

**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**

Observaciones:

- Si detecta 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.
- El tiempo para completar el ejercicio es de dos horas (120 minutos).

Advertencias:

- No abra el cuestionario hasta que se lo indiquen.
- En las hojas de respuesta, pegue las pegatinas que les hayamos facilitado (una en cada hoja blanca).
- Escriba claramente el número de caso práctico que haya decidido responder y numere todas las hojas por ambas caras.
- No escriba en el apartado «Categoría».
- No haga ningún tipo de marca que pueda desvirtuar los principios de igualdad, mérito y capacidad.
- Únicamente puede utilizar bolígrafo negro o azul.
- Durante la prueba tiene que mantener apagados el teléfono móvil y cualquier otro aparato que permita la comunicación telemática.
- Incumplir cualquiera de estas advertencias puede suponer la exclusión del examen.



CASO PRÁCTICO 1

Mujer de 27 años, casada y sin hijos, que trabaja de sanitaria en una unidad hospitalaria de salud materno-infantil. Es trasladada al hospital por su marido —en contra de la voluntad de ella— porque está muy alterada y habla en exceso con desconocidos, a los que acusa de no ser «buenos musulmanes». Después de discutir con su esposo y sus hermanas durante más de siete días, había abandonado su casa muy enfadada y había acudido a la mezquita, donde había estado rezando y llorando toda la noche. Los días siguientes su estado había empeorado: estaba muy agitada, no podía dormir más de tres o cuatro horas, hablaba casi sin parar y se negaba a comer. Rezaba fervientemente, sin parar, pero mezclaba las frases de unas oraciones con las de otras sin darse cuenta. Su interminable conversación se ceñía a temas religiosos y la interrumpía solo para cantar plegarias, en las que acusaba a sus hermanas y a otras personas de pecar y les ordenaba rezar y pedir perdón. Había tenido también problemas en su trabajo porque empezaba muchas cosas a la vez pero no terminaba ninguna, y se distraía con facilidad. Cuando sus compañeros le pedían que se centrara, se enfadaba y llegó a ponerse agresiva porque «era ella quien hacía todo el trabajo», mientras que ellos «no sabían hacer nada».

La paciente se presenta en el servicio de urgencias muy arreglada y maquillada, pintada de forma exagerada y vestida de manera elegante. Se le nota alterada e irritable, y llega a ponerse agresiva con los profesionales sanitarios, a quienes acusa de no saber hacer bien su trabajo. Hiperactiva e inquieta, insiste en visitar el box de otros pacientes para comprobar «si las vías y las perfusiones están bien». Muestra una gran verborrea y su conversación es difícil de seguir porque el discurso y el pensamiento están acelerados y salta de un tema a otro. Se cree superior a los demás y asegura que es envidiada por su bonita voz y su belleza. Quiere mostrar sus excepcionales dotes para el baile contoneándose de forma seductora en el box de urgencias e invitando al psiquiatra a bailar con ella. Dice que está planeando montar el primer grupo de música rock de «mujeres musulmanas». Se considera más inteligente que los demás y se siente más fuerte y saludable que nunca. Se distrae con muchísima facilidad, pero está bien orientada en el tiempo, el espacio y la persona. No muestra fallos en la memoria o en otras funciones cognitivas. Los exámenes físico y neurológico, el electroencefalograma y las pruebas de laboratorio, incluyendo las de la función tiroidea, dan resultados normales.

Mujer enérgica y, por lo general, optimista; le resultaba fácil hacer amigos; responsable en sus estudios y trabajo; aficionada al canto; musulmana, muy devota desde pequeña. Sin antecedentes familiares conocidos de ninguna enfermedad mental. A los veintidós años tuvo un largo episodio de depresión. Estaba triste e insegura, se aisló en su casa y no quería ver a familiares ni amigos. Tenía dificultad para dormir, se despertaba temprano y se sentía cansada, sin energía y sin ilusión por nada. Además, no tenía ganas de comer y perdió peso. No disfrutaba con ninguna de



sus aficiones previas (cantar, ir a la mezquita). No consultó a ningún médico y después de unos pocos meses mejoró gradualmente y recobró su estado de ánimo habitual y su nivel de actividad.

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 es el diagnóstico de esta paciente? Enumere las características clínicas y diagnósticas del episodio actual y del tipo de trastorno. (12 puntos)
2. Considerando las diferentes fases de la enfermedad, ¿con qué patologías debe hacerse el diagnóstico diferencial? (12 puntos)
3. Tratamiento farmacológico del episodio agudo que padece la paciente. (12 puntos)
4. Tratamiento farmacológico de mantenimiento o de prevención de recaídas en este tipo de trastorno. (12 puntos)
5. ¿Qué otros tratamientos no farmacológicos estarían indicados para este tipo de trastorno? (12 puntos)

CASO PRÁCTICO 2

Niño de seis años derivado por el Servicio de Protección del Menor. Hijo único, de una pareja en que el padre sufre esquizofrenia y la madre tiene dificultades cognitivas no especificadas. La persona de referencia del caso informa de que después de trabajar con sus padres durante unos dos años y dada su ineficiencia para cubrir las necesidades básicas de su hijo, se decidió retirarles la custodia, de modo que hace dos semanas que el niño reside con una madre de acogida, que tiene muchas dificultades para manejar sus conductas. Desde que el Servicio de Protección del Menor está involucrado, el niño hace movimientos raros y muestra conductas no deseadas: cierra los ojos muy a menudo; levanta los hombros sin motivo; gira la cabeza hacia un lado, que va cambiando; a veces la echa hacia atrás de forma muy repentina y violenta (piensan que se hace daño en el cuello); tose y estornuda sin estar resfriado, y hace ruidos extraños, similares a gritos (no se puede identificar la razón). Muestra otras conductas muy extrañas: hace un ruido, después da una vuelta sobre sí mismo, se tira al suelo de barriga sin pensar si se hará daño y después se arrodilla y a menudo llora y pide ayuda. Se mueve constantemente hasta que se va a dormir: a veces da vueltas alrededor de la mesa del comedor de manera repetitiva, no termina las tareas que le mandan, aunque parece que quiere hacerlo y lo intenta. Le cuesta mucho dormirse y a menudo se despierta durante la noche. Por la mañana se levanta pronto. Muchos días está irritable y se enfada fácilmente. Cuando se enfada, insulta, escupe y pega, y parece que le da igual si es con otro niño o con un adulto. Cuando está bien, es afectivo y le gusta el contacto con sus referentes. En el colegio en el que ha empezado este año se considera que, comparado con sus compañeros, va atrasado y parece tener dificultades cognitivas: no se centra, le cuesta hacer los trabajos —a veces creen que es porque no entiende lo que le dicen— y no han logrado establecer una rutina. Puede ser muy simpático y empático, hace caso a otras personas aunque no las conozca bien, pero muy pronto cambia de actitud: o les hace caso o a veces se enfada y empieza a insultar, a pegar y a pelearse. No muestra mucho respeto a sus profesores o a otros adultos, discute y les responde. Preocupan los movimientos que hace. Sorprende lo poco que el niño pregunta por sus padres biológicos y que a la madre de acogida la llama «mamá» o por su nombre. En situaciones tensas o cuando está nervioso —por ejemplo, cuando en clase le preguntan o lo sacan a la pizarra, o en casa le piden que haga alguna tarea o los deberes—, las reacciones descritas empeoran y entra en ciclos en que no pueden controlarlo de ninguna otra manera más que conteniéndolo. Después el niño llora y pide perdón. Su madre de acogida y el Servicio de Protección del Menor piden ayuda urgente y preguntan si hay posibilidad de medicar al niño dadas las alteraciones que presenta, pues lo pasa muy mal y por el riesgo que representa para la acogida.

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. ¿Cómo propone gestionar la derivación? ¿Qué intervenciones son necesarias para valorar el caso, con qué personas o lugares y por qué? (12 puntos)
2. ¿Qué pruebas complementarias serían pertinentes? (12 puntos)
3. Elabore un diagnóstico diferencial ¿Qué diagnóstico o diagnósticos propondría para el caso? (12 puntos)
4. En caso de que el diagnóstico (o diagnósticos) que haya propuesto se confirme, ¿qué intervenciones no farmacológicas propondría? (12 puntos)
5. En caso de que el diagnóstico (o diagnósticos) que haya propuesto se confirme, ¿qué intervenciones farmacológicas propondría? (12 puntos)

CASO PRÁCTICO 4

Hombre de 28 años de edad que acude al servicio hospitalario de urgencias refiriendo ansiedad extrema, problemas de sueño, pérdida del apetito y de peso y aislamiento social. Es soltero, vive solo y trabaja como comercial. Sin antecedentes psiquiátricos de relevancia, ni familiares ni personales. Se describe como una persona de hábitos sanos, metódica, responsable y con tendencia al perfeccionismo. Es hijo único. Su padre murió hace diez años de cáncer de colon y su madre está sana y mantiene una buena relación con él. Hace tres meses, con el aumento de casos de COVID-19, empezó a preocuparle en exceso la posibilidad de contagiarse. Por eso evita salir de casa, encarga la comida a domicilio, la desinfecta y espera 48 horas antes de comérsela. También ha comenzado a desarrollar una preocupación excesiva por la limpieza de su casa. El miedo a infectarse es tan intenso que hace dos meses y medio tuvo que pedir la baja laboral, se recluyó en casa y se aisló socialmente del todo. A pesar de ello, su ansiedad ha ido aumentando cada vez más y, aun sin tener prácticamente contacto con el exterior, necesita limpiar a diario hasta tres veces cada habitación y mantener las ventanas de la casa siempre cerradas. Dedicar a la limpieza prácticamente el día entero, lo cual le impide hacer cualquier otra actividad. A veces pone la televisión, pero no consigue mantener la atención porque no puede dejar de pensar en la COVID-19. Reconoce que su temor es exagerado, pero no puede controlarlo, y si en algún momento no cumple su patrón de limpieza, aun sabiendo que es absurdo, la ansiedad se intensifica muchísimo. Intenta hacer alguna actividad que le permita mantener la atención en otros temas, pero la preocupación por infectarse es tan fuerte que no lo consigue. Desde que se le dio la baja laboral no ha sido capaz de ir al médico de familia por miedo a la COVID-19 y solo ha estado tomando el alprazolam (0,5 mg) que su médico le pautó. Inicialmente lo tomaba una vez al día, pero en el último mes ha estado tomando hasta cuatro comprimidos al día. Desde hace una semana ha empezado a pensar que la vida no tiene sentido para vivirla así, razón por la que ha decidido acudir a urgencias de psiquiatría.

En urgencias, los resultados de la analítica general son normales y no se detectan tóxicos en el análisis de la orina, excepto benzodiazepinas. Está consciente y totalmente orientado, con ansiedad psíquica intensa. Permanece de pie y evita tocar cualquier objeto. Discurso espontáneo y coherente, pero focalizado en la COVID-19. Pensamiento rumiativo. Hipotimia e ideas de desesperanza y deseos de muerte. Rituales de limpieza. Sin ideación delirante ni alteraciones sensorio-perceptivas. Humor reactivo, estado de ánimo mixto, que va desde la tristeza y el llanto hasta la irritabilidad. Hiporexia e insomnio.

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? (12 puntos)
3. Prevalencia, curso y desarrollo de este tipo de trastorno. (12 puntos)
4. Abordaje farmacológico y psicológico de este trastorno. (12 puntos)
5. Otras estrategias biológicas no farmacológicas para tratar los casos resistentes de este tipo de trastorno. (12 puntos)

CASO PRÁCTICO 5

Mujer de 25 años ingresada en la planta de hospitalización de traumatología a causa de múltiples fracturas, para quien se solicita una valoración psiquiátrica urgente por alteraciones de conducta y amenazas de suicidio. El personal de la unidad informa que la paciente no cumple las indicaciones de tratamiento y se muestra muy irritable si no se hace de inmediato lo que exige. En la entrevista con la paciente se muestra enfadada por tener que estar ingresada; lanza el móvil al suelo con mucha ira y empieza a llorar diciendo que nadie la entiende, que se siente vacía por dentro y que no le sale nada bien en su vida. Comenta que las múltiples fracturas fueron causadas porque saltó del coche sin pensarlo, ya que se sentía muy alterada y solo quería marcharse. Culpabiliza a su pareja de su situación actual y a sus padres de no poder llevar una vida feliz, porque se separaron cuando ella era una niña. Se siente rechazada y piensa que nadie la quiere, pues «no saben lo que sufro, cuando me miro al espejo no me gusta lo que veo». Reconoce que muchas veces ha pensado en suicidarse, pero explica que ahora ha amenazado con hacerlo porque los profesionales de la unidad no le hacen caso y está convencida de que quieren perjudicarla. Refiere que de vez en cuando fumaba algún porro por las noches para dormirse, pero que desde que conoció a su novio hace tres meses no bebe ni consume droga. La madre de la paciente explica que las lesiones se las produjo al saltar del coche de su pareja en marcha, tras discutir con él porque no le gustaba la música que iban escuchando. Refiere que siempre ha llevado una vida «caótica» desde jovencita: «es como si no supiera qué hacer con su vida». Desde los quince años ha tenido muchas parejas, porque dice que no puede estar sola, pero luego pasa del amor al odio y cuando la dejan amenaza a sus parejas con suicidarse y en alguna ocasión incluso ha llegado a agredirlas físicamente. Son muchos los «intentos de suicidio», pero el más grave fue hace dos años, cuando tuvo que ingresar en la UCI por «sobredosis» de pastillas, alcohol y cocaína. Ha tenido «malas temporadas», en las que bebe y «toma cosas» o aparece con cortes en los brazos que se hace con cuchillas. Comienza cursos que no termina y ha tenido algunos trabajos, pero siempre esporádicos y de breve duración, porque la despiden o los deja ella. Es impredecible, hay días que está bien y otros que está mal, pero «cuando se enfada no hay manera de pararla».

Usando los datos de los 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 de esta paciente? Describa y enumere los criterios diagnósticos. (12 puntos)
2. ¿Con que patologías debería hacerse el diagnóstico diferencial? (6 puntos)
3. Epidemiología, curso y pronóstico del trastorno que padece la paciente. (12 puntos)
4. Tratamiento farmacológico del trastorno que padece la paciente. (12 puntos)
5. Psicoterapias específicas para el trastorno que padece la paciente. (18 puntos)

