid.org/0000-0003-4545-4770) es Psicóloga Interna Residente en el Hospital Universitario La Paz. Investigadora en el Instituto de Investigación del Hospital Universitario La Paz (IdiPAZ).

Ana Hospital Moreno  [0000-0002-6567-2428](https://orcid.org/0000-0002-6567-2428) es Psicóloga Especialista en Psicología Clínica y tutora de residentes en el Hospital Universitario la Paz. Investigadora en el Instituto de Investigación del Hospital Universitario la Paz (IdiPAZ). Doctora por la Universidad Autónoma de Madrid.

Diego Carracedo Sanchidrián  [0000-0003-4999-1557](https://orcid.org/0000-0003-4999-1557) es Psicólogo Especialista en Psicología Clínica y coordinador de la consulta de Neuropsicología Clínica del Hospital Universitario la Paz. Investigador en el Instituto de Investigación del Hospital Universitario la Paz (IdiPAZ).

Para citar este artículo: Garrido Bolton, J., Hospital Moreno, A. y Carracedo Sanchidrián, D. (2024). Interconsulta de Psicología Clínica en una Unidad de Hospitalización Breve: un estudio de caso. *Clínica Contemporánea*, 15(2), Artículo e12. <https://doi.org/10.5093/cc2024a10>

La correspondencia sobre este artículo debe ser enviada a Jessica Garrido Bolton. E-mail: jessica.garrido@salud.madrid.org



Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND.

was a 50-year-old woman, with more than 10 years of follow-up in mental health, who was admitted due to intentional medication overdose. The tasks performed included therapeutic intervention at family level, as well as neuropsychological and personality assessment of the patient.

Keywords: Clinical psychology, consultation and liaison, short stay hospitalization unit, neuropsychological assessment, personality assessment, case study

La interconsulta es un sistema habitual de relación entre los servicios asistenciales hospitalarios, que ayuda a las distintas especialidades médicas al enfoque diagnóstico y terapéutico de los pacientes ingresados (Requena et al., 2015). La inclusión del psicólogo clínico en el ámbito hospitalario implica un trabajo complementario y colaborativo con otros profesionales de la salud para aportar una visión específica de los procesos psicológicos observados en los pacientes por los que consultan. La intervención psicológica puede centrarse en ofrecer al paciente y su entorno determinadas estrategias que, aunque no tengan como objetivo erradicar el sufrimiento, sí le ayuden a poder elaborarlo y hacerlo más tolerable. Esta tarea colaborativa con otros profesionales del hospital resulta aún más imprescindible de definir cuándo se recibe una interconsulta de otros profesionales de salud mental, como es el caso de los médicos psiquiatras que realizan sus labores asistenciales en una Unidad de Hospitalización Breve (UHB) (Fuentetaja y Villaverde, 2019).

Por otro lado, en el ámbito hospitalario la presencia de familiares es prácticamente continua, siendo la familia un elemento de apoyo y soporte de ciertas indicaciones médicas o, en algunos casos, todo lo contrario. Como resultado, es recomendable contar, en la medida de lo posible y lo permitido por el paciente, con la inclusión de la familia en las intervenciones médicas. Por lo tanto, un psicólogo clínico debe combinar una visión clínica, una visión social y una visión institucional aplicadas tanto al paciente, como a la familia y equipos institucionales. Esta visión tridimensional va a permitir la realización de tareas globales de prevención, diagnóstico e intervención psicológica (Fuentetaja y Villaverde, 2019).

La literatura científica se está esforzando en identificar cómo deben aplicarse las intervenciones psicológicas en entornos de salud mental aguda, como es una UHB, donde las estancias hospitalarias son por definición, cortas. A esto se le suman otras barreras que tienen que ver con la complejidad de la psicopatología aguda de los pacientes, que en ocasiones puede nublar su capacidad para involucrarse en una psicoterapia, así como un trabajo multidisciplinar en ocasiones inadecuado (Berry et al., 2022).

Investigaciones anteriores han demostrado que los psicólogos pueden adaptar los enfoques basados en la evidencia al entorno hospitalario, lo que incluye intervenciones breves independientes, para que así los pacientes puedan beneficiarse de una atención psicológica (Berry et al., 2022). Las tareas que a día de hoy están pensadas para un psicólogo clínico en una unidad de agudos se pueden resumir en tres campos: a) psicoeducativa: revisar con el paciente cuáles deberían ser sus cuidados básicos para disminuir el riesgo de recaídas, reconocer sus pródromos, pedir ayuda temprana y mejorar su calidad de vida. Este tipo de intervención también podría llevarse a cabo con los familiares del paciente; b) psicométrica: estudio neuropsicológico, estudio de la inteligencia y estudio de la personalidad; c) terapéutica: definición del problema, ayudar en el manejo de los síntomas más incapacitantes, acompañamiento, evaluación clínica y de recursos, intervención para el cambio y la planificación del alta clínica, entre otros (Eizaguirre, 2004). Sin embargo, sería recomendable que futuras líneas de investigación, a través de ensayos controlados aleatorios, con suficiente potencia, pudiesen seguir evaluando la eficacia de estos enfoques psicológicos en unidades de agudos, de cara a sistematizar su implementación (Berry et al., 2022).

En este artículo expondremos la evaluación y orientación terapéutica de una paciente ingresada en una UHB, por parte del equipo de Psicología Clínica de la Unidad de Interconsulta y Enlace, en un hospital del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS).

Método

Diseño

Es un estudio de caso único. Se llevó a cabo un método mixto, recurriendo a procedimientos cualitativos y cuantitativos. Como se ha mencionado previamente, se trata de la evaluación de una paciente por parte del Equipo de Interconsulta de Psicología Clínica de un hospital del SERMAS, en coordinación con psiquiatría, durante un ingreso hospitalario en una UHB. Se administraron pruebas neuropsicológicas, cuestionarios de personalidad y una técnica proyectiva. Además, se llevó a cabo una intervención sobre el medio familiar con el objetivo de favorecer la planificación del tratamiento de la paciente y como un proceso terapéutico en sí mismo.

Consideraciones éticas

Este informe de caso se ha realizado de acuerdo con los principios establecidos en la declaración de Helsinki, respetando estrictamente la confidencialidad y las exigencias de la normativa española (LOPD 3/2018) y europea de protección de datos. Se han utilizado seudónimos tanto para la paciente como para sus familiares para conservar su anonimato. Además, se han omitido datos sociodemográficos innecesarios para la comprensión del caso para garantizar la privacidad de la paciente.

Identificación de la paciente

Amaia es una mujer de 50 años que en septiembre de 2022 presenta ideación autolítica y realiza una sobredosis medicamentosa. Su marido avisa a los servicios de emergencias extrahospitalarios y es trasladada a los Servicios de Urgencias (SU) de su hospital de referencia. En este contexto realiza un ingreso voluntario en la UHB de este mismo hospital.

Situación sociolaboral y familiar

La paciente es natural de Madrid, está casada, con dos hijos de 27 y 29 años. Hasta el momento del ingreso convivía con su marido y su hijo mayor. Ha completado la enseñanza secundaria y ha trabajado siempre en el hogar. Actualmente tiene reconocida una discapacidad del 64% por síndrome tóxico por aceite de colza, así como una incapacidad laboral permanente. Hasta el año 2019 era ama de casa y conservaba su funcionalidad.

Es la cuarta de una fratría de cinco hermanos, con los que mantiene una relación distante. En general, se encuentra desligada de su familia de origen. Los padres de Amaia se divorciaron en su juventud. Su madre vive y actualmente se encuentra institucionalizada con enfermedad de Alzheimer. Su padre falleció hace pocos años y según describe la paciente, es posible que sufriera algún tipo de trastorno mental. Amaia lleva más de 30 años casada con su marido, que es electricista de profesión. Está diagnosticado de trastorno bipolar tipo II, pero no realiza seguimiento regular en salud mental.

Motivo de consulta

Durante el ingreso de la paciente en la UHB, psiquiatría realiza una interconsulta a psicología clínica con objeto de valorar el funcionamiento cognitivo y de la personalidad de la paciente, así como realizar una intervención a nivel familiar.

Por un lado, se planteó la evaluación del funcionamiento cognitivo debido a sospechas de deterioro, ya que existían dudas sobre si únicamente la sintomatología afectiva podía explicar un nivel de funcionamiento tan deteriorado como el que se detallará a continuación. Por otro lado, las pruebas de personalidad fueron propuestas para facilitar el diagnóstico diferencial de la paciente. Debido a la falta de respuesta adecuada a los tratamientos convencionales y a la aparición de síntomas distintos en comparación con ingresos anteriores (incluyendo síntomas cognitivos, afectivos y un deterioro relacional significativo), se consideró necesaria una evaluación más exhaustiva de la paciente.

Historia del problema

Amaia comenzó a realizar seguimiento en psiquiatría en un Centro de Salud Mental (CSM) de la Comunidad de Madrid en el año 2013, con diagnósticos de trastorno de la ansiedad generalizada, distimia y trastorno de la personalidad evitativo y dependiente. En el año 2017 abandona el seguimiento en este CSM pues se traslada a vivir a otra comunidad autónoma y comienza el seguimiento allí.

En diciembre de 2018, la paciente debuta con un hipertiroidismo por un Graves Basedow, que coincide temporalmente con un cuadro de hipertimia, incremento del gasto económico, disminución de horas de sueño y expansividad social. Este funcionamiento supuso un cambio importante respecto al basal de la paciente según historia previa en salud mental y según informa la propia paciente y sus familiares. El cuadro de aparente hipomanía se prolongó hasta junio 2019, momento en el que bruscamente y sin desencadenante claro, pasa a encontrarse deprimida, angustiada y con ideación autolítica. En este contexto, Amaia acude a su médico de Atención Primaria (MAP), que hace una derivación al SU del hospital más cercano. El informe de urgencias describe inquietud interna, bloqueo mental e ideas obsesivas de ruina e infestación. Se le realiza un TAC y una analítica que no revelan hallazgos patológicos y recibe el alta con diagnóstico de trastorno depresivo mayor y tratamiento farmacológico con olanzapina 10 mg (1-0-1).

A partir de entonces y según informa la familia, la situación en el domicilio no mejoró. En septiembre de 2019, Amaia y su familia se mudan de vuelta a Madrid. En este momento interrumpe el seguimiento ambulatorio con psiquiatría hasta que en enero del 2020 lo retoma en el mismo CSM al que acudió en el año 2013. En junio de 2020, tras resistencia inicial de la paciente, es derivada también a psicología clínica y a enfermería de salud mental en el mismo centro, manteniendo un seguimiento regular entre ingresos.

Cuando Amaia acude en enero de 2020 a la cita con psiquiatría, su pauta psicofarmacológica es la siguiente: desvenlafaxina 50 mg (1-0-0), quetiapina 150 mg (0-0-1), clorazepato 15 mg (0-0-1) y olanzapina 10mg (1-0-1). Psicopatológicamente se encontraba anulada, bloqueada, con angustia interna y un discurso parco centrado en reiterar pensamientos de incapacidad y desesperanza e imposibilidad para el autocuidado, con cada vez mayor aislamiento en el domicilio. A su vez, la paciente refería fallos cognitivos como dificultad para prestar atención y olvidos frecuentes. La familia informó de que habían contratado a una persona para que acudiese al domicilio y pudiese ayudar en el cuidado y aseo de la paciente, así como supervisarle la mayor parte del día. Amaia expresaba miedo a morir por ideas sobrevaloradas de incapacidad para la ingesta, así como para conciliar el sueño. Estas dificultades para la ingesta y el sueño no eran corroboradas por sus allegados pues afirmaban que la paciente sí comía y dormía con normalidad. En la entrevista familiar se apreciaba desbordamiento por parte de su marido e hijos, así como elevada emoción expresada.

Ante la gravedad de la sintomatología se realiza una derivación a los SU, con indicación de ingreso, siendo el primer ingreso que realiza la paciente en una UHB. A partir de este momento, entre los años 2020-2022 la paciente realiza múltiples visitas a urgencias, por ideación autolítica y sintomatología muy similar a la descrita hasta ahora, realizando un total de nueve ingresos en la UHB. Durante dos de sus estancias hospitalarias (en los años 2021 y 2022) se le realizó a la paciente una resonancia magnética cerebral, pudiendo descartar alteraciones significativas en ambos casos. El último ingreso consta desde septiembre de 2022 hasta enero de 2023, siendo el ingreso que nos ocupa en este informe de caso.

Evaluación

Evaluación Neuropsicológica

Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA) (Nasreddine et al., 2005). La MoCA es una prueba ampliamente utilizada que se desarrolló como prueba breve de cribado del deterioro cognitivo leve (DCL) (Dautzenberg et al., 2020). Evalúa diferentes dominios cognitivos como la atención y concentración, funciones ejecutivas, memoria, lenguaje, habilidades visoconstructivas, pensamiento conceptual, cálculo y orientación (Hackspiel y Paredes-Garavito, 2021).

Memoria Lógica - Wechsler Memory Scale – IV (WMS-IV) (Wechsler, 2013). La WMS-IV es una escala de aplicación individual que evalúa diferentes capacidades mnésicas. Puede aplicarse entre los 16 y los 89 años y 11 meses de edad. La subprueba de memoria lógica evalúa el recuerdo libre inmediato y a largo plazo de material verbal. La tarea consiste en recordar el mayor número de ideas de dos historias que son leídas por el evaluador. El evaluado debe decir lo que recuerde de forma inmediata (memoria lógica I) y tras un intervalo de 20-30 minutos (memoria lógica II). Por último, hay una prueba de reconocimiento donde el evaluado debe responder a preguntas de respuesta dicotómica (SI/NO) sobre las historias.

Dígitos - Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos-IV (WAIS-IV) (Wechsler, 2012). La WAIS-IV, está compuesta por 15 subtests, con el propósito de realizar una evaluación exhaustiva del funcionamiento cognitivo general. El subtest de dígitos forma parte del índice de memoria de trabajo. Contiene tres tareas que se aplican por separado (dígitos de orden directo, dígitos de orden inverso y dígitos de orden creciente) (Ferreira y Calderón, 2022).

Symbol Digit Modality Test (SDMT) (Smith, 2002). El SDMT es una prueba de sustitución de dígitos que evalúa velocidad de procesamiento, requiriendo velocidad de barrido visual y seguimiento. Se considera una prueba muy sensible a diversos trastornos neurológicos y lesiones cerebrales adquiridas (Strauss et al., 2006). En esta tarea, el examinando debe emparejar rápidamente un símbolo con su número correspondiente basándose en la forma en que aparece emparejado en la clave de la parte superior de la página. El SDMT difiere de otras pruebas de sustitución en el sentido de que incluye dos modalidades de administración, escrita y oral. La ventaja de la modalidad oral es que no es susceptible a la influencia potencialmente contaminadora del funcionamiento motor (Fellows y Schmitter-Edgecombe, 2020). En el caso de Amaia se optó por administrar la prueba en su versión oral, por referir temblor y enlentecimiento motor.

Búsqueda de la Llave - Behavioural Assessment Dysexecutive Syndrome (BADS) (Wilson, 1996). La BADS es una batería de pruebas diseñadas para evaluar los efectos del síndrome disejecutivo, un conjunto de déficits generalmente asociadas a daños en los lóbulos frontales. Estos déficits incluyen dificultades en tareas de alto nivel como planificar, organizar, iniciar, controlar y adaptar nuestro comportamiento. La subprueba de la búsqueda de la llave evalúa la capacidad de planificar una estrategia para resolver un problema (encontrar una llave perdida en un campo). La puntuación se basa en una serie de criterios, entre ellos si el evaluador considera que la estrategia es sistemática, eficiente y probablemente eficaz (Wilson, 2004).

Test de Simulación de Déficit de Memoria (TOMM) (Tombaugh, 1997). Los síntomas fingidos o exagerados más comunes durante una evaluación neuropsicológica están asociados a la memoria, a la concentración, a trastornos del ánimo, al dolor, a alteraciones del sueño o a cambios en la personalidad. Al evaluar, se obtiene un rendimiento significativamente inferior, el cual a veces ni siquiera corresponde con el de pacientes con verdaderas alteraciones neurológicas. En el caso del TOMM, para considerar que el evaluado está simulando en las pruebas (ya sea de manera intencionada o no), es necesario un desempeño por debajo del azar (<0.05) (Blanco, 2022).

Cuestionarios para la Evaluación de la Personalidad

Entrevista Semiestructurada del DSM-IV, Eje II (SCID-II) (Spitzer et al., 1989). La (SCID-II) es una entrevista semiestructurada que puede usarse para orientar diagnósticos de trastornos de la personalidad (TP), tanto de forma categorial (presente o ausente) como dimensional (reseñando el número de criterios que han sido co-

dificados como “3”). La entrevista permite la evaluación de los 10 TP que contempla el DSM-IV, así como, el trastorno depresivo de la personalidad y el trastorno pasivo-agresivo de la personalidad (incluidos en el Apéndice B del DSM-IV, “Criterios y ejes propuestos para estudios posteriores”). En un primer momento, se le aplican 119 preguntas al evaluado, para las cuales debe responder “Sí” cuando considere que la pregunta le aplica completamente o casi completamente o “No” cuando considere que la pregunta no le aplica. Para aquellos ítems marcados como “Sí”, el evaluador formulará unas preguntas añadidas que según la respuesta del evaluado permiten clasificar al síntoma como “1”) Ausente o Falso; “2”) Subumbral o “3”) Umbral o Verdadero (Esbec y Echeburúa, 2014).

NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI) Costa y McCrae (1988). El NEO-FFI es una versión reducida del NEO-PI. Consta de 60 ítems para evaluar el modelo de personalidad de los Cinco Grandes Factores: (N) Neuroticismo, (A) Amabilidad, (C) Responsabilidad, (O) Apertura a experiencia y (E) Extraversión. Utiliza una escala Likert de 0 - Totalmente en desacuerdo a 4 - Totalmente de acuerdo (Reyes-Rodríguez et al., 2022).

Pruebas Proyectivas

Test de Dibujo Proyectivo House-Tree-Person (HTP) (Buck, 1995). El HTP puede administrarse a niños, adolescentes y adultos a partir de los 3 años. El objetivo principal del HTP es medir aspectos de la personalidad de una persona a través de la interpretación de dibujos y respuestas a preguntas. Proporciona información clínicamente relevante sobre el estado emocional y de salud mental de una persona. Además, es útil para evaluar el daño cerebral y el funcionamiento mental general. Puede utilizarse como parte de una batería diagnóstica y en la planificación del tratamiento (Becker-Weidman, 2020).

Diagnóstico

- 300.4 (F34.1) Trastorno depresivo persistente, de inicio tardío, con episodio de depresión mayor persistente, grave.
- 301.6 (F60.7) Trastorno de la personalidad dependiente.
- 301.82 (F60.6) Trastorno de la personalidad evitativa.

Diagnóstico diferencial

- 300.4 (F34.1) Trastorno depresivo persistente, de inicio tardío, con episodio de depresión mayor persistente, con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo, grave.

El criterio E del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) (APA, 2013), del trastorno depresivo persistente, indica que “*nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico*”. No obstante, en el caso de Amaia, se hipotetiza que el episodio hipomaníaco (el único constatado), fue inducido por un cuadro de hipertiroidismo por un Graves Basedow (Bennett, 2021).

- Trastorno Límite de la Personalidad (TLP).

Intervención

1ª Sesión

Tras recibir la interconsulta, acudieron una psicóloga clínica del Equipo de Interconsulta y una Psicóloga Interna Residente (PIR) a la UHB con el objeto de valorar el funcionamiento cognitivo y de personalidad de la

paciente. Se comienza el estudio y Amaia refiere que es una persona a la que le asusta todo, “tengo fobia a la ducha, fobia a lavarme los dientes, a que se me caiga el agua...”. Se muestra preocupada por los tratamientos de la planta y por el temblor en miembros superiores. Inicialmente la paciente se muestra colaboradora y contesta adecuadamente a las preguntas de la primera prueba de personalidad de respuesta dicotómica (Sí/No). No obstante, progresivamente muestra mayor temblor y quejas de cansancio, empezando a verbalizar dificultades de comprensión y memoria que no se observan al comienzo. Ante esto, se decide cambiar de prueba y se intenta administrar la prueba proyectiva HTP. De nuevo inicia más colaboradora pero gradualmente muestra un temblor cada vez más incapacitante y grosero. En conversación espontánea sus dificultades se muestran menos evidentes. A la media hora se decide suspender la evaluación y se informa a la paciente de que se retomará otro día.

2ª Sesión

Se reanuda el estudio de personalidad y funcionamiento cognitivo de la paciente. Al igual que en la primera sesión, en un primer momento Amaia se muestra colaboradora y se esfuerza en la realización de las pruebas. A medida que se avanza en la prueba de personalidad, aparece una actitud similar al día previo, con ideas de incapacidad, refiriendo dificultades de comprensión y para pensar, “no entiendo, no sé qué me pasa, aunque en realidad yo siempre he sido así, que no me entero de las cosas”. Se muestra preocupada por su rendimiento y tiene la sensación subjetiva de una ejecución muy pobre en las pruebas.

3ª Sesión

Se terminaron de administrar los cuestionarios de personalidad y se completó el estudio neuropsicológico. Se corrigieron las pruebas y se redactaron los resultados de estas para que quedasen al alcance de los profesionales de la UHB.

4ª Sesión

Se reúne el equipo de psicología clínica de la interconsulta con los profesionales de psiquiatría de la UHB para revisar el plan terapéutico para Amaia. Se acuerda realizar una sesión familiar para obtener más información del curso de los síntomas de Amaia y de la dinámica familiar. Se le expone este plan a la paciente, quien acepta, aunque algo dubitativa. Con autorización de la paciente, se intenta contactar con el marido de Amaia (Antonio) en diversas ocasiones, pero se muestra ilocalizable. Posteriormente se logra contactar con el hijo menor de la paciente (Andrés) quien se muestra abierto y colaborador a acudir a una entrevista, afirmando que él conoce mucho más a su madre que Jorge (hijo mayor de la paciente). Aun así, se compromete a hablar con su hermano para que ambos puedan acudir a la entrevista.

5ª Sesión

Esta última sesión consiste en la entrevista familiar entre la psicóloga clínica del Equipo de Interconsulta y Andrés – el hijo menor de la paciente. Jorge, el hijo que vive con Amaia, no pudo asistir por referir incompatibilidad con su horario laboral. Según cuenta Andrés, Amaia vivió una infancia complicada, recibiendo malos tratos por parte de su padre. En general, su familia de origen siempre fue desligada (su hijo ni siquiera conoce el nombre de todos los hermanos de Amaia) y la intoxicación por aceite de colza que sufrió su madre supuso mucho rechazo y estigmatización. En sus primeros recuerdos describe a su madre como una mujer con carácter, bondadosa y muy implicada en la crianza de sus hijos. Era capaz de gestionar la casa,

comidas, dinero, asuntos escolares, la compra, etc. Refiere incluso recordarla *regateando* en comercios. En aquellos primeros momentos (infancia de los hijos) su padre se encontraba descompensado de su presunto trastorno bipolar y consumía grandes cantidades de alcohol. Andrés niega haber presenciado escenas de violencia física, aunque sí discusiones y amenazas verbales; afirmando que, con el paso de los años, su padre se fue regulando más. Así, cuando los hijos eran ya adolescentes, la convivencia en casa fue más tranquila, aunque siempre en contexto de precariedad económica. A este respecto, relata que Amaia siempre trabajó mucho en casa, “estaba siempre todo impoluto”, y su padre tuvo trabajos esporádicos (p. ej. instalaciones eléctricas) pero no fue muy trabajador, ya que su familia de origen tenía más dinero y a veces le ayudaban económicamente.

Años después la situación económica de la paciente mejoró e incluso fueron a vivir una temporada a una casa en la playa. Andrés describe el estado de euforia de Amaia de aquel momento como claramente desmedido, aludiendo a que su madre hasta hace cuatro años, el único ocio que había tenido era hacer ganchillo, y que de repente comenzó a hacer viajes, se apuntó para sacarse el carné de conducir, se gastaba hasta 100 euros al día en, por ejemplo, ir a la peluquería, etc. Refiere que su madre llegó a estar de este modo unos seis meses, y tras el transcurso de una semana comenzó a empeorar muy rápidamente y a encontrarse cada vez más deprimida, con conciencia y verbalización de que algo iba mal. Recuerda perfectamente que Amaia estaba comiendo, vomitó y desde ese momento nunca volvió a ser como antes. De fondo, había problemas con su familia de origen, su padre había fallecido hacía un mes, estaba teniendo disputas de herencia, entre otras, con sus hermanos, pero no le parecían asuntos lo suficientemente graves para detonar el estado de Amaia. Describe desde ese momento un cuadro muy similar en Amaia al que se pudo observar durante este ingreso “mi madre tenía convicción de que se iba a morir, de que era incapaz de comer cuando sí lo hacía, no podía gestionar tareas que antes hacía con naturalidad, etc.”.

Explorando la dinámica familiar, Andrés describe nuevamente a Amaia como muy implicada, siempre disponible como madre, que daba la cara por sus hijos ante quien fuera (profesores, su padre...), sin relación con su familia de origen y una relación fluctuante con la familia de origen de su marido. Asimismo, describe una buena relación vecinal “siguen preguntando en el barrio por ella”, aunque a veces tuviesen discusiones por el comportamiento de Antonio. Describe a su padre como menos implicado pero disponible si había “problemas”. Entre su padre y su madre no había planes de futuro manifiestos más allá de los esperables. Por último, asegura que Amaia siempre había comido saludablemente, nunca había consumido tóxicos y no cree que tuviera dificultades intelectuales, describiéndola como una mujer “poco culta pero muy espabilada”. Al final de la entrevista refiere sentimientos de desesperanza respecto a la clínica de su madre, sintiéndose, como familia, incapaces de brindarle a Amaia los cuidados que necesita y sobrepasados por la situación. No obstante, asegura que apoyaría las medidas terapéuticas que ofreciéramos desde salud mental que pudiesen beneficiar a su madre.

Resultados

A continuación, se detallan los resultados de las pruebas neuropsicológicas, de los cuestionarios de personalidad y de la técnica proyectiva que fueron administrados a la paciente.

Por un lado, la evaluación neuropsicológica (ver tabla 1) refleja un funcionamiento cognitivo sugestivo de deterioro cognitivo, medido de manera general por la prueba de MoCA. Además, las pruebas específicas de memoria verbal, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento, indican un rendimiento inferior respecto a su población de referencia. Estos resultados son consistentes con una evaluación del funcionamiento cognitivo general que se realizó a través de la batería WAIS-IV en marzo del 2021 (ver anexo 1). Durante la subprueba de búsqueda de la llave, la paciente planificó adecuadamente la tarea, demostrando comprensión de la misma y capacidad para generar una estrategia cognitiva adecuada. No obstante, se observaron limitaciones para trasladar estas ideas a la práctica, pudiendo apreciarse dificultades de organización y adaptación en la ejecución. Es importante señalar, que no se encontró mayor deterioro respecto a exploraciones previas y no aparecían alteradas las pruebas de simulación.

Tabla 1. Pruebas de Neuropsicología

EVALUACIÓN COGNITIVA DE MONTREAL (MoCA)			
SUBPRUEBA	PD ^a	PTz ^b	INTERPRETACIÓN
Visuoespacial/Ejecutiva	1/5	-	-
Identificación	2/3	-	-
Atención	1/2	-	-
Lenguaje	0/2	-	-
Abstracción	0/2	-	-
Recuerdo diferido	2/5	-	-
Orientación	4/6	-	-
Total	10/30	-	Indicador de deterioro cognitivo
MEMORIA LÓGICA - WECHSLER MEMORY SCALE – IV (WMS-IV) *			
SUBPRUEBA	PD	PTz	INTERPRETACIÓN
Memoria Lógica- I	8/50	-2.33	Muy inferior
Memoria Lógica- II	8/50	-1.67	Inferior
Reconocimiento	19/30	^c Pc < 2	Muy inferior
DÍGITOS - WECHSLER ADULT INTELLIGENCE SCALE – IV (WAIS-IV) *			
SUBPRUEBA	PD	PTz	INTERPRETACIÓN
Dígitos	16/48	-1.67	Inferior
SYMBOL DIGIT MODALITY TEST (SDMT)*			
SUBPRUEBA	PD	PTz	INTERPRETACIÓN
Modalidad Oral	18	-1.9	Inferior
TEST DE SIMULACIÓN DE DÉFICITS DE MEMORIA (TOMM)			
SUBPRUEBA	PD	PTz	INTERPRETACIÓN
Ensayo 1	49/50	-	No existen indicios de simulación
Ensayo 2	50/50	-	No existen indicios de simulación
Ensayo 3	50/50	-	No existen indicios de simulación
BEHAVIOURAL ASSESSMENT DYSEXECUTIVE SYNDROME (BADS)			
SUBPRUEBA	INTERPRETACIÓN CUALITATIVA		
Búsqueda de la llave	Entiende la tarea y capta de manera autónoma que debe cubrir toda la superficie para encontrar la llave. Hace una búsqueda sistemática, sin embargo, no percibe que ha dejado áreas del mapa sin cubrir/explorar.		

^aPD = puntuación directa. ^bPTz = puntuación típica, media = 0, desviación típica = 1. ^cPc= Percentil. *Ajustado por nivel escolaridad y/o edad.

Tabla 2. *Cuestionarios para la Evaluación de Personalidad*

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA DEL DSM-IV, EJE II (SCID-II)	
TP	INTERPRETACIÓN
Evitación	Cumple criterios
Dependencia	Cumple criterios
Obsesivo-Compulsivo	No cumple criterios
Pasivo-Agresivo	No cumple criterios, pero se encuentran puntuaciones altas
Depresivo	No cumple criterios
Paranoide	No cumple criterios
Esquizotípico	No cumple criterios
Esquizoide	No cumple criterios
Histriónico	No cumple criterios
Narcisista	No cumple criterios
Límite	Cumple criterios
Antisocial	No cumple criterios
NEO FIVE FACTOR INVENTORY (NEO-FFI)	
FACTORES	INTERPRETACIÓN
Neuroticismo	Muy alto
Amabilidad	Medio
Responsabilidad	Muy bajo
Apertura a la experiencia	Muy bajo
Extraversión	Muy bajo

Por otro lado, los cuestionarios de personalidad (ver tabla 2) reflejan la gran elevación del factor de Neuroticismo. En cuanto a los rasgos más destacados, Amaia cumplió criterios para el diagnóstico de trastorno de personalidad límite, evitativo y dependiente.

Por último, en cuanto a la técnica proyectiva, la prueba HTP, la paciente realizó tres dibujos muy pueriles (ver anexo 2), con una construcción deficiente y un trazo en *zig-zag* muy marcado secundario a temblor grosero. Es importante recordar que la prueba HTP es de baja validez (Lin et al., 2022), sobre todo teniendo en cuenta la existencia de un déficit motor extrapiramidal marcado en la paciente, que podría invalidar su ejecución en la prueba. Existe literatura que relaciona el síndrome de aceite tóxico con atrofia muscular que podría explicar, al menos parcialmente, el déficit motor observado en la paciente (Carnero et al., 2011).

Discusión

Como bien se evidencia en la literatura científica, el papel del psicólogo clínico en el ámbito hospitalario en general, y en una unidad de agudos en particular, es cada vez más frecuente (Berry et al., 2022). Con nuestra intervención, a pesar de contar con un tiempo limitado, hemos podido esclarecer algunos de los beneficios que puede suponer para el paciente y sus familiares incluir a la figura del psicólogo clínico como parte del trabajo multidisciplinar en una UHB.

Por un lado, la intervención familiar resultó ser muy valiosa para entender la evolución del caso, dado que la sintomatología afectiva y caracterial de la paciente no se manifiesta de forma aislada, sino que ocurre en un contexto (familiar, social, comunitario, etc.). En este caso, nos encontramos ante una familia con altos niveles de desbordamiento y emoción expresada, resultando así, la intervención familiar imprescindible para el abordaje de la paciente, como detallaremos más adelante.

Por otro lado, los resultados de las pruebas neuropsicológicas y de personalidad sirvieron para ofrecer información clínica útil y necesaria para la comprensión e integración del caso. En primer lugar, se observó un funcionamiento cognitivo sugestivo de deterioro cognitivo pues a pesar de un funcionamiento intelectual límite ya conocido, fue llamativa la afectación que se aprecia en atención, memoria inmediata y velocidad de procesamiento. Existen distintas explicaciones plausibles para estas dificultades cognitivas. Entre ellas, está la posibilidad de que las dificultades surjan como una consecuencia indeseada de la medicación psicofarmacológica, puesto que la literatura científica apunta a que estos fármacos pueden tener efectos negativos a nivel neuropsicológico. El uso a largo plazo de benzodiazepinas puede tener efectos negativos en la memoria y el aprendizaje, y en la función ejecutiva, incluyendo la planificación y la toma de decisiones (Crowe y Stranks, 2018). Los efectos adversos metabólicos de los antipsicóticos también pueden influir negativamente en la función cognitiva de los individuos que los utilizan, afectando a múltiples dominios como memoria, atención, funciones ejecutivas y funciones visoespaciales (MacKenzie et al., 2018). De igual manera, las dificultades cognitivas podrían estar relacionadas con el síndrome de colza, ya que se han documentado casos previos de pacientes que presentaron déficits cognitivos tras su intoxicación (López-Ibor, 1985).

Por otra parte, algunas de las dificultades en las pruebas podrían derivar de la clínica ansioso-depresiva que presenta la paciente (p.ej. las dificultades de concentración, de velocidad de procesamiento...) (Bernero et al., 2017). Además, investigaciones como la de Schwert et al. (2018), destacan que las personas con trastorno depresivo mayor a menudo tienen percepciones sesgadas de su funcionamiento cognitivo, subestimando sus capacidades, lo que podría afectar negativamente a su rendimiento cognitivo. En esta línea, existen estudios que vinculan el entorno familiar con la influencia en el rendimiento cognitivo y en la percepción de las capacidades. En el caso de Amaia, creemos que este factor podría ser significativo, dada la claudicación familiar presente (Garber, 2010). Por último, la reducción drástica del nivel de actividad de la paciente en estos últimos años podría estar influyendo negativamente en su funcionamiento ejecutivo-atencional (Rock et al., 2014).

En cuanto a la personalidad, la gran elevación del factor de Neuroticismo, remite a una gran inestabilidad emocional y a la tendencia general a experimentar sentimientos negativos de manera amplificadas, así como susceptibilidad a alteraciones psiquiátricas del eje I, en especial trastornos afectivos. Esto podría relacionarse con la actitud regresiva de la paciente junto a los frecuentes requerimientos de cuidado. Por

último, cuando se le preguntó acerca de los dibujos realizados durante la técnica proyectiva (ver anexo 2), la paciente elaboró historias simples en las que se identificaba de manera inmediata, verbalizando relaciones dependientes y poco realistas.

Conocer las características del funcionamiento cognitivo y de la personalidad de la paciente ayudó en la difícil tarea de discernir qué opción terapéutica podía adaptarse mejor a la paciente. Por un lado, los resultados neuropsicológicos evidenciaron que era necesario fomentar una rutina y aumentar el nivel de actividad física y cognitiva en la paciente para tratar de evitar mayor deterioro cognitivo. Así mismo, aunque el funcionamiento cognitivo de Amaia mostraba déficits, era suficientemente bueno para garantizar con mayor probabilidad una adaptación satisfactoria a un recurso fuera del domicilio. Por otro lado, las pruebas de personalidad, aunque no son herramientas con finalidad diagnóstica en sí mismas, y siempre deben interpretarse de manera integrada con el resto de la exploración clínica, sí que permitieron contemplar los rasgos dependientes y evitativos que conforman con mayor probabilidad la estructura de la personalidad de la paciente. En última instancia, la evaluación de la personalidad tenía como objeto valorar si la paciente demostraba coherencia interna en las pruebas, lo cual ayudó a confirmar una hipótesis diagnóstica y, además, permitir un conocimiento más profundo de la paciente con un propósito movilizador. A su vez, las pruebas permitieron recabar información clínica relevante sobre su autoconcepto y funcionamiento relacional.

El TLP no fue diagnosticado finalmente en la paciente. Como indican Shah y Zanarini (2018), el diagnóstico del TLP es particularmente complejo y requiere una evaluación exhaustiva. Durante la entrevista en profundidad con la paciente, utilizando la SCID-II, las respuestas proporcionadas no cumplían con los criterios específicos del DSM para el TLP, y los síntomas parecían explicarse de manera más coherente como parte de la depresión y del trastorno de personalidad dependiente (APA, 2013).

Por otra parte, además de los trastornos de la personalidad dependiente y evitativo, Amaia fue diagnosticada con un trastorno depresivo persistente de inicio tardío y grave. Este diagnóstico se hace en relación a la presencia de un ánimo triste y sentimientos de vacío persistentes, desesperanza, fatiga, ideación autolítica y cambios cognitivos que afectan significativamente a su funcionalidad. En el diagnóstico diferencial se incluye la posibilidad de que el trastorno depresivo persistente esté acompañado de características psicóticas congruentes con el estado de ánimo. Sin duda Amaia presenta ideas sobrevaloradas en relación a una incapacidad para la ingesta y para conciliar el sueño, que se acompañan de ideas de muerte. No obstante, en ocasiones la paciente se muestra más distanciada de estas ideas y se acompañan de menor repercusión conductual y emocional, surgiendo así la posibilidad de poder descartar clínica claramente psicótica. El diagnóstico diferencial es relevante pues cuando un trastorno del estado de ánimo se acompaña de sintomatología psicótica denota mayor gravedad, condiciona el tratamiento farmacológico y perjudica la capacidad de *insight* de la paciente en un proceso terapéutico (Trelles et al., 2020).

Como se reseñó con anterioridad, en la entrevista familiar se objetivó una gran conflictividad en el domicilio en relación a la mala relación actual entre Amaia y su marido. Los hijos de Amaia describen una relación dificultosa entre ellos desde siempre con numerosos episodios de heteroagresividad verbal por parte de Antonio en casa y la tendencia de Amaia, aunque insegura en la toma de decisiones, a defender y cuidar de sus hijos. Describen un problema de consumo de alcohol y de salud mental (trastorno bipolar tipo II) en su padre que, aunque más estable, seguía implicando numerosas crisis de pareja en relación a las descompensaciones. Se evidenció que era necesario el trabajo a nivel domiciliario, con el resto de los miembros de la familia, para tratar de favorecer el progreso de Amaia. En este contexto, hubo una coordinación entre la UHB y el CSM de zona para poder ofrecerle a su marido seguimiento por parte de psiquiatría.

En todo momento se evidenció que era difícil esperar un manejo ambulatorio del caso pues en los diversos contactos con sus hijos y su marido se manifestaba claudicación familiar frente a la clínica ya muy instaurada de Amaia. Aun así, en coordinación con la psiquiatra de referencia de la paciente, se propusieron visitas a domicilio por parte de enfermería que fueron aceptadas por toda la familia. Inicialmente enfermería comenzó a acudir a la UHB a visitar a Amaia con el fin de ir vinculando y citó a los miembros de la familia en CSM, si bien estos no llegaron a acudir a ninguna de las citas. Pese a dicha propuesta, la refractariedad del cuadro de Amaia no se modificó, de hecho, aumentaron las amenazas autolíticas y empeoró el ánimo depresivo y la colaboración, ante la perspectiva de la vuelta al domicilio.

Ante la imposibilidad de realizar mayor intervención en la UHB al no ser este un dispositivo de intervención larga, hubo nuevamente una coordinación con CSM, comunicando la imposibilidad de alta hospitalaria y la necesidad de priorizar a la paciente en la lista de espera en una Unidad de Media Estancia (UME). El resto del ingreso consistió en un trabajo para la preparación de la paciente para la UME y a la espera de plaza. Este planteamiento terapéutico se consideró oportuno teniendo en cuenta varios factores. En primer lugar, existe literatura científica que respalda el uso de apoyos contextuales para trastornos de la personalidad (en el caso de Amaia por rasgos de personalidad tipo C – dependientes y evitativos), por la buena respuesta terapéutica en general y más concretamente en la reducción de los síntomas y la adaptación social (Chiesa et al., 2004). En segundo lugar, el deterioro cognitivo de la paciente junto a la claudicación familiar justifica introducir ayudas externas. Por último, la UME se plantea como elección terapéutica ante el agotamiento de la vía de los ingresos hospitalarios (algunos de ellos de meses de duración) y la poca respuesta al tratamiento farmacológico constatada a lo largo del tiempo.

El presente trabajo tiene varias limitaciones. Entre ellas, al tratarse de un estudio de caso es cuestionable su representatividad y la generalización del mismo a otros pacientes, no siendo posible diseñar otra observación idéntica y controlada. Además, siendo un estudio retrospectivo, es difícil garantizar toda la recogida de datos pertinentes del paciente, así como de sus familiares y profesionales sanitarios. Tampoco se ha podido contar con una valoración longitudinal del caso, siendo a su vez recomendable repetir una evaluación neuropsicológica exhaustiva de forma ambulatoria (como test-retest), comparando los resultados con aquellos obtenidos durante la hospitalización, si persisten las sospechas de deterioro cognitivo. Por otro lado, se trata de un estudio observacional donde a pesar del esfuerzo de los profesionales para realizar un abordaje en equipo y multidisciplinar, la subjetividad del observador podría sesgar alguna información relevante. Por último, sería recomendable realizar estudios adicionales que documenten los efectos neurodegenerativos en personas con intoxicación por aceite de colza, dado que existe escasa bibliografía reciente al respecto.

Para terminar, es importante destacar que, aunque no fue posible lograr un seguimiento ambulatorio de Amaia, teniendo que optar por sacar a la paciente de su entorno habitual; se considera que la opción terapéutica de la UME cubría las necesidades de cuidado que la paciente requería en ese momento para aumentar su calidad de vida, fuera del entorno hospitalario.

Conclusiones

Entre los distintos roles que puede ocupar un psicólogo clínico en el ámbito hospitalario, está formar parte del Equipo de Interconsulta y Enlace. Este trabajo expone las aportaciones de Psicología Clínica en respuesta a una interconsulta realizada desde una UHB, en relación a una paciente que ingresa voluntariamente tras una sobreingesta medicamentosa. Entre las labores realizadas para responder adecuadamente a la demanda y así, colaborar en el proceso terapéutico de la paciente, se encuentran una intervención terapéutica familiar y una evaluación neuropsicológica y de la personalidad de la paciente.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Médica Panamericana Madrid.
- Becker-Weidman, A. (2020). House-Tree-Person projective drawing test. *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*, 2047-2049. https://doi.org/10.1007/978-3-319-24612-3_38
- Bennett, B., Mansingh, A., Fenton, C. y Katz, J. (2021). Graves' disease presenting with hypomania and paranoia to the acute psychiatry service. *BMJ case reports*, 14(2), e236089. <https://doi.org/10.1136/bcr-2020-236089>
- Bernero, M. F., Jardon, M., Carranza, I. P., Bastida, M. F. y Mías, C. D. (2017). Prevalencia de Deterioro Cognitivo y Depresión en un Servicio Público de Neuropsicología. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, 3(2), 335-342. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/aifp/article/view/18886>

- Berry, K., Raphael, J., Haddock, G., Bucci, S., Price, O., Lovell, K., Drake, R. J., Clayton, J., Penn, G. y Edge, D. (2022). Exploring how to improve access to psychological therapies on acute mental health wards from the perspectives of patients, families and mental health staff: qualitative study. *BJPsych Open*, 8(4), e112. <https://doi.org/10.1192/bjo.2022.513>
- Blanco, C. (2022). Fundamentos teórico-técnicos para la comprensión y detección de la simulación de déficits neurocognitivos. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 16(1), 23-27. <https://doi.org/10.5839/rcnp.2022.16.01.04>
- Buck, J., (revised by Warren, W.). (1995). *House-tree-person projective drawing technique: Manual and interpretive guide*. Western Psychological Services.
- Carnero, P. R., Sánchez, M. C., Collado, Z. M., Moreno, J. D. y Sanz, N. M. (2011). El síndrome del aceite tóxico: 30 años después. *Revista Española de Medicina Legal*, 37(4), 155-161.
- Chiesa, M., Fonagy, P., Holmes, J. y Drahorad, C. (2004). Residential versus community treatment of personality disorders: a comparative study of three treatment programs. *American Journal of psychiatry*, 161(8), 1463-1470. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.8.1463>
- Costa, P. T. y McCrae, R. R. (1988). Personality in adulthood: A six-year longitudinal study of self-reports and spouse ratings on the NEO Personality Inventory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(5), 853-863. <https://doi.org/10.cqsmx9>
- Crowe, S. F. y Stranks, E. K. (2018). The residual medium and long-term cognitive effects of benzodiazepine use: an updated meta-analysis. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 33(7), 901-911.
- Dautzenberg, G., Lijmer, J. y Beekman, A. (2020). Diagnostic accuracy of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) for cognitive screening in old age psychiatry: Determining cutoff scores in clinical practice. Avoiding spectrum bias caused by healthy controls. *International journal of geriatric psychiatry*, 35(3), 261-269. <https://doi.org/10.1002/gps.5227>
- Eizaguirre, M. Á. V. (2004). El trabajo del psicólogo en la Unidad de Agudos. *Norte de Salud Mental*, 5(21), 63-68. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4830450.pdf>
- Esbec, E. y Echeburúa, E. (2014). La evaluación de los trastornos de la personalidad según el DSM-5: recursos y limitaciones. *Terapia psicológica*, 32(3), 255-264. <https://doi.org/10.4067/s0718-48082014000300008>
- Fellows, R. P. y Schmitter-Edgecombe, M. (2020). Symbol digit modalities test: regression-based normative data and clinical utility. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 35(1), 105-115. <https://doi.org/10.1093/arclin/acz020>
- Ferreira, E. y Calderón, C. (2022). *Evaluación de Adultos: WAIS-IV. Evaluación de aptitudes cognitivas*. [Documento docente]. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona.
- Fuentetaja, A. M. L. y Villaverde, O. I. (2019). Intervención psicológica en el ámbito hospitalario. *Clínica Contemporánea*, 10(1), e1. <https://doi.org/10.5093/CC2019A2>
- Garber, J., y Cole, D. A. (2010). Intergenerational transmission of depression: A launch and grow model of intergenerational transmission and prevention. *Psychological Science*, 21(8), 1171-1176.
- Hackspiel, M. M. y Paredes-Garavito, O. (2021). Descripción de los resultados de las pruebas neuropsicológicas en el diagnóstico diferencial de los pacientes con Alzheimer. *Investigación En Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 22, 1-9. <https://doi.org/10.11144/javeriana.ie22.drpn>
- Lin, Y., Zhang, N., Qu, Y., Li, T., Liu, J. y Song, Y. (2022). The House-Tree-Person test is not valid for the prediction of mental health: An empirical study using deep neural networks. *Acta Psychologica*, 230, 103734.
- Lopez-Ibor, J. J., Soria, J., Canas, F. y Rodriguez-Gamazo, M. (1985). Psychopathological aspects of the toxic oil syndrome catastrophe. *The British Journal of Psychiatry*, 147(4), 352-365.
- MacKenzie, N. E., Kowalchuk, C., Agarwal, S. M., Costa-Dookhan, K. A., Caravaggio, F., Gerretsen, P., Chintoh, A., Remington, G. J., Taylor, V. H., Müller, D. J., Graff-Guerrero, A. y Hahn, M. K. (2018). Antipsychotics, Metabolic Adverse Effects, and Cognitive Function in Schizophrenia. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 622. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00622>
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. L. y Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A Brief Screening Tool For Mild Cognitive Impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695-699. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>

- Requena, G. C., Urrutia, A. R., Calvo, E. y Puig, G. P. (2015). Interconsulta y psiquiatría de enlace: estudio descriptivo de las interconsultas a psicología clínica. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (115), 11-15. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5208939>
- Reyes-Rodríguez, M. F., Maldonado, N., Trujillo, L. A., Resett, S., González Caino, P. y Mesurado, B. (2022). Evidencias de validez del Inventario NEO-FFI en adultos mayores colombianos. *CES Psicología*, 15(2), 135-150. <https://doi.org/10.21615/cesp.6136>
- Rock, P. L., Roiser, J. P., Riedel, W. J. y Blackwell, A. D. (2014). Cognitive impairment in depression: a systematic review and meta-analysis. *Psychology Medical*, 44(10), 2029–2040. <https://doi.org/10.1017/s0033291713002535>
- Schwert, C., Stohrer, M., Aschenbrenner, S., Weisbrod, M. y Schröder, A. (2018). Biased neurocognitive self-perception in depressive and in healthy persons. *Journal of Affective Disorders*, 232, 96–102. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.031>
- Shah, R., y Zanarini, M. C. (2018). Comorbidity of Borderline Personality Disorder: Current Status and Future Directions. *The Psychiatric clinics of North America*, 41(4), 583–593. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.009>
- Smith, A. (2002). *Test de Símbolos y Dígitos SDMT*. TEA Ediciones.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B. y Gibbon, M. (1989). *Structured Clinical Interview for DSM-III-R, Axis II. SCID-II*. Rev. Biometrics Research Department. New York State Psychiatric Institute.
- Strauss, E., Sherman, E. M. y Spreen, O. (2006). *A compendium of neuropsychological tests: Administration, norms, and commentary*. American chemical society.
- Tombaugh, T. N. (1997). The Test of Memory Malingering (TOMM): Normative data from cognitively intact and cognitively impaired individuals. *Psychological Assessment*, 9(3), 260-268. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.9.3.260>
- Trelles, X. F. R., Tapia, C. J. R., Martínez, B. A. E., Guzmán, Á. F. A. y Pérez, Y. M. M. (2020). Complementariedad terapéutica en el trastorno depresivo mayor con síntomas psicóticos Therapeutic complementarity in major depressive disorder with psychotic symptoms. *Revista Killkana Salud y Bienestar*, 4(3), 35-40. <https://doi.org/10.26871/killcanasalud.v4i3.627>
- Wechsler, D. (2012). *WAIS-IV. Escala de Inteligencia de Wechsler para adultos-IV*. Pearson Educación.
- Wechsler, D. (2013). *WMS-IV: Escala de memoria de Wechsler-IV, manual técnico y de interpretación*. Pearson Educación.
- Wilson, B. A., Evans, J. J., Alderman, N., Burgess, P. W. y Emslie, H. (2004). Behavioural assessment of the dysexecutive syndrome. *Methodology of Frontal and Executive Function*, 5, 240-251. <https://doi.org/10.4324/9780203344187-15>
- Wilson, B. A., Alderman, N., Burgess, P. W., Emslie, H. y Evans, J. J. (1996). *BADS: Behavioural assessment of the dysexecutive syndrome*. Pearson.

Artículo recibido: 10/12/2023

Artículo aceptado: 11/07/2024

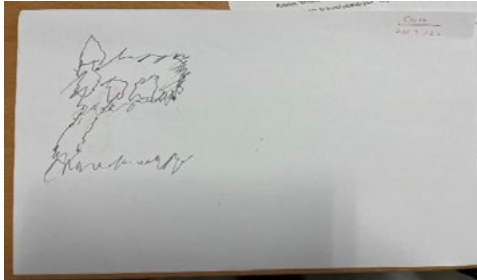
Anexo 1. *Evaluación del funcionamiento cognitivo general de la paciente durante un ingreso hospitalario en la UHB en marzo de 2021*

WECHSLER ADULT INTELLIGENCE SCALE – IV (WAIS-IV) *		
ÍNDICE	PD	INTERPRETACIÓN
Índice de Comprensión Verbal (ICV)	63	Muy bajo
Índice de Razonamiento Perceptivo (IRP)	50	Muy bajo
Índice de Memoria de Trabajo (IMT)	60	Muy bajo
Índice de Velocidad de Procesamiento (IVP)	50	Muy bajo
Cociente de Inteligencia Total (CIT)	44	Muy bajo

Nota. Conclusiones: capacidad cognitiva en el intervalo de discapacidad intelectual moderado. Dado el funcionamiento previo de la paciente, la sintomatología que presenta, caracterizada por bloqueos, conducta pueril, ánimo depresivo, lentitud psicomotriz, sentimientos de culpa y discapacidad, etc., así como una evaluación realizada en contexto de ingreso hospitalario, es probable que los resultados estén en el rango bajo de la capacidad real de la paciente. No obstante, dada la sintomatología de la paciente es complicado extraer conclusiones fiables en este momento.

Anexo 2. Test de dibujo proyectivo House-Tree-Person (HTP)

A continuación, se encuentran los tres dibujos realizados por la paciente durante el test de dibujo proyectivo House-Tree-Person (HTP).

A) Casa.**B) Árbol.****C) Persona.**