

OSAKIDETZA

2011ko urriaren 28ko;
1699/2011 Erabakiaren bidez,
egindako Oposaketa-Lehiaketarako
deia (EHAA 216 Zkia. 2011ko
azaroaren 15ekoa)

Concurso-Oposición convocado
por Resolución nº 1699/2011, de 28
de octubre de 2011 (B.O.P.V. Nº 216;
de 15 de noviembre de 2011)

KATEGORÍA: FAK. ESP. PSIQUIATRIAKO MEDIKUA

CATEGORÍA: FAC. ESP. MÉDICO PSQUIATRÍA

2. ariketa / 2º ejercicio
Bigarren proba eguna / Fecha segundo ejercicio :

2012ko martxoak 17 / 17 de marzo de 2012

SEGUNDO EJERCICIO - FEM PSIQUIATRÍA

J.M. Varón de 45 años. Diagnosticado de trastorno esquizofrénico tipo paranoide a la edad de 25 años tras haber tenido dos ingresos previos por consumo de estimulantes con síntomas productivos francos. Posteriormente ha tenido 7 ingresos más en servicios de psiquiatría de hospital general y uno más hace tres años en una Unidad de media estancia de 72 días de duración.

En la actualidad consumidor de alcohol y tabaco, sin patrón de abuso ni dependencia, y esporádicamente de cannabis. Presenta una clínica residual mantenida en la que destaca su talante paranoide en torno a una estructura delirante de perjuicio mal definida y que interfiere tanto en sus relaciones familiares como sociales además de generar una importante carga de ansiedad tanto flotante como reactiva a estímulos sociales mínimos.

Dificultad para la integración en estructuras intermedias con el establecimiento de vínculos particulares e individuales y baja adherencia al tratamiento farmacológico y psicosocial. Sin ocupación laboral. Situación familiar precaria tanto económica como relacionalmente, convive con su madre en un régimen de aislamiento y falta de comunicación.

1.- Este caso entra en la definición de trastorno mental grave (TMG) que incluye a las personas que cumplen los criterios diagnósticos de por lo menos una de las siguientes categorías diagnósticas de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10, excepto

- a) Trastorno obsesivo compulsivo (F42)
- b) Trastorno bipolar (F31.x)
- c) Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad (F60.3)
- d) Trastorno esquizotípico (F21)

2.- En el TMG, las siguientes son intervenciones que cuentan con un grado de recomendación A en base a la evidencia científica disponible excepto

- a) En las personas con TMG y “sin hogar” que precisen atención psiquiátrica e intervención psicosocial, se recomienda que ambas les sean suministradas conjuntamente mediante programas integrados en los que se ofrezca alojamiento/programa residencial.
- b) En los programas psicoeducativos que se oferten a las personas con TMG y diagnóstico de trastorno esquizofrénico y relacionados, se deberá incorporar a la familia.
- c) Las personas con TMG y deficiencias percibidas en las relaciones sociales deberían seguir programas de ocio y tiempo libre comunitarios.
- d) Son necesarios los programas de empleo protegido para las personas con TMG que expresen deseo de volver a trabajar o conseguir un primer empleo. Se recomiendan los programas basados en modelos de colocación con un entrenamiento previo corto, colocación inmediata, y con apoyo individual frecuente.

3.- **En la elaboración de planes de atención individualizados (PAI) dentro del TMG, la HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales) es una escala frecuentemente utilizada. Señalar cual NO es una característica de la HoNOS**

- a) HoNOS es un instrumento de entrevista estructurada
- b) HoNOS puede ser utilizada por diferentes profesionales de la Salud Mental, incluyendo Psiquiatras, Psicólogos, personal de Enfermería y Asistentes Sociales
- c) HoNOS está diseñada para la evaluación de adultos en contacto con servicios de asistencia secundaria y terciaria de Salud Mental
- d) En general se evalúan las dos semanas previas, aunque dependiendo del contexto puede variarse.

4.- **Dentro del TMG, la Recuperación es un constructo complejo que implica un aumento del funcionamiento psicosocial y apoyo recibido, una disminución de las fuentes de estrés, una mejora del funcionamiento deficiente y poner freno al deterioro de la calidad de vida. Los siguientes son valores básicos del proceso de la recuperación excepto**

- a) Orientación hacia la persona
- b) Control de los síntomas
- c) Participación personal
- d) Autodeterminación y posibilidad de elección.

5.- **En el abordaje del trastorno esquizofrénico , las siguientes son intervenciones farmacológicas que cuentan con una grado de recomendación A en base a la evidencia científica disponible excepto**

- a) La recomendación de combinar un medicamento antipsicótico, un estabilizador del humor y una benzodiacepina o un antidepresivo podría estar totalmente justificada por las características de los síntomas comórbidos, que son extremadamente comunes en los trastornos psicóticos.
- b) Se recomienda el mantenimiento de la farmacoterapia para la prevención de recaídas en las fases estable y de estabilización, con dosis siempre dentro del intervalo de tratamiento recomendado para los antipsicóticos de primera y segunda generación.
- c) En pacientes que inician tratamiento por primera vez, se recomienda la elección de medicación antipsicótica de segunda generación, puesto que está justificada por tener una mejor tolerancia y un menor riesgo de discinesia tardía.
- d) La medicación antipsicótica debería ser prescrita siempre que sea posible de una manera no coercitiva en combinación con intervenciones psicosociales que incluyan estrategias de promoción de la adherencia.

6.- En el abordaje del trastorno esquizofrénico, las siguientes son modalidades de atención y seguimiento intensivo en la comunidad que cuentan con un grado de recomendación A en base a la evidencia científica disponible, excepto

- a) Se recomienda que los pacientes sean tratados en el entorno menos restrictivo posible y con posibilidades de ser seguro y permitir un tratamiento efectivo.
- b) Se recomienda la gestión intensiva de casos y los servicios de apoyo comunitarios, además de la administración de psicofármacos y psicoterapia, para pacientes que presentan esquizofrenia de inicio precoz (anterior a los 18 años).
- c) Se recomienda atención comunitaria con un plan de cuidados integral a pacientes con trastorno mental grave, incluyendo al paciente en la toma de decisiones y poniendo énfasis en su capacitación para que mejore el grado de satisfacción del paciente y su recuperación social.
- d) Se recomienda asistencia ambulatoria en un centro comunitario de salud mental a pacientes con trastorno mental grave ya que disminuye las muertes por suicidio, la insatisfacción con la asistencia y los abandonos de tratamiento.

7.- Hombre de 28 años, ingresado de forma involuntaria a causa de un primer episodio de psicosis. Comenta con las enfermeras que la medicación le ha entolecido y ha paralizado sus brazos y piernas. Usted está de guardia y le llaman para examinarlo, le encuentra somnoliento, confuso y sudoroso. La enfermera le informa que ha recibido la visita de un compañero de piso. ¿Qué haría en primer lugar?

- a) Ordenar el registro de sus pertenencias.
- b) Solicitar un análisis de tóxicos en orina.
- c) Realizar una exploración física y pedir un recuento leucocitario y CPK.
- d) Solicitar un TAC craneal de urgencia.

8.- Joven de 19 años, remitido de forma preferente a nuestro CSM por su médico de atención primaria, "insomnio, dificultad para concentrarse en las tareas (lectura, estudio) porque le asaltan numerosas ideas totalmente opuestas a la materia que estudia...". Padres separados, vive con el padre, madre diagnosticada de Esquizofrenia, es el menor de tres hermanos. La sintomatología empezó un año antes de consultar, el curso pasado repitió 2º de bachiller y no aprobó. En el momento de consultar estaba acudiendo a clases de bachillerato nocturno. A la exploración, además de las quejas cognitivas, de falta de motivación y de alteración del sueño persistente, se aprecia leve suspicacia y actitud tensa, el discurso es ordenado y coherente, no objetivándose la existencia de alucinaciones o ideación delirante. La Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry (SCIP) no muestra afectación cognitiva. En cinco ítems (de 18) de la Escala de Experiencias Subjetivas de Frankfurt-Pamplona elige la opción 'siempre'. Teniendo en cuenta esta situación clínica, señale la opción **incorrecta**.

- a) Este paciente está enfermo y en riesgo de empeorar.
- b) El riesgo que presenta es relativamente específico.
- c) Hay una propuesta de inclusión en el DSM-5 de criterios para el diagnóstico de esta situación clínica.
- d) Hay suficientes pruebas de validez y fiabilidad del diagnóstico de esta situación en la práctica clínica habitual, fuera de un contexto de investigación.

9.- Siguiendo con el caso clínico anterior, ¿cuál sería su actitud terapéutica?

- a) Prescripción de un hipnótico y devolución a Atención Primaria.
- b) Tratamiento sintomático, monitorización del estado mental y seguimiento especializado.
- c) Indicación de ingreso hospitalario para estudio.
- d) Prescripción de olanzapina 15 mg/día.

10.- Mujer de 60 años, en tratamiento en nuestro CSM desde hace 8 años. Licenciada en Psicología, no ha ejercido. Divorciada, con dos hijos, convive con el hijo varón. Fue remitida tras una hospitalización motivada por alteraciones conductuales derivadas de la idea de que su hijo había sido sustituido por alguien que era casi exactamente igual. Con respecto a este caso clínico, señale la opción **incorrecta**.

- a) Describe un cuadro clínico denominado síndrome de Capgras.
- b) Forma parte de un conjunto claramente definido de trastornos asociados con anomalías muy específicas en el reconocimiento facial.
- c) En este síndrome suelen existir anomalías en el hemisferio cerebral derecho, especialmente temporoparietales.
- d) La falsa identificación es indiscriminada, los pacientes suelen identificar erróneamente a cualquier persona.

- 11.- En el marco de su actividad clínica, dentro de un programa de atención a personas jóvenes con psicosis, realiza una monitorización de los casos para verificar si cumplen los criterios de remisión propuestos por el Grupo de Consenso liderado por Nancy Andreasen, esto le permitirá ofrecer a los gestores una medida del resultado de sus intervenciones. A la hora de valorar los casos una de las siguientes afirmaciones sería incorrecta.
- a) Los criterios incluyen el concepto de recuperación funcional.
 - b) Se basan en la valoración de ocho síntomas y signos escogidos de la Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS).
 - c) Requiere una puntuación máxima de 3 (leve) en los ítems escogidos, durante al menos seis meses.
 - d) Uno de los síntomas a valorar es la falta de espontaneidad.
- 12.- Un paciente de 65 años con un trastorno bipolar es resistente al tratamiento, por lo que el psiquiatra se plantea un tratamiento de combinación. En cuanto a las interacciones farmacológicas para este paciente diga cual es cierta:
- a) El topiramato, como fármaco antimaniaco, es seguro para combinarse con antipsicóticos atípicos.
 - b) El ácido valproico no modifica los niveles de quetiapina.
 - c) La lamotrigina incrementa los niveles de ziprasidona.
 - d) Todas son verdaderas.
- 13.- Acude a tratamiento una mujer con una depresión que no ha respondido a ISRS (escitalopram) y a venlafaxina. La paciente lleva cinco semanas recibiendo terapia cognitivo-conductual y sin recibir ningún tratamiento antidepresivo. Su psiquiatra decide tratarle con fenelzina. La dosis inicial diaria debe ser de:
- a) 45 mg
 - b) 60 mg
 - c) 90 mg
 - d) 15 mg
- 14.- Ante un paciente con una depresión bipolar (T Bipolar tipo I) que estaba previamente estabilizado con sales de litio a dosis de 1200 mg/día, su médico tiene que elegir la opción adecuada. Diga cual de ellas lo es:
- a) Añadir 300 mg de quetiapina.
 - b) Asociar olanzapina 5 mg.
 - c) Combinar las sales de litio con valproato a dosis suficientes para mantener niveles terapéuticos.
 - d) Todas las opciones son correctas.

- 15.- Un paciente acude a tratamiento por presentar un episodio depresivo, y su psiquiatra desea valorar la memoria implícita del paciente, para completar el estudio clínico que ha realizado, tras una minuciosa valoración psicopatológica. La memoria implícita se refiere a:
- a) Memoria de hechos específicos como un mensaje telefónico.
 - b) Memoria de material presentado 30 segundos antes.
 - c) Memoria de información recibida varios meses antes de la exploración.
 - d) Memoria de habilidades automáticas como conducir.
- 16.- El mismo paciente depresivo es evaluado con un WAIS, detectándose que los trastornos de atención-concentración influyen negativamente en los resultados del test. Que subtest del WAIS valora mejor los trastornos de atención-concentración?
- a) Comprensión
 - b) Aritmética
 - c) Digit symbol
 - d) Block design
- 17.- Una paciente de 32 años es tratada con un ISRS por clínica depresiva. El caso responde solo parcialmente a los antidepresivos, y el psiquiatra tiene dudas sobre el origen de la depresión, cuestionándose varios diagnósticos diferenciales, entre otros una depresión secundaria a una Esquizofrenia, una depresión bipolar, o una depresión con un importante componente ansioso. Su psiquiatra debe tener en cuenta que:
- a) Si asocia clozapina al tratamiento se incrementan los niveles de clozapina.
 - b) Si se asocia fluoxetina con carbamacepina se disminuye la concentración de carbamacepina.
 - c) Si se asocian fluoxetina y alprazolam se disminuyen los niveles de alprazolam.
 - d) Los ISRS asociados a fenobarbital incrementan los niveles de ISRS.
- 18.- En un paciente diagnosticado de una esquizofrenia desorganizada, en tratamiento con 250 mg./ día de clozapina desde hace 5 meses, y tal y como indica la Agencia Española del Medicamento y se recoge en la ficha técnica del producto, se debe de suspender obligatoriamente el tratamiento a partir de un recuento hematológico de:
- a) Cuando el recuento eosinofílico sea superior a 3000 eosinófilos /mm³.
 - b) Cuando el recuento leucocitario sea inferior a 2500 leucocitos/mm³.
 - c) Cuando el recuento plaquetario sea inferior a 500.000 plaquetas/mm³.
 - d) Cuando el recuento de neutrófilos sea inferior a 1500 neutrófilos/mm³.

- 19.- Ante un paciente que ha comenzado bruscamente con un conjunto de síntomas constituido por: sensación de dificultad respiratoria, disnea o de aro respiratorio, mareo, sensación de inestabilidad o desfallecimiento, palpitaciones o taquicardia y náuseas o malestar abdominal. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?
- a) Trastorno de ansiedad generalizada
 - b) Trastorno de pánico
 - c) Trastorno mixto ansioso-depresivo
 - d) Trastorno fóbico
- 20.- Se presenta en la consulta una mujer de 36 años que cuenta, con cierta indiferencia que ha perdido la visión de los dos ojos de forma brusca. Durante la entrevista se constata que ello sucedió hace 4 horas, cuando una amiga con la que de iba a ir de viaje de placer le dijo que finalmente no podía ir. La exploración por lo demás resulta anodina y la anamnesis se recoge un episodio de anestesia de un brazo hace 1 año. ¿Que patología de entre las siguientes, es más probable que presente la paciente?
- a) Trastorno de conversión
 - b) Trastorno facticio
 - c) Trastorno de somatización
 - d) Trastorno por estrés agudo
- 21.- A su consulta acude un hombre de 65 años acompañado de sus familiares, que requieren haber observado en el paciente desde hace un mes una pérdida sustancial en la memoria reciente y a largo plazo. El propio enfermo se queja de la pérdida de memoria y resalta dicha discapacidad con gran angustia, dando la impresión de que exagera sus propias deficiencias. Usted se plantea un diagnóstico diferencial entre una demencia y una pseudodemencia. ¿Cuál de entre las siguientes características clínicas le hará sospechar con mayor seguridad el primero de los cuadros?
- a) Pérdida temprana y llamativa de las relaciones sociales.
 - b) Agravamiento nocturno del cuadro.
 - c) Conservación de la atención y de la orientación.
 - d) Marcadas diferencias en la realización de tareas de dificultad similar.

- 22.- Un paciente que padece esquizofrenia, de 25 años, lleva semanas tomando 15 mgrs/día de Haloperidol. Los síntomas psicóticos han mejorado ostensiblemente. El paciente refiere encontrarse muy inquieto, no puede permanecer sentado mucho tiempo y se tiene que poner a caminar sin rumbo. ¿Cuál, entre las siguientes, sería una medida INCORRECTA?
- a) Añadir 1 mgr de Lorazepam dos veces al día.
 - b) Añadir 40 mgrs de Propanolol una vez al día.
 - c) Sustituir el Haloperidol por 2 mgrs de Risperidona.
 - d) Tranquilizar al paciente de lo transitorio de esta sintomatología.
- 23.- Una paciente de 24 años acude a la urgencia llevada por un familiar por vómitos recidivantes. Parece bulimia nerviosa. ¿Cuál de las pruebas de laboratorio es más útil para evaluar la gravedad de los vómitos?
- a) Nivel de creatinina.
 - b) Nivel plasmático de amilasa.
 - c) Nivel sérico de sodio.
 - d) Nivel plasmático de calcio.
- 24.- María es una paciente de 23 años con elevada impulsividad, diagnóstico de trastorno límite de la personalidad y antecedentes de varias intentos autolíticos previos con fármacos, en la que se está valorando iniciar tratamiento con topiramato. Señale lo que NO procede:
- a) Saber que el topiramato disminuye eficacia anticonceptiva de los ACOs.
 - b) Saber que una intoxicación puede ser potencialmente grave (acidosis metabólica)
 - c) Conocer que interacciona con los ISRS
 - d) Conocer que se han descrito cuadros psicóticos con su administración
- 25.- Juan es un hombre de 53 años, ingresado en una Unidad de Crónicos, con una Esquizofrenia de larga evolución, que ingresa confuso y desorientado en una unidad de urgencias, con sodio de 107 mEq/l, 5meq/l de Na en orina y la información por parte de la enfermera de planta de que el paciente ha ingerido grandes cantidades de agua en los días previos. Señale la que NO procede.
- a) La natremia ha de normalizarse rápidamente para prevenir edema cerebral y convulsiones.
 - b) La polidipsia en pacientes esquizofrénicos se debe fundamentalmente a alteraciones estructurales cerebrales en relación a la enfermedad.
 - c) Las manifestaciones clínicas dependen de la gravedad de la hiponatremia y de la velocidad de instauración de la misma.
 - d) El tratamiento es restricción hídrica en los casos leves y administración de sueros con sodio en los casos graves, además de las habituales medidas de soporte.

- 26.- **Paciente varón de 82 años en tratamiento con AINE e ISRS. Con respecto a los inhibidores y el sangrado gastrointestinal señale la que NO procede:**
- a) El riesgo de sangrado de cada uno de ellos no se suma, sino que se multiplica
 - b) Se añadirá un inhibidor de la bomba de protones (omeprazol u otros)
 - c) El riesgo desciende a niveles normales cuando se retira el inhibidor
 - d) El riesgo es mayor en el bypass cardíaco que en la cirugía de reemplazo de cadera.
- 27.- **Varón de 45 años que acude solo a urgencias, solicitando atención psiquiátrica. Refiere estar muy preocupado porque oye y ve seres diminutos que le ordenan matar a todas las personas que le rodean. Dice que los síntomas han aparecido bruscamente en las últimas 48 horas, sin ningún desencadenante, pero que han estado presentes de forma intermitente en los últimos 20 años. Declara que ahora está mucho peor e insiste en ingresar. Niega antecedentes médico-quirúrgicos de interés así como antecedentes de consumo de tóxicos. La exploración psicopatológica es normal salvo por los trastornos sensorceptivos referidos. El screening de tóxicos en orina es positivo para cocaína. ¿Cuál le parece el diagnóstico más probable?**
- a) Trastorno facticio con síntomas psicológicos
 - b) Intoxicación por cocaína, con síntomas psicóticos
 - c) Esquizofrenia paranoide
 - d) Simulación
- 28.- **Varón de 69 años ingresado por un episodio depresivo mayor con síntomas psicóticos. Sigue tratamiento con sertralina, trazodona y risperidona. A los 4 días de iniciar el tratamiento presenta mioclonus, temblor, rigidez en rueda dentada, diaforesis y confusión mental. Señale entre las siguientes la que NO proceda:**
- a) Probablemente presenta un síndrome serotoninérgico
 - b) Es necesario descartar un síndrome neuroléptico maligno
 - c) Se ha descrito ocasionalmente con un solo fármaco serotoninérgico
 - d) La mirtazapina no ha sido implicada en ningún caso

29.- Un psiquiatra de Madrid, de vacaciones en Shangai, acude circunstancialmente al Servicio de Urgencias de un Centro Hospitalario. En la sala de espera, observa a una paciente lugareña, de unos 45 años de edad, con un cuadro de alteraciones en la memoria reciente y en la atención, irritabilidad, pérdida de apetito e insomnio de varias semanas de duración. La paciente relata una sensación de agotamiento físico y mental de larga data, astenia, disfunción sexual, y cefaleas holocraneales de repetición. Es valorada por especialistas en medicina interna y neurología, quienes en ausencia de hallazgos patológicos objetivables, solicitan un examen psiquiátrico. Con los datos clínicos referidos, el psiquiatra madrileño, a la sazón experto en psiquiatría transcultural, podría establecer un diagnóstico de presunción de:

- a) Shenjing Shuairuo.
- b) Amok.
- c) Hwa-Byung.
- d) Taijin Kyofusho.

30.- Un paciente varón, de 18 años de edad, es remitido de urgencia a una Unidad de Atención y Tratamiento de Primeros Episodios Psicóticos. Presenta desde hace 8 semanas episodios recurrentes (una vez por semana) de ideación autorreferencial, pseudoalucinaciones auditivas egodistónicas, y cierta confusión, sin alteración del nivel de conciencia. Los episodios son autolimitados, se producen en un contexto de intensa ansiedad y/o de consumo de tóxicos, y una vez remiten (“ad integrum”) permiten que el paciente desarrolle una vida social y familiar casi normal. Su rendimiento académico en el último año ha disminuido. El propio paciente solicita ayuda ante lo anormal de sus vivencias psicopatológicas. Es incluido en un programa de apoyo individual y familiar, con intervenciones psicoterapéuticas de tipo cognitivo-conductual sobre sus síntomas específicos. No se pauta tratamiento psicofarmacológico. Su padre padece un trastorno esquizoafectivo. En este contexto prodrómico, ¿cuál de entre los porcentajes que se proponen refleja mejor el riesgo del paciente de desarrollar un primer episodio psicótico diagnosticable, tras un seguimiento longitudinal de 24 meses?

- a) 10%
- b) 25%
- c) 50%
- d) 75%

31.- Mujer de 17 años. Acude a una Unidad de Tratamiento de los Trastornos de la Alimentación por restricción significativa de la ingesta alimentaria en los meses previos y pérdida de peso. No atracones ni conductas purgativas. En la exploración se objetiva un IMC de 17, menstruaciones irregulares, discreta anemia, y leucopenia leve con linfocitosis. Buena estudiante, cursa estudios de arquitectura. Nunca ha tenido pareja, si bien cuenta con un nutrido grupo de amigos. Hija única, sus padres se separaron hace 3 años. Espera su primer hermano fruto del segundo matrimonio de su padre. Su madre con quien vive, no tiene pareja. Rasgos anancásticos de personalidad, tendencia a la racionalización y a la restricción emocional. Conciencia parcial de enfermedad. Incremento en ansiedad diurna, sueño fragmentado, aparente eutimia. Señale entre los siguientes el abordaje terapéutico más adecuado según su criterio para esta paciente:

- a) Abordaje cognitivo-conductual de la restricción alimentaria.
- b) Escitalopram para controlar ansiedad, insomnio y rasgos anancásticos.
- c) Asesoramiento y terapia familiar.
- d) Psicoterapia intensiva breve de orientación dinámica.

32.- Mujer de 64 años. Acude a consulta acompañada de su marido presentando un deterioro cognitivo progresivo de unos 6 meses de evolución. En la exploración psicopatológica destacan dificultades en la fluidez verbal, en las tareas ejecutivas y un déficit viso-espacial. También predominan alteraciones atencionales (con preservación de la capacidad mnésica global), alucinaciones visuales, ideas deliriosas pobremente estructuradas, síntomas vegetativos, alteraciones en la marcha (rigidez troncular) y fluctuación de la severidad sintomatológica de un día para otro. El diagnóstico clínico de presunción en este caso orienta hacia:

- a) Demencia vascular.
- b) Encefalopatía arterioesclerótica subcortical (enfermedad de Biswanger).
- c) Demencia frontotemporal (enfermedad de Pick).
- d) Demencia por cuerpos de Lewy.

33.- Paciente varón de 22 años de edad, atendido en una Unidad de Atención y Tratamiento de Primeros Episodios Psicóticos, tras haber presentado un único episodio psicótico en el contexto de un consumo abusivo de alcohol, derivados anfetamínicos y cánnabis el fin de semana, siempre en ámbito social. El tiempo de psicosis no tratada ronda en apariencia las 20 horas. La resolución del cuadro es completa, tras 8 semanas de tratamiento con 10 mg/día de Aripiprazol oral. Su ajuste premórbido es “normal” según sus padres, con quienes convive. Presenta un rendimiento académico “aceptable” (curso un módulo de restauración). Disfruta de una vida social “muy adaptada”, acorde con su entorno sociocultural. Desde hace un mes tiene una nueva relación de pareja. Atendiendo al tratamiento psicofarmacológico que recibe, y según los criterios internacionales de la IEPA (Asociación Internacional de las Fases Precoces de las Psicosis), ¿cuánto tiempo mantendría usted la medicación antipsicótica en este caso?

- a) La retiraría una vez resuelta su psicosis tóxica.
- b) La mantendría un año a partir de la remisión clínica del cuadro.
- c) La mantendría dos años a partir de la remisión clínica del cuadro.
- d) La mantendría durante toda su vida.

34.- Paciente varón de 54 años de edad. Acude al Servicio de Urgencias de un Hospital General presentando un cuadro de ataxia, confusión, alteración en la motilidad ocular, abolición del reflejo pupilar y febrícula. El cuadro es abrupto y se instaura de forma progresiva en un plazo de cinco días. Entre sus antecedentes destaca una hipertensión arterial controlada de forma irregular por parte de su Médico de Atención Primaria, y un consumo de alcohol y de tabaco de larga data (difíciles de cuantificar), desarrollados en un ámbito social. Con los datos aportados, ¿qué tratamiento de urgencia le parece más apropiado?

- a) Glucosa y Tiamina intravenosos.
- b) Clometiazol y Dlacepam intravenosos.
- c) Haloperidol y Cloracepato intramusculares.
- d) Tiamina y Glucosa intravenosos.

PREGUNTAS DE RESERVA

- 35.- **En el abordaje del trastorno esquizofrénico, las siguientes son Intervenciones psicosociales que cuentan con un grado de recomendación A en base a la evidencia científica disponible, excepto**
- a) Se recomienda desarrollar la alianza terapéutica a partir de una actitud de apoyo emocional y cooperación, ya que desempeña un importante papel en el tratamiento de las personas con esquizofrenia.
 - b) Se recomienda la terapia cognitivo-conductual (TCC) para el tratamiento de síntomas psicóticos persistentes a pesar de recibir un tratamiento farmacológico adecuado.
 - c) Se recomienda aplicar la terapia de rehabilitación cognitiva, en sus diversas modalidades, como técnica que mejora el funcionamiento cognitivo en una amplia gama de condiciones clínicas del paciente con esquizofrenia.
 - d) Se recomienda aplicar el entrenamiento en habilidades sociales (según el modelo de resolución de problemas) a pacientes graves o moderadamente discapacitados.
- 36.- **Una paciente bipolar de 45 años tratada con sales de litio, tiene una recaída hipomaniaca leve. El psiquiatra se plantea tratarla con gabapentina. Debe tener en cuenta que:**
- a) La gabapentina es más eficaz en el trastorno bipolar tipo II que en el tipo I.
 - b) La sobredosis de gabapentina se asocia con elevada toxicidad.
 - c) La gabapentina se metaboliza casi exclusivamente en el hígado.
 - d) La gabapentina no es eficaz en el tratamiento de la hipomanía.
- 37.- **Mujer de 29 años que acude a su Centro de Salud Mental derivada por su Médico de Atención Primaria con un diagnóstico de presunción de Trastorno por Somatización. Aporta analítica completa de sangre, orina, toxicológico y de hormonas tiroideas sin hallazgos patológicos. ECG sin alteraciones en la repolarización. Refiere desde hace ocho meses una historia de epigastralgia, con náuseas y vómitos, cefaleas intensas de característica pulsátiles, hormigueos y parestesias en extremidad superior derecha, deterioro de su actividad laboral y social. Falta con frecuencia al trabajo y ha dejado de salir con sus amigas, lo cual le genera una importante ansiedad y decaimiento anímico. Coincidiendo con todo ello muestra una reducción de la libido con indiferencia sexual, lo que ha motivado la ruptura con su última pareja. En la entrevista se muestra llorosa y angustiada, notablemente preocupada por la repercusión de sus síntomas somáticos sobre su vida cotidiana. En tales circunstancias, ¿cuál sería su primera actuación clínica?**
- a) Instaurar un tratamiento sintomático con inhibidores de la recaptación de la serotonina.
 - b) Solicitar una consulta con el psicólogo del Centro para iniciar tratamiento con técnicas de relajación.
 - c) Solicitar un TAC craneal.
 - d) Solicitar una valoración por el neurólogo de zona ante la sospecha de una posible migraña acompañada.