



G CONSELLERIA  
O SALUT I CONSUM  
I SERVEI SALLT  
B IL·LES BALEARS  
/

**Examen del concurso-oposición para optar a plazas de la categoría facultativo/facultativa especialista de área de psiquiatría del Servicio de Salud de las Islas Baleares**

Advertencias:

- No abra el cuestionario hasta que se lo indiquen.
- Si observa alguna anomalía en la impresión del cuestionario, pida que se lo cambien.
- Esta prueba consta de cinco casos prácticos, de los cuales tiene que elegir solo uno para responder las preguntas que se formulan. A cada pregunta se le ha asignado una puntuación propia.
- La valoración global de la prueba es de 60 puntos; para superarla hay que lograr la puntuación mínima de 30 puntos.
- Durante la prueba tiene que mantener apagados el teléfono móvil y cualquier otro aparato que permita la comunicación telemática.
- El tiempo para completar el ejercicio es de dos horas (120 minutos).



## Caso práctico 1

Margarita es una mujer de 63 años, viuda desde hace cuatro años. Es propietaria de un centro de estética, en el que trabaja. Tiene dos hijos independizados que viven con sus parejas respectivas, y dos nietos.

Sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés. Episodio depresivo hace unos treinta años, del que fue tratada por su médico de atención primaria con ISRS, con buena respuesta. Posteriormente, cuadros de ansiedad coincidentes con estresores laborales y durante la grave enfermedad y el fallecimiento de su marido. Hace cuatro años hizo una tentativa autolítica grave con benzodiazepinas en el contexto de un nuevo episodio depresivo mayor, con síntomas del tipo melancólico. Siguió un tratamiento con un psiquiatra privado durante unos 4-6 meses, pero lo dejó por su cuenta cuando consideró que se encontraba bien. Acude al servicio de urgencias de un hospital en un estado de intensa inquietud psicomotriz (apenas puede permanecer sentada más de un minuto). Durante la entrevista manifiesta que está muy agobiada y reitera que «no tiene salvación» y que «ha llevado a su familia a la ruina». Según los hijos, el cuadro se inició tres meses antes por un pequeño problema con la declaración del impuesto sobre la renta motivado por la venta de las acciones que su marido le dejó en herencia. Empezó a estar triste, abatida, sin ilusión ni interés por nada. Apática, con poca energía, refiere que está siempre cansada. Dejó de acudir al trabajo porque estaba convencida de que todos conocían «su fraude a Hacienda» y hablaban de ello. Se aísla en su habitación, sin apenas hablar ni relacionarse con familiares ni amistades. Incluso la presencia de sus nietos, de 3 y 5 años, le molesta y la irrita con facilidad. No disfruta con nada de lo que antes le resultaba placentero. Apenas tiene apetito y ha perdido unos cinco kilos en el último mes. Aunque suele dormirse con facilidad, se despierta de madrugada y no puede volver a dormirse; es en estas horas cuando se encuentra peor.

Han ido aumentando la ansiedad, la inquietud y el desasosiego, con ideas de culpa por la convicción de «no haber cuidado a su marido durante la larga enfermedad que padeció» y «haber llevado a su familia a la ruina» (ambos hechos son negados por los hijos). También tiene ideas recurrentes de muerte por la convicción de «merecer un castigo por ser una mala persona». Está preocupada porque las vecinas hablan de ella y porque ocasionalmente oye la voz de su marido, que le dice que debe matarse para reunirse con él. El cuadro cursa con periodos de tiempo en que la paciente está estuporosa, mutista (no responde a estímulos verbales o solo lo hace con monosílabos) y con cierto oposicionismo (es necesario insistir para que se alimente y beba). Usando los datos de que dispone, desarrolle cuál le parece la mejor manera de abordar este caso y justifique y referencie sus respuestas basándose en la mejor evidencia científica y en las clasificaciones internacionales actuales.

#### PREGUNTAS

1. ¿Cuál considera que es el diagnóstico más probable? Especifique los criterios diagnósticos. (12 puntos)
2. ¿Con qué patologías hay que hacer el diagnóstico diferencial? (12 puntos)
3. Epidemiología, curso, pronóstico y riesgo de suicidio en esta patología. (12 puntos)
4. Estrategias de tratamiento farmacológico para este trastorno en sus diferentes fases. (12 puntos)
5. ¿Qué lugar ocupa la terapia electroconvulsiva (TEC) en la estrategia de tratamiento en este caso? Describa sus indicaciones, precauciones, posibles efectos secundarios y contraindicaciones. (12 puntos)



## Caso práctico 2

Marco es un paciente de 17 años que acude al hospital de día desde hace un año. Está diagnosticado de trastorno psicótico sin especificar y en tratamiento con antipsicóticos orales (mañana y noche), además de un estabilizador del ánimo tres veces al día y un antidepresivo del tipo ISRS en dosis máximas. Ha tenido que ingresar unas cuantas veces en la unidad de hospitalización por síntomas psicóticos y desorganización conductual. En todas las ocasiones la dinámica es similar: acude al servicio de urgencias tras varios días en casa inquieto, irritado, intranquilo, con interpretaciones deliriosas del entorno e intensa angustia. Normalmente, el desencadenante de la descompensación es un cambio en la rutina o en alguno de sus hábitos. La familia lo define como rígido, muy adherido a las rutinas y con conductas muy repetitivas. A las pocas horas del ingreso se organiza conductualmente, se tranquiliza, sigue perfectamente las normas de la planta de hospitalización y mantiene una actitud muy educada y correcta con el personal. Apenas se relaciona con sus compañeros durante las estancias hospitalarias. Esta es su dinámica habitual desde pequeño: su madre comenta que nunca ha sido capaz de tener amigos y que siempre ha sido muy inhibido y con escasas habilidades sociales. Fue un niño muy precoz en su aprendizaje, pero al llegar al instituto abandonó los estudios y se quedó en casa. Le motiva saber cosas acerca de la historia de la medicina y conocer cómo funciona el cuerpo humano. Comenta también que «tiene tics en momentos de excitación». El contacto ocular no está regulado adecuadamente, el discurso es monótono, escaso y centrado en sus intereses, y le cuesta elaborar las respuestas. Así mismo refiere que es maniático con el orden de sus cosas preferidas. Desde pequeño le molestan mucho los ruidos, los olores, las texturas y las etiquetas de la ropa. Después del alta de las estancias hospitalarias, que son muy cortas, se le ha ido ajustando la medicación, pero con escasos resultados terapéuticos.

Usando los datos de que dispone, desarrolle cuál le parece la mejor manera de abordar este caso y justifique y referencie sus respuestas basándose en la mejor evidencia científica y en las clasificaciones internacionales actuales.

#### Preguntas

1. Describa el diagnóstico del caso clínico y referéncielo basándose en criterios diagnósticos internacionales actuales (DSM 5). (12 puntos)
2. Especifique los diagnósticos diferenciales que haría en este caso y sus posibles comorbilidades. (12 puntos)
3. Especifique la prevalencia y la etiología del trastorno diagnosticado según los últimos estudios, y los factores de riesgo. (12 puntos)
4. ¿Qué actuaciones llevaría a cabo para confirmar el diagnóstico en este caso? (12 puntos)
5. Enfoque terapéutico del caso y respuesta a los diferentes tratamientos. (12 puntos)



### Caso práctico 3

Joan es un paciente de 47 años de edad. El 18 de diciembre 2020 es trasladado a un servicio de urgencias hospitalarias por el 061 acompañado por su padre a causa de somnolencia en el contexto de una posible sobreingesta medicamentosa: refiere que ha encontrado varios blísters vacíos en el suelo y el paciente en la cama de su habitación «demasiado dormido». De 1990 a 2019 ha ingresado en doce ocasiones en una unidad de hospitalización breve por alteraciones conductuales e intentos de suicidio. Ha presentado ideas delirantes de tipo místico y alucinaciones auditivas desde el verano de 1990. Estuvo ingresado de manera prolongada en un hospital psiquiátrico entre 2009 y 2012. Recibe una pensión por incapacidad. Sus padres, con los que convive, son sus tutores legales. Es soltero y sin hijos, de nivel sociocultural medio-bajo y con una escasa red social. Durante unos años ha trabajado de camarero en el bar de sus padres, con mal rendimiento laboral. Los padres comentan que la convivencia con su hijo es muy complicada porque casi no habla con ellos y no muestra ningún interés en nada, pasa muchas horas en su habitación y solamente juega con el ordenador. Añaden que desde el inicio de su enfermedad se ha aislado progresivamente. Hace cuatro meses que el paciente abandonó el seguimiento que se le hacía en la unidad comunitaria de rehabilitación y desde entonces solamente sale del piso para comprar tabaco y refrescos de cola. Es fumador de un paquete y medio de cigarrillos al día pero no consume otros tóxicos. Tratamiento actual, según el sistema de receta electrónica: Clozapina: 400 mg, por la noche. Lorazepam: 1 mg cada 8 horas. Ziprasidona: 80 mg cada 24 horas. Enalapril: 10 mg en el desayuno. En urgencias presenta tensión arterial de 150/70 mmHg. Ritmo respiratorio aumentado. Temperatura: 37,5 °C. Electrocardiograma: QTc de 510 ms. Antecedentes personales somáticos: obesidad moderada, hipertensión, enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Usando los datos de que dispone, desarrolle cuál le parece la mejor manera de abordar este caso y justifique y referencie sus respuestas basándose en la mejor evidencia científica y en las clasificaciones internacionales actuales.

### PREGUNTAS

1. ¿Cuál debería ser el abordaje idóneo en el servicio de urgencias? ¿Qué otras pruebas, aparte de las que ya se han hecho, deberían solicitarse? (6 puntos)
2. ¿Cuál considera que es el diagnóstico psiquiátrico más probable de este paciente? Cite los principales criterios diagnósticos de este trastorno y enumere los posibles diagnósticos diferenciales. (12 puntos)
3. Explique de manera resumida qué abordaje terapéutico debería plantearse. Enumere las intervenciones psicosociales para tratar este trastorno. (15 puntos)
4. En relación con la clozapina, refiera las indicaciones y la contraindicación, cómo se inicia el tratamiento, cuál es el rango de dosis terapéutico, cuál es la dosis máxima y cuáles son los criterios de interrupción del tratamiento. (21 puntos)
5. ¿Cuáles son los criterios de refractariedad en este trastorno? Explique la escala PANSS. (6 puntos)



#### Caso práctico 4

María, mujer de 49 años, es derivada a la consulta de psiquiatría de la unidad de salud mental porque desde hace nueve meses presenta inquietud, preocupación excesiva, fatiga, tensión muscular, irritabilidad, taquicardias, sudoración, hormigueo en las manos, cefalea, sensación de mareo, pérdida del apetito, dificultad para dormir y tendencia al aislamiento (las pocas veces que sale para comprar prefiere ir a tiendas pequeñas y próximas a su casa y no muy concurridas). Dichas sensaciones han empeorado en los últimos tres meses y en ocasiones nota que le falta el aire, pero nunca hasta el punto de tener que acudir a un servicio de urgencias. No refiere ideas de muerte ni se aprecian síntomas psicóticos. Tiene una adecuada conciencia de la enfermedad pero es pesimista en cuanto a su evolución y las perspectivas de futuro. Durante los dos primeros meses tras decretarse el confinamiento a causa de la pandemia de COVID-19 se encontró bien e intentó mantenerse activa, pero hace nueve meses se inició la clínica referida cuando se le complicó la posibilidad de trabajar (está pasando dificultades económicas porque su marido está en el paro y ella no ha tenido trabajo desde que empezó la pandemia). Hace seis meses fue por primera vez a su médico de cabecera, que le pautó 20 mg/día de paroxetina –dosis incrementada hasta 50 mg/día en visitas posteriores– y 0,25 mg de alprazolam, si lo requiere, un máximo de tres veces al día. No toma más medicación. Refiere que está más tranquila en las horas posteriores a la toma del alprazolam, pero que los síntomas van empeorando con el paso de los días a pesar de la medicación. Tuvo un embarazo, parto y primera infancia sin incidencias y una buena escolarización hasta la adolescencia. De los 16 a los 18 años consumió cannabis, dejó los estudios y se puso a trabajar como camarera de piso en hoteles, hasta la actualidad. Casada desde hace 24 años, con tres hijos varones ya independizados y con una buena dinámica familiar. Niega hábitos



tóxicos. No refiere alergias ni antecedentes médicos de importancia. Se describe como una persona sociable y dinámica, pero inquieta y preocupada. Fue tratada por depresión hace seis años por su médico de cabecera con 20 mg/día de paroxetina durante ocho meses. Estuvo de baja laboral un mes y medio. Sin antecedentes psiquiátricos familiares de relevancia. La exploración física, la analítica (hemograma y bioquímica general) y el electrocardiograma que le hicieron en la consulta de medicina de familia no mostraron alteraciones. En la consulta de psiquiatría está consciente y orientada, inquieta, con un discurso adecuado, pero con tendencia a focalizarlo en sus miedos y preocupaciones. Lábil pero aparentemente eutímica.

Usando los datos de que dispone, desarrolle cuál le parece la mejor manera de abordar este caso y justifique y referencie sus respuestas basándose en la mejor evidencia científica y en las clasificaciones internacionales actuales.

#### PREGUNTAS

1. ¿Cuál considera que es el diagnóstico más probable? Enumere los criterios diagnósticos principales de este trastorno. (12 puntos)
2. En este caso y con la información de que dispone, ¿con qué patologías haría el diagnóstico diferencial? Desarróllelo según los criterios diagnósticos. (12 puntos)
3. Enumere y describa brevemente cinco escalas psicométricas que puedan ayudar a evaluar este tipo de trastorno. (12 puntos)
4. ¿Qué estrategias de tratamiento plantearía? (17 puntos)
5. De acuerdo con la guía NICE, ¿qué recomendaría si la paciente le pidiese tratamiento con hierbas medicinales, acupuntura o hipnoterapia? (7 puntos)



G CONSELLERIA  
O SALUT I CONSUM  
I SERVEI SAU LT  
B I I FS BA. FARS  
/

## Caso práctico 5

Acudimos a una interconsulta del servicio de traumatología: se trata de Petra, de 56 años, intervenida de urgencia hace cuatro días por una fractura del cuello del fémur causada por una caída accidental. Se inició antibioterapia para tratar la infección de la herida quirúrgica. La paciente presenta hoy un cuadro de agitación psicomotriz, tratado con 25 mg de levomepromacina por vía intramuscular. Al acudir a la interconsulta, la paciente está con sujeción mecánica, sueroterapia y sonda vesical. Nos refieren que previamente se encontraba bien, pero que en las últimas 24-48 horas ha empeorado rápidamente, y nos definen su estado como «un cuadro psicótico». Sus familiares comentan que en los días previos estaba apática, con ánimo triste y decaído («Normal... por tantas cosas, sobre todo por el dolor de la herida»), pero que lo de ahora es diferente: «Está muy inquieta, no para de tocarse la sonda, el apósito o el suero, y da mala vida sobre todo por la noche y luego se pasa el día durmiendo profundamente. A ratos parece que se encuentra bien, a ratos está muy despistada, no presta atención o no se acuerda de las cosas. De repente se agita y grita, o se pone muy nerviosa, tiembla de miedo porque cree que hay alguien detrás de la cortina que la va a matar; oye un ruido y salta. No come y tiene náuseas». Sin alergias. Exfumadora, niegan otros hábitos tóxicos. Hipertensión arterial, diabetes *mellitus* de tipo 2, obesidad, hipertrigliceridemia. Bronquitis crónica no exacerbada. Lumbalgia. Historia de caídas frecuentes. Cataratas. Síndrome ansioso-depresivo desde hace unos cuatro años, controlado por su médico de familia: desde entonces toma 1 mg cada 8 horas de lorazepam, si lo requiere. Tratamiento actual: Amlodipino: 5 mg/día. Metformina: 850 mg cada 12 horas. Amitriptilina: 25 mg, por la noche. Salbutamol: 100 ug, 2 inhalaciones cada 8 horas si lo requiere. Ciprofloxacino: 500 mg cada 12 horas. Exploración: Consciencia fluctuante, desorientada temporalmente, palidez, sudoración, temblor. Hipoproséxica, alteraciones mnésicas a corto plazo. Irritabilidad y labilidad emocional.

Ansiedad muy elevada / inquietud psicomotora, alucinaciones visuales y hápticas. Verborrea, lenguaje incoherente. Pensamiento desorganizado con contenido delirante paranoide no estructurado, anorexia. Insomnio global. Nulo "insight". Signos vitales: temperatura: 37,7 °C; frecuencia cardiaca: 104 lpm; frecuencia respiratoria: 20 rpm; tensión arterial: 145/95 mmHg. Analítica normal, excepto por una ligera anemia, aumento del ácido úrico, triglicéridos, urea, transferrina deficiente en carbohidratos y VSG. Ferritina: 76 ng/mL. VCM: 105 fl. AST/GOT: 130 U/L. ALT/ GPT: 65 U/L. CK: 270 U/L. GGT: 160 U/L. Sedimento de la orina: 20 leucos/campo.

Usando los datos de que dispone, desarrolle cuál le parece la mejor manera de abordar este caso y justifique y referencie sus respuestas basándose en la mejor evidencia científica y en las clasificaciones internacionales actuales.

#### PREGUNTAS

1. Diagnóstico diferencial y comorbilidades más frecuentes. (12 puntos)
2. ¿Cuál considera que es el diagnóstico más probable para esta paciente?  
 Manifestaciones clínicas principales. Exploraciones que deben hacerse.  
 Utilidad de los cuestionarios y otras pruebas complementarias. (18 puntos)
3. Epidemiología y fisiopatología de la enfermedad. Principales áreas anatómicas y neurotransmisores implicados. (9 puntos)
4. Factores de riesgo, curso y pronóstico del trastorno psiquiátrico de esta paciente. (9 puntos)
5. ¿Qué abordaje terapéutico debería instaurarse en este caso de urgencia y en las diferentes fases del trastorno? Recomendaciones de no hacer (*do not do*). Tratamiento preventivo. (12 puntos)

