MINISTERIO
DE SANIDAD

SECRETARÍA DE ESTADO DE
DE SANIDAD

DIRECCIÓN GENERAL
DE ORDENACIÓN PROFESIONAL

SUBDIRECCIÓN GENERAL
DE FORMACIÓN Y ORDENACIÓN
PROFESIONAL

PRUEBA TEÓRICO-PRÁCTICA PARA EL RECONOCIMIENTO DE EFECTOS PROFESIONALES A TITULOS EXTRACOMUNITARIOS DE ESPECIALISTAS EN CIENCIAS DE LA SALUD.
R.D 459/2010, de 16 de abril

CASOS PRÁCTICOS

PSIQUIATRÍA

ADVERTENCIA IMPORTANTE

ANTES DE COMENZAR SU EXAMEN, LEA ATENTAMENTE LAS SIGUIENTES

INSTRUCCIONES

1. **MUY IMPORTANTE**: Compruebe que este cuaderno de examen lleva todas sus páginas y no tiene defectos de impresión. Si detecta alguna anomalía, pida otro cuaderno de examen a la Mesa.

2. Recuerde que el tiempo de realización de este ejercicio es de **75 minutos improrrogables. No se concederá tiempo adicional para pasar a limpio las respuestas.**

3. Está **prohibido** el uso de **calculadoras,** de **teléfonos móviles** o de cualquier otro dispositivo con capacidad de almacenamiento de información o posibilidad de comunicación mediante voz o datos.

CASO 1

Paciente mujer de 52 años, diagnosticada de lupus eritematoso sistémico (LES) desde la universidad cuando estudiaba Medicina. Había permanecido clínicamente estable durante años hasta un reciente brote osteoarticular que precisó incremento a dosis altas de corticoides. Presentaba buen ajuste premórbido.

Trabaja como cirujana y actualmente se encuentra de baja laboral debido al brote de lupus. Refiere buena relación con compañeros de trabajo, satisfacción con su profesión y adecuada red de apoyo sociofamiliar.

Acude a Urgencias acompañada de sus dos hermanos por cambios conductuales de aproximadamente cinco días de evolución coincidiendo temporalmente con el aumento de la corticoterapia. Los familiares describen a la paciente más acelerada y desinhibida de lo habitual.

La paciente se muestra expansiva y se autodefine como “feliz como una perdiz”. Durante esos días realizó gastos llamativos e innecesarios, entre ellos la compra impulsiva de varios abrigos pese a encontrarse en primavera, justificándolo porque “estaban rebajados” y porque “se veía maravillosa”.

Refiere además haberse mostrado desinhibida y haber experimentado excitación sexual con un amigo de su hermano, de 65 años y conocido de toda la vida, hacia quien verbaliza no sentir atracción real previa. La propia paciente reconoce posteriormente que se encontraba excitada e inadecuada, y sintió vergüenza hasta el punto de disculparse posteriormente por su comportamiento al amigo de la familia.

Durante los días previos apenas durmió y se percibía a sí misma “acelerada” y “espitosa”. Sin embargo, conservó parcialmente conciencia de enfermedad, identificando que su conducta no era habitual y solicitando ayuda a sus hermanos. Refiere mejoría clínica en los dos últimos días, coincidiendo con recuperación del sueño nocturno.

En la exploración psicopatológica destaca ánimo expansivo, aumento de energía, disminución de la necesidad de sueño, desinhibición conductual, incremento de la sociabilidad, hipersexualidad y conductas de gasto impulsivo, todo ello en contexto temporal con el tratamiento corticoideo a dosis altas.

PREGUNTAS

1. **Dado el caso clínico planteado, plantee diagnóstico diferencial y escoja el diagnóstico más plausible y describa las peculiaridades de esa entidad diagnóstica.**

2. **Qué alternativas terapéuticas estarían indicadas según su juicio clínico y si fuera necesario administrar litio como estabilizador y argumentarlo.**

3. **Factores de buen o mal pronóstico según su opinión como psiquiatra.**

CASO 2

Paciente varón de 65 años que ingresa por primera vez en la Unidad de Psiquiatría por cuadro progresivo de ánimo depresivo, pérdida de interés por actividades habituales y marcada clínica somática.

El inicio de la sintomatología se remonta aproximadamente a un año antes, coincidiendo con la jubilación de su trabajo en una empresa de transportes. Desde entonces comienza con apatía, abatimiento y abandono progresivo de actividades previamente gratificantes, como acudir a ver a su equipo fútbol con sus amigos, pasear diariamente con su mujer, acudir a jugar a cartas con amigos o visitar a sus hijos y nietos los fines de semana.

Paralelamente, desarrolla preocupación creciente por síntomas somáticos inespecíficos, realizando múltiples consultas a diferentes especialistas (Dermatología, Neurología, Gastroenterología, entre otros), sin hallazgos orgánicos relevantes. Acude frecuentemente a Urgencias con demandas asistenciales progresivamente crecientes. Había sido valorado previamente por Psiquiatría, aunque rechazó tanto el tratamiento pautado como el seguimiento ambulatorio.

En el momento actual refiere “no poder tragar”, “estar quemado por dentro”, “no tener gusto” y “estar deshidratado”, mostrando constantemente piel, boca y oídos, sin objetivarse lesiones ni alteraciones físicas compatibles con sus quejas. Verbaliza que está “podrido por dentro”, que tiene “algo como basura” en los oídos y que “expulsa un tóxico”.

Describe una vida cada vez más limitada, con incapacidad progresiva que le impide comer y beber. Ha presentado importante pérdida ponderal y expresa intensa desesperanza, manifestando que “no tiene solución” y que “va a morir pronto”.

Se realizó estudio médico completo, incluyendo body-TAC, sin evidenciar patología orgánica que justificase la clínica. A pesar de ello, el paciente mantiene convicción firme e irreductible de padecer una enfermedad física grave no diagnosticada, afirmando que sus órganos “no funcionan” y que su cuerpo se encuentra “vacío por dentro”, “podrido” y “parado”, evolucionando inexorablemente hacia la muerte. Interpreta las explicaciones médicas como engaños, verbalizando: “cada vez que vengo aquí me cuentan un cuento chino”. Rechaza el origen psiquiátrico del cuadro y se niega inicialmente a tratamiento psicofarmacológico, afirmando: “creen que estoy loco”.

Según refiere su esposa, el inicio del deterioro coincide con la jubilación, aunque la evolución ha sido progresiva y tórpida en los últimos dos meses. En el domicilio la situación se ha vuelto insostenible debido a la negativa persistente a la ingesta de líquidos y alimentos, así como al rechazo de seguimiento ambulatorio. En este contexto se decide ingreso en Unidad de Agudos de Psiquiatría.

Antecedentes personales

Episodio depresivo hace aproximadamente 30 años, coincidiendo con pérdida de empleo en una empresa previa, con buena respuesta a tratamiento antidepresivo ISRS pautado desde Atención Primaria.

Situación sociofamiliar

Paciente casado, con dos hijos de 37 y 35 años, ambos independizados. Vive con su mujer con buena relación familiar, realizando encuentros habituales con hijos y nietos los fines de semana hasta el inicio del cuadro actual. Durante su vida laboral mantuvo buena relación con compañeros de trabajo. Tiene una red de amigos de toda la vida con quien comparte aficiones hasta que debuta el cuadro clínico.

A la exploración psicopatológica está consciente y orientado. Aspecto descuidado, con importante hiporexia y pérdida ponderal. Marcada apatía, ánimo deprimido y discurso centrado casi exclusivamente en preocupaciones somáticas. Ideación delirante somática de ruina corporal y funcionamiento deficiente de órganos internos, con convicción intensa e irreductible pese a pruebas médicas normales. Ideas delirantes nihilistas de “estar vacío”, “podrido”, “muerto por dentro”. Intensa desesperanza y sentimientos de incurabilidad. Nula conciencia de enfermedad psiquiátrica. Negativa a ingesta hídrica y de alimentos “por estar muerto por dentro”.

PREGUNTAS

1. **Dado el caso clínico planteado, plantear diagnóstico diferencial y escoja el diagnóstico más plausible y describa las peculiaridades de esa entidad diagnóstica.**

2. **Qué alternativas terapéuticas estarían indicadas según su juicio clínico y argumentarlo.**

3. **Factores de buen o mal pronóstico según su opinión como psiquiatra.**

CASO 3:

Varón de 22 años que solicita ingreso para tratamiento de deshabituación de tóxicos.

Presenta antecedentes de abandono y fracaso escolar, habiendo residido en diversos centros de acogida durante la infancia y adolescencia. Refiere importante desestructuración familiar: madre fallecida y retirada de la custodia paterna debido a antecedentes de politoxicomanía del padre. Escaso soporte sociofamiliar en la actualidad.

Inicia consumo de alcohol y cannabis (THC) a los 12-13 años, tanto entre semana como los fines de semana, manteniendo desde entonces consumo diario e ininterrumpido de cannabis. En esa misma etapa comienza seguimiento en Salud Mental Infantojuvenil por acoso escolar con escasa adherencia a las citas.

A los 14 años inicia consumo de metanfetamina ("cristal") en contextos recreativos nocturnos. Entre los 15 y 16 años presenta consumo intensivo de cocaína, ketamina y anfetaminas, llegando a ser diario durante un periodo de tiempo, aunque posteriormente disminuyó parcialmente dichos consumos.

A los 18 años comienza a fumar cocaína en "plata/cristal" y a los 20 años inicia consumo de cocaína base fumada. Refiere además abuso de benzodiacepinas, principalmente para mitigar los síntomas disfóricos tras el consumo de estimulantes.

Presenta antecedentes de juego problemático durante una etapa previa. Asimismo, refiere conductas autolesivas impulsivas y conductas sexuales de riesgo, aunque las serologías actuales son negativas hasta la fecha.

En el momento actual mantiene: consumo diario de cinco porros al día, verbalizando que "no piensa dejar el cannabis"; consumo diario de alcohol, principalmente varias cervezas al día; impulsividad elevada y dificultades importantes en el control de impulsos. Recientemente ha iniciado tratamiento tras ser expulsado de una comunidad terapéutica por alteraciones conductuales. Durante la entrevista destaca pensamiento concreto, escasa capacidad de introspección y limitados recursos cognitivos.

Como antecedentes psiquiátricos, está diagnosticado de trastorno límite de la personalidad. Se realizó evaluación neuropsicológica, obteniendo en la escala WAIS-IV un cociente intelectual total de 40, compatible con discapacidad intelectual moderada.

PREGUNTAS

1. **Dado el caso clínico planteado, plantear diagnóstico diferencial y escoja el diagnóstico más plausible y describa las peculiaridades de esa entidad diagnóstica.**

2. **Qué alternativas terapéuticas estarían indicadas según su juicio clínico y argumentarlo.**

3. **Factores de buen o mal pronóstico según su opinión como psiquiatra.**