

PSIQUIATRÍA

medicamentos usados en psiquiatría



PSIQUIATRÍA

CONCEPTO EN PSIQUIATRÍA

. El primer autor que utiliza la palabra psiquiatría: (2017 diciembre)

- a) Kraepelin.
- b) Frecuencia.
- c) Pinel.
- d) Reil. *
- e) Morel.

. ¿Cual de las siguientes afirmaciones NO se corresponden con la vida y obra de Pinel?: (2022 enero)

- a) Fundador de la psiquiatría como especialidad médica.
- b) Creador del tratamiento moral.
- c) "Las enfermedades mentales son enfermedades del cerebro". *
- d) Director de un asilo durante la Revolución Francesa.
- e) Todas se corresponden con la vida y obra de Pinel.

→ Philips apíñelo (S XVIII):

- 1er psiquiatra = "padre Psiquiatría"
- durante revolución francesa = director asilo la Brirètre → (+) tarde: director utopian de la Salpêtrière
- escribió "Tratado de la locura" = creó especialidad médica = terapia moral
- Siddeuhan y Willis = "La enfermedad mental es una enfermedad nerviosa"

. El diálogo razón-locura resurge en el siglo XIX y XX gracias a la aportación de: (2024 enero) (2021 enero)

- a) Freud. *
- b) Charcot.
- c) Kraepelin.
- d) Bonhoeffer.
- e) Janet.

→ Freud = "Que la razón pretenda entender la sin-razón" = diálogo razón-locura = psicoanálisis.

. ¿En qué país se inicia la primera gran revolución en Psiquiatría? (2018 enero)

- a) Grecia.
- b) España. *
- c) Inglaterra.
- d) Alemania.
- e) Francia.

→ grandes revoluciones psiquiatría = se considera que la primera revolución de la psiquiatría tendría lugar en España con la fundación del Hospital de los Inocentes, Locos y Orates, con el apoyo de la cofradía de Santa María de los inocentes, en el siglo XV.

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre las revoluciones de la psiquiatría no es correcta?

- a) La primera revolución psiquiátrica surge en España de la mano de Fray Juan Gilbert Jofre en el siglo XV.
- b) La segunda revolución psiquiátrica surge en Francia de la mano de Pinel en el siglo XVIII.
- c) Kraepelin y Freud fueron dos representantes de la tercera revolución psiquiátrica.
- d) La cuarta revolución psiquiátrica se produce con el descubrimiento de psicofármacos como litio, clorpromacina, haloperidol e imipramina.
- e) Todas las anteriores son correctas. *

→ grandes revoluciones psiquiatría

- 1ª revolución = en España (con la fundación del Hospital de los Inocentes, Locos y Orates, con el apoyo de la cofradía de Santa María de los inocentes) en el siglo XV.
- 2ª revolución = en el siglo XIX* de la mano de Pinel y Esquirol.

- 3ª revolución = siglo XIX protagonizado x obra E.Kraepelin (clasificación sistémica de enfermedades mentales en base criterios clínicos).
- 4ª revolución = siglo XX fundación psicoanálisis x S.Freud y la psicofarmacología Delay y Denike.

. Con respecto a la historia de la psiquiatría señala la sentencia INCORRECTA: (2019 enero)

- a) Cooper, Laing e Basaglia son autores del movimiento antipsiquiátrico.
- b) Delay y Deniker fueron los descubridores del electrochoque.
- c) Egas Moniz, premio Nobel de orixe portugués, describiu a técnica da leucotomía prefrontal.
- d) Pinel e Esquirol foron os alienistas do tempo da revolución francesa que reformularon o tratamento nos asilos e fixeron as primeiras nosoloxías científicas.
- e) Todas las anteriores respuestas son correctas.

. Con respecto a la historia de la psiquiatría señala la sentencia INCORRECTA: (2019 enero)

- a) Cooper, Laing e Basaglia son autores del movimiento antipsiquiátrico.
→ después GM, finales siglo XX hay un movimiento muy fuerte en EU = Antipsiquiatria
- b) Delay y Deniker fueron los descubridores del electrochoque. *
→ Delay Y de Iker = psicofarmacología
- c) Egas Moniz, premio Nobel de orixe portugués, describiu a técnica da leucotomía prefrontal.
→
- d) Pinel e Esquirol foron os alienistas do tempo da revolución francesa que reformularon o tratamento nos asilos e fixeron as primeiras nosoloxías científicas.
→ Pinel v director durante revolución francesa del Asilo La Bicêtre + escribió "Tratado de la Locura" + creo especialidad médica para atender alineados (marginados) "Terapia Moral" -> difundida x discípulo Esquirol
- e) Todas las anteriores respuestas son correctas.

CAUSALIDAD

. La asociación entre trastornos físicos y psíquicos puede ser: (2012 septiembre)

- a) Casualmente.
- b) Los factores psicológicos causan la enfermedad física.
- c) Los factores psicológicos causan síntomas físicos.
- d) Las enfermedades físicas tienen consecuencias psiquiátricas.
- e) Todas las respuestas son correctas. *

. ¿Cuál de los siguientes subsíndromes NO forma parte de las "Formas de Reacción Exógena Aguda (FREA) de Bonhoeffer"?:
(2021 enero)

- a) "Disminución de la Conciencia".
- b) "Distorsión de la Conciencia".
- c) "Simplificación de la vida psíquica".
- d) "Alteraciones de la Afectividad".
- e) Todos los síndromes precedentes forman parte de las FREA. *

→ modelo médico - submodelo etiológico - modelo exógeno ambientalista => Bonhoeffer = 4 formas de reacción exógena
(golpe decisivo)

EXPLORACIÓN PSIQUIÁTRICA

. Al psicoterapeuta llega derivado un paciente para realizar psicoterapia. Al leer los informes observa que tiene antecedentes de abuso de sustancias. Inmediatamente exclama "Que lata de drogadictos...son una pérdida de tiempo...nunca quieren ponerse bien". Esta situación es un ejemplo de: (2021 enero)

- a) Proyección.
- b) Transferencia.
- c) Contratrtransferencia.
- d) Resistencia.
- e) Confrontación.

→ entrevista psiquiátrica - médico = conductor entrevista

- transferencia = proyecciones paciente sobre médico
- contratrtransferencia = proyección médico sobre paciente
- resistencias

. Respecto a la entrevista psiquiátrica, señala la respuesta(s) INCORRECTA(s): (2022 enero) (2019 enero)

- a) Debemos hacer preguntas abiertas.
- b) Debemos evitar las preguntas abiertas porque impiden obtener información concreta. *
- c) Debemos emplear expresiones facilitadoras.
- d) Debemos animar a la expresión de sentimientos.
- e) B y C.

→ entrevista psiquiátrica - reglas básicas

- hacer preguntas abiertas
- emplear expresiones facilitadoras
- animar a expresar sentimientos

EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA I

. Los objetivos de la Exploración Psicopatológica son: (2024 enero) (2019 enero)

- a) Recoger los síntomas.
- b) Organizar los síntomas en síndromes.
- c) Entender al sujeto en su contexto.
- d) Las respuestas A, B y C son correctas. *
- e) Solo las respuestas A y B son correctas.

→ exploración psicopatológica = el objetivo es recoger datos clínicos lo más objetivos posibles agrupando los síntomas x síndromes.

. Respecto al Nivel de conciencia, señala la respuesta(s) correcta(s): (2024 enero)

- a) Está disminuido en las enfermedades orgánico-cerebrales agudas.
- b) Cuando está afectado, puede fluctuar a lo largo del día.
- c) Su evaluación suele requerir la colaboración de informantes distintos al paciente.
- d) a, b y c. *
- e) Solo a y b son correctas.

. Respecto a la Atención, señalar la(s) respuesta(s) INCORRECTA(S): (2019 enero)

- a) Existen umbrales mínimos y máximos de atención.
- b) Es el resultado de un proceso involuntario de la mente.
- c) Es un prerrequisito de todo conocimiento.
- d) Si está alterada, implica una alteración orgánica.
- e) Las respuestas B y D son incorrectas. *

→ atención

- la posibilidad inmediata de todo conocimiento, un auténtico preconocimiento = 1º despiertos (cocientes) → 2º atentos → 3º adquirir conocimientos.
- capacidad limitada = umbrales mín y máx (para cada uno y variables a lo largo vida)
- procesos voluntarios e involuntarios
- inatención = causas orgánicas + causas psicógenas (delirio)

ORIENTACIÓN

. El paciente se confunde de habitación en su casa, supone pues: (2017 diciembre)

- a) Una alteración de la orientación temporal.
- b) Una alteración de la orientación espacial. *
- c) Una alteración de la orientación autopsíquica.
- d) Desorientación alopsíquica.
- e) Todo lo anterior es falso.

*. Señala la afirmación falsa sobre la psicopatología de la orientación:

- a) Un paciente con desorientación autopsíquica suele tener afectada la alteración témporo-espacial.
- b) Se afecta con mayor frecuencia la orientación espacial que la temporal. *
- c) Un síndrome de desorientación parcial suele conservar la orientación autopsíquica.
- d) La desorientación espacial del Alzheimer se produce por acumulación de proteínas tau.
- e) El síndrome de Gerstmann cursa con acalculia, agnosia digital y desorientación corporal

→ Las desorientaciones son, de mayor a menor frecuencia: temporal, espacial y autopsíquica.

PERCEPCIÓN

. Felipe, 32 años, dice que oye unas voces atronadoras, que retumban, y le dicen que no salga de casa, las nota dentro de su cabeza y no sabe decir de quien son, no se le parecen a nadie que conozca, por momentos se queda callado y como escuchando. Los procesos psicológicos afectados en este caso son: (2024 enero)

- a) Pensamiento.

- b) Percepción. *
 - c) Psicomotricidad.
 - d) Las respuestas a y b son correctas.
 - e) Las respuestas a, b y c son correctas.
- percepción ⇒ alucinación = percepción si estímulo externo - pueden ser auditivas.

. [Caso Felipe] ¿Cuál de los siguientes síntomas parece presentar Felipe? (2024 enero)

- a) Inquietud psicomotriz.
- b) Ideación delirante de referencia.
- c) Alucinaciones psíquicas (pseudoalucinaciones). *
- d) Alucinaciones verdaderas (psicosensoriales).
- e) Pensamiento disgregado.

→ pseudo alucinaciones = en la mente

→ alucinaciones verdaderas = dentro falsedad situación, tienen características que podrían darse en la realidad con una supuesta fuente del estímulo externa a la persona.

. Manuel, 19 años, dice que siente una voz, dentro de su cabeza, que le dice que tiene que levantarse y encender la luz e ir a ver si su hermana está bien; si se resiste la voz la amenaza: "si no lo haces la mato yo". El paciente dice que no puede resistirse a la voz y hace todo lo que le manda, es una voz que no se identifica con nadie conocido, que tiene un tono normal, él piensa que no es real pero la oye con toda claridad y no puede dejar de obedecerla. El relato sugiere que la función psíquica alterada es: (2019 enero)

- a) Memoria.
- b) Percepción. *
- c) Conciencia.
- d) Afectividad.
- e) c y d.

→ percepción = alucinación auditiva (2ª/3ª persona)

. Una de las siguientes no es una característica de una alucinación verdadera:

- a) Ausencia de estímulo externo.
- b) El paciente las percibe desde su campo de conciencia externa.
- c) El paciente cree que el contenido de la alucinación es real.
- d) El paciente no puede controlar el contenido de la alucinación.
- e) En algunos casos el paciente puede darse cuenta de que el contenido no es real. *

→ alucinación = percepción sin objetivo

*Solución: e. En una alucinación verdadera hay creencia absoluta de la realidad del contenido de la alucinación.

. Es falso en relación a una alucinación: (2017 diciembre)

- a) Se localiza en el interior de la mente. *
- b) No hay objeto que las provoque.
- c) Frecuentemente son auditivas.
- d) Pueden aparecer en la esquizofrenia.
- e) Todo lo anterior es falso

*Solución: a. Una alucinación ocurre en el campo de la conciencia externa.

* Señala la afirmación falsa sobre las alucinosis:

- a) Son alucinaciones intensas y con gran embarazo.
- b) Las alucinaciones pueden ocurrir en cualquier modalidad sensorial, pero las más frecuentes son las auditivas y las táctiles.
- c) Suele haber conciencia de irrealidad.
- d) Son egodistónicas.
- e) Suele haber un origen orgánico.

*Solución: b. Las más habituales son las auditivas y las visuales.

* Señala la afirmación incorrecta sobre los trastornos de la percepción:

- a) En una alucinación verdadera nunca hay estímulos externos que induzcan la percepción.

- b) En una ilusión patológica el paciente puede no haber convencimiento absoluto de realidad.
- c) Las ilusiones son corregibles en los sujetos sanos, al contrario que en sujetos enfermos.
- d) Las alucinaciones verdaderas suelen ocurrir de forma aislada. *
- e) La prosopagnosia es la incapacidad para reconocer caras.

*Solución: d. Nunca se producen de forma aislada, sino que se agrupan en síndromes.

EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA II

MEMORIA

. Mujer diagnosticada de Síndrome amnésico que es visitada por primera vez por un nuevo especialista, este le pregunta si ya se han visto anteriormente a lo que ella le contesta que sí, que se han visto varias veces en el último mes y ya ella estaba pensando en pedir cita con él porque tenía cosas que consultarle. El proceso alterado es: (2011 febrero)

- a) Percepción.
- b) Orientación.
- c) Memoria. *
- d) Pensamiento.
- e) Nivel de conciencia.

. El síntoma que está presentando es: (2011 febrero)

- a) Prosopagnosia.
- b) Fenómeno "Deja vu".
- c) Confabulación.*
- d) Amnesia retrógrada.
- e) Amnesia anterógrada

. Hombre, 65 años, que acude a consulta porque últimamente tiene dificultades para recordar hechos recientes, lo que hizo ayer o hace unas horas y en cambio recuerda perfectamente cosas del pasado. El proceso psicológico alterado es: (2011 septiembre)

- a) Nivel de conciencia.
- b) Orientación.
- c) Percepción.
- d) Pensamiento.
- e) Memoria. *

. El síntoma que está presentando es (Respecto de P-9): (2011 septiembre)

- a) Confabulación.
- b) Fenómeno "Deja vu".
- c) Hipertermnesia.
- d) Amnesia retrógrada.
- e) Amnesia anterógrada. *

. Señala la afirmación falsa:

- a) La amnesia anterógrada afecta fundamentalmente a la memoria reciente.
- b) La amnesia retrógrada es la habitual en el Alzheimer.
- c) En la amnesia retrógrada desaparece primero la información remota, y después la reciente.
- d) La amnesia lacunar es la pérdida de información de un período de tiempo concreto.
- e) La amnesia lacunar se asocia a accidentes o episodios traumáticos.

→ amnesia anterógrada = paciente no recuerda a partir momento instaura (olvida "a medida ocurren sucesos").

→ amnesia retrógrada = pierde memoria de todo lo ocurrido antes de un acontecimiento (ej: traumatismo craneoencefálico / alcohol).

*Solución: c. Se suelen perder primero los recuerdos más recientes, y por último los de la infancia.

→ según donde se encuentre interrupción diferenciamos amnesias = masivas + lagunares + selectivas.

Señala la afirmación correcta acerca de las amnesias de causa orgánica:

- a) Se afectan la memoria inmediata y la remota, se preserva la reciente.
- b) Se afectan la memoria inmediata y la reciente, se preserva la remota.
- c) Solo se afecta la memoria remota.
- d) Solo se afecta la memoria reciente.
- e) Se afecta la memoria reciente y, en ocasiones, la remota, pero se preserva la inmediata. *

→ amnesia - según causa puede ser = orgánica o psicológica.

*. Señala la afirmación incorrecta acerca de las amnesias de causa orgánica:

- a) En las amnesias postraumáticas puede haber amnesia anterógrada y/o retrógrada
- b) Las amnesias globales transitorias son de instauración brusca.
- c) En la demencia degenerativa se afectan las memorias reciente y remota.
- d) En la amnesia global transitoria se afectan las memorias anterógrada y/o retrógrada. *
- e) En el delirium se afectan las memorias reciente e inmediata

*Solución: d. Nunca se afecta la memoria anterógrada, solo la retrógrada.

→ un trauma puede desencadenar los dos tipos de amnesias (retrógrada y anterógrada) = es una de las causas (+) habituales.

. La falsificación de la memoria que aparece en estados de conciencia lúcida que el paciente utiliza para rellenar lagunas mnésicas se denomina:

- a) Idiots savants.
- b) Confabulación. *
- c) Fenómeno punta de la lengua.
- d) Alomnesia.
- e) Mitomanía.

→ paramnesia/ alucinación del recuerdo / confabulaciones = fantasías plausible que adquieren carácter de recuerdo x parte sujeto, que cree firmemente que las cosas han ocurrido de esa manera.

→ def confabulaciones chatGPT = creación recuerdos falsos sin intención engañar - creen sinceramente en sus recuerdos inventados.

ALTERACIONES PENSAMIENTO Y LENGUJE

. La idea Delirante se diferencia de la errónea en que: (2019 enero)

- a) Se da en sujetos de inteligencia normal o superior.
- b) Es incorregible.
- c) Se engendra patológicamente.
- d) No se ajusta a la realidad.
- e) Las respuestas b y c son correctas. *

→ idea delirante primaria = engendrada patológicamente (NO construida con juicio lógico) + exagerada certeza subjetiva-absoluta incorregible con argumentación.

. Es falso en relación a la idea delirante (2018 enero)

- a) Que sea una creencia o convicción errónea.
- b) Que se manifieste en forma de duda. *
- c) Que sus contenidos en ocasiones no se reproducen en la realidad.
- d) Que su origen sea individual y no social.
- e) Todo lo anterior es verdadero.

→ idea delirante = exagerada certeza subjetiva, absoluta e incorregible con la experiencia y la argumentación.

. Las creencias infundadas e idiosincrásicas sin base en la realidad caracterizan a: (2017)

- a) Ideas obsesivas.
- b) Fobias.
- c) Ideas sobrevaloradas.
- d) Ideas delirantes. *
- e) Todo lo anterior es falso.

. Una de las siguientes no es una característica de las ideas delirantes:

- a) Es una idea fija y persistente.
- b) Puede ser modificada con argumentación lógica. *
- c) Aparece sin necesidad de estímulos externos.
- d) No deriva de otros síntomas o sucesos de la vida cotidiana.
- e) No se explica por valores sociales, culturales ni religiosos.

→ idea delirante (primaria) :

- exagerada certeza subjetiva, absoluta e incorregible con la experiencia o la argumentación
- NO pueden reducirse a otros hechos psicopatológicos

. ¿Cuál de las siguientes características no es propia de la idea delirante primaria? (2013 febrero)

- a) Incorregible por la argumentación lógica.
- b) Compartida por el grupo sociocultural del enfermo. *
- c) No influenciada por la experiencia.
- d) Implica convicción y certeza del sujeto.
- e) El sujeto no hace crítica de la misma.

. Las Ideas Delirantes o Delirantes Secundarias son típicas de: (2021 enero)

- a) Esquizofrenia Paranoide.
- b) Desarrollos Paranoides.
- c) Catatonías Esquizofrénicas.
- d) Parafrénias.
- e) Trastornos Afectivos. *

→ idea delirante secundaria / delirante = consecuencia alteración afectiva (estados depresivos).

. Iván, 25 años, cuenta en la consulta que sabe que "está siendo perseguido por la policía que pretende dañar su cerebro y además se ocupa de robarle los pensamientos; también dice que escucha unas voces en su interior que hablan en tercera persona y comentan cosas sobre su vida, lo que va a hacer.... Síntomas presentes: (2024 enero)

- a) Distorsiones perceptivas.
- b) Ideas delirantes de perjuicio.
- c) Alucinaciones psíquicas auditivas.
- d) Las respuestas a, b y c son correctas.
- e) Solo las respuestas b y c son correctas. *

→ alteraciones pensamiento - delirio de persecución/perjuicio = "está siendo perseguido x policía que pretend dañar..."

→ percepción - alucinaciones - auditivas (3ª persona)

*distorsiones visuales = alucinaciones.

. Sara, 23 años, dice que desde que recibió un golpe en la cabeza nota que salen por sus oídos y por su nariz unas corrientes luminosas, que su pensamiento lo oyen sus compañeros de trabajo porque se oye fuera de su cabeza y que a consecuencia de esto cree que sus compañeros le quieren hacer daño y la persiguen. Las funciones alteradas son: (2024 enero)

- a) Conciencia, orientación y memoria.
- b) Psicomotricidad y conducta.
- c) Lenguaje y afectividad.
- d) Pensamiento y Percepción. *
- e) Todas las anteriores son correctas.

→ alteración pensamiento - delirio persecución

→ alteración percepción - alucinación

. Juan, 45 años, nos cuenta que es propietario de varias industrias, toca el violín en grandes escenarios, es mundialmente famoso por sus aportaciones a la NASA y ha ganado varios premios en el París-Dakar, todo esto a gran velocidad, saltando de un tema a otro, sin permitir interrupciones que nos permitan aclarar la verdad o falsedad de sus ideas y haciendo difícil la comprensión de lo que nos cuenta. Su familia niega la realidad de todo lo que dice y añade, también de otras cosas que cree, está convencido de que le ha tocado la lotería y pretende invertir en bolsa para lo que se va a ir a la bolsa de Madrid para trabajar como broker, lo buscan para interpretar una gran película, etc. Señala la función psíquica que parece afectada en este relato: (2022 enero)

- a) Percepción.
- b) Memoria.
- c) Nivel de conciencia.
- d) Pensamiento. *
- e) Afectividad.

. [Caso Juan] Señala el/los síntoma(s) presente(s): (2022 enero)

- a) Alucinaciones.

- b) Ideas sobrevaloradas.
- c) Ideas Megalomaniáticas/de grandeza.
- d) Fuga de ideas.
- e) Las respuestas C y D son correctas. *

→ alteraciones pensamiento

- clasificación contenidos delirantes => megalomaniaco = se siente (+) grande/importante de lo que es realmente. Delirio de grandeza.
- alteraciones curso pensamiento => aceleración/taquipsiquia = caracteriza x fuga de diademas = pérdida unidad + desorden discurso.

. Un paciente comenta a su familia que la presentadora de un telediario tiene escritos en los folios de su guion ideas y pensamientos suyos, pero no sabe cómo puede haber ocurrido eso. Pretende convencer a sus familiares de que los consejos que está dando sobre el consumo de drogas van dirigidos a él. Ante el malestar que esto le suscita, apaga el televisor e impide que todos lo vean. Desde el punto de vista de las alteraciones de la pertenencia del pensamiento, ¿qué destaca en el paciente?

- a) Difusión del pensamiento.
- b) Robo del pensamiento. *
- c) Inserción del pensamiento.
- d) Lectura del pensamiento.
- e) Control del pensamiento.

→ no lo encuentro en los apuntes pero como la pregunta siguiente estaba relacionada con esta por eso la pongo.

. Sobre el paciente anterior, ¿cuál de estos tipos de delirio piensas que tiene?

- a) Delirio de referencia. *
- b) Delirio de persecución.
- c) Delirio erotomaniaco.
- d) Delirio de culpa.
- e) Delirio nihilístico.

→ alteración contenido pensamiento - contenidos delirio => referencia = delirio referencia: el paciente se siente el centro de atención cuando no debería (de forma patológica).

. La fuga de ideas consiste en:

- a) Las ideas fluyen más rápido de lo habitual.
- b) La taquipsiquia es tan grande que supera la capacidad fonatoria.
- c) Comunicación de las ideas de forma parcial, dando como resultado un discurso ininteligible. *
- d) Flujo de ideas enlentecido.
- e) Interrupción brusca del curso del pensamiento.

→ alteraciones curso pensamiento - aceleración/taquipsiquia = se caracteriza x "fuga ideas" = desorden en discurso

. ¿Cuál de los siguientes términos define el punto en el que la fluidez de ideas es tan rápida que supera la capacidad fonatoria?

- a) Taquipsiquia.
- b) Presión del pensamiento. *
- c) Fuga de ideas.
- d) Bradipsiquia.
- e) Bloqueo del pensamiento.

→ alteraciones curso pensamiento

- bloqueo = el paciente refute que "se para" su pensamiento -> no puede pensar, está pensando y no puede seguir, se bloquea.
- inhibición/enlentecimiento/bradipsiquia (latencia de respuesta) = disminuye velocidad pensamiento
- aceleración / taquipsiquia = se caracteriza x fuga ideas -> conlleva pérdida unidad, desorden discurso (el apcibete se va por las ramas).

. La verbigeración es:

- a) Repetición involuntaria de una palabra varias veces seguidas de forma espasmódica.
- b) Repetición irrelevante y persistente de las últimas palabras o frases que se han dirigido al enfermo.
- c) Repetición incesante, carente de sentido, de manera automatizada y estereotipada de varias frases o palabras.

d) Utilización de forma estereotipada de palabras vulgares, obscenas y sucias.

e) Falta de entonación en el discurso.

. La verbigeración es:

a) Repetición involuntaria de una palabra varias veces seguidas de forma espasmódica.

→ palilalia = repetición de la última palabra de la frase. "frase, frase, frase..."

b) Repetición irrelevante y persistente de las últimas palabras o frases que se han dirigido al enfermo.

→ ecolalia = repetición automática de palabras o frases del interlocutor.

c) Repetición incesante, carente de sentido, de manera automatizada y estereotipada de varias frases o palabras. *

→ verbigeración = repetición constante de palabras o frases sin propósito comunicativo. Parece que no hay intención de decir nada.

d) Utilización de forma estereotipada de palabras vulgares, obscenas y sucias.

→ coprolalia

e) Falta de entonación en el discurso.

→ aprosodia

*en la corrección ponía b), pero me sonaba raro y chatGPT dice c.

ALTERACIONES AFECTIVIDAD

. La disociación del afecto aparece típicamente en: (2024 enero)

a) Apatía.

b) La belle indifference. *

c) Criminales violentos.

d) Dependencia al alcohol.

e) a, b, c y d.

→ disociación afectiva = falta reacción emocional a la pérdida grave de alguna parte de sí → a veces hasta el paciente parece encantado con su pérdida = denominación "la bella indiferencia".

. ¿Cuál de las siguientes características no define una emoción?

a) Instauración brusca.

b) Poca extensión. *

c) Síntomas somáticos más amplios que el humor.

d) Transitoria.

e) Desencadenante frecuentemente identificado.

→ emoción = reacción recortada → refleja en reacción a un estímulo y las circunstancias.

*Solución: c. En el humor los síntomas somáticos suelen ser más amplios y afectar al sueño, la alimentación, las hormonas...

. ¿Cuál de esas diferencias entre humor y emoción es correcta?

a) Una emoción es de instauración lenta.

b) En el humor suele haber un desencadenante claro.

c) En el humor no hay elaboración cognitiva.

d) Las alteraciones del sueño y la alimentación suelen ser más amplias en el humor.

e) La emoción suele ser transitoria.

. ¿Cuál de esas diferencias entre humor y emoción es correcta?

a) Una emoción es de instauración lenta.

→ emoción = instauración brusca

b) En el humor suele haber un desencadenante claro.

→ emoción = desencadenante claro.

c) En el humor no hay elaboración cognitiva.

→ elaboración cognitiva hay en humor y en emoción

*elaboración cognitiva = proceso cerebral que da forma y enriquece la información que recibimos conectándola con conocimientos previos y otorgando significado y relaciones.

d) Las alteraciones del sueño y la alimentación suelen ser más amplias en el humor.

→ síntomas somáticos (+) amplias en humor

e) La emoción suele ser transitoria. *

→ emoción = transitoria

. El término anhedonia se refiere a: (2022 enero)

- a) La imposibilidad de trabajar.
- b) Incapacidad para sentir placer.
- c) Grave inhibición psicomotriz.
- d) Incapacidad de expresar emociones.
- e) Pérdida del apoyo social.

→ alteraciones afectividad ⇒ anhedonia = incapacidad para sentir placer.

. La anhedonia es:

- a) Tristeza sin desencadenante.
- b) Alegría sin desencadenante.
- c) Incapacidad para sentir placer en las actividades que anteriormente sí lo producían.
- d) Inadecuación del impacto afectivo que causa una determinada situación en una persona.
- e) Estado de ánimo desagradable.

. La anhedonia es:

- a) Tristeza sin desencadenante.
→ hipotimia / tristeza patológica
- b) Alegría sin desencadenante.
→ hipertimia
- c) Incapacidad para sentir placer en las actividades que anteriormente sí lo producían.
→ anhedonia = incapacidad para sentir placer o agrado x tareas, distracciones o diversiones que anteriormente sí le producían respuestas afectivas agradables.
- d) Inadecuación del impacto afectivo que causa una determinada situación en una persona.
→
- e) Estado de ánimo desagradable.
→

. La labilidad afectiva consiste en la: (2013 febrero)

- a) Ausencia de control de las emociones.
- b) Coexistencia de sentimientos positivos y negativos respecto de la misma vivencia.
- c) Incapacidad para experimentar placer o agrado.
- d) Incapacidad para expresar los afectos.
- e) Modificación rápida del estado de ánimo provocada o no por estímulos externos.

. La labilidad afectiva consiste en la: (2013 febrero)

- a) Ausencia de control de las emociones.
→ desinhibición emocional
- b) Coexistencia de sentimientos positivos y negativos respecto de la misma vivencia.
→ ambivalencia afectiva
- c) Incapacidad para experimentar placer o agrado.
→ anhedonia
- d) Incapacidad para expresar los afectos.
→ alexitimia
- e) Modificación rápida del estado de ánimo provocada o no por estímulos externos. *
→ labilidad afectiva = cambios rápidos en el estado de ánimo que pueden estar provocados, o no, por estímulos externos.

. ¿Cuál de las siguientes descripciones de la respuesta afectiva de un paciente es un ejemplo de paratimia? (2021 enero)

- a) "Mi hijo estos días está muy, demasiado contento porque ha aprobado el examen de conducir".
- b) "Antes me gustaba ir al cine, hacer deporte...ahora no disfruto con nada"
- c) El paciente nos cuenta con una sonrisa como esta mañana ha sentido que le quitaban todos los intestinos. *
- d) En una breve entrevista el paciente llora y ríe en varias ocasiones.
- e) El paciente tiene aspecto triste, está inquieto en la silla, la esposa refiere que se enfada con mucha facilidad, antes tenía mucha paciencia.

→ paratimia = incongruencia entre estado afectivo y pensamiento → falta conexión/relación pensamos y sentimos → ej: reírse en un entierro → disonancia afectiva.

. La afectividad inapropiada se asocia con frecuencia a:

- a) Paratimia. *
- b) Labilidad afectiva.
- c) Alexitimia.
- d) Rigidez afectiva.
- e) Disforia.

→ paratimia = incongruencia entre estado afectivo y pensamiento. Hay falta de conexión o relación entre lo que pensamos y lo que sentimos. Es una disonancia afectiva (no confundir con disociación).

. La definición que más se ajusta al término "afecto inapropiado" es:

- a) Ausencia de cualquier signo de expresión afectiva.
- b) Reducción significativa de la intensidad de la expresión emocional.
- c) Variabilidad anormal y brusca del afecto.
- d) Reducción de la gama e intensidad de la expresión emocional.
- e) Discordancia entre la expresión afectiva y el contenido del habla o las ideas del paciente. *

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?

- a) La angustia implica una mayor afectación neurovegetativa que la ansiedad.
- b) La indiferencia afectiva es típica del psicópata psocial.
- c) La alexitimia se caracteriza por la incapacidad para describir las emociones.
- d) Un paciente alexitímico no tiene afecto. *
- e) El afecto lábil se asocia a un mayor deterioro del giro cingular.

→ alexitimia = incapacidad para expresar los afectos con palabras.

*Sí tiene afectos - NO sabe expresarlos.

ALTERACIONES DE LA PSICOMOTRIZ

. ¿Cuál de las siguientes no es una alteración de la actividad motora/psicomotricidad?

- a) El temblor en reposo y postural.
- b) Las sincinesias.
- c) Las estereotipias.
- d) Los manierismos.
- e) Las resonancias. *

→ alteraciones de la psicomotricidad = estereotipias + manierismos + temblores.

. Identifica cuales de los siguientes síntomas psicomotores que aparecen en el marco de una entrevista médica son ESTEREOTIPIAS: (2021 enero)

- a) Antía carraspea con frecuencia antes de contestar a las preguntas que le formula su médico.
- b) Juana guiña el ojo izquierdo repetidamente a lo largo de la entrevista con su psiquiatra.
- c) Antes de contestar a la mayoría de las preguntas, Santiago cruza las piernas y se frota las manos.
- d) a, b y c.
- e) Solo b y c. *

. Se denomina estereotipia a: (2016)

- a) Gestos bucolinguales extraños.
- b) Repetición iterada innecesaria de un acto. *
- c) Movimientos muy aparatosos que aumentan la expresividad de los gestos.
- d) Agitaciones Psicóticas muy intensas.
- e) Gestos aparatosos acompañados de palabras soeces.

→ alteración psicomotricidad - estereotipias = movimientos involuntarios repetidos regulares de un acto de mímica facial o corporal, sin un fin determinado

. El paciente duerme muy mal, no se queda dormido y cuando lo hace despierta a las dos horas y ya no vuelve a dormir, ¿qué síntoma presenta? (2017 diciembre)

- a) Insomnio de conciliación.
- b) Insomnio tardío.
- c) Insomnio fragmentario.
- d) a y b con correctas. *
- e) Todas las anteriores son falsas.

*Solución: d. Tarda en dormirse (a) y se despierta pronto (b).

CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

. Las Clasificación Internacional de Enfermedades denominada CIE-10 fue elaborada por: (2011 septiembre)

- a) Bleuler.
- b) La Organización Mundial de la Salud. *
- c) Kraepelin.
- d) La Asociación Americana de Psiquiatría.
- e) Ninguna de las anteriores respuestas es correcta.

→ CIE = está organizada x OMS.

. Con respecto a los sistemas clasificatorios actuales en psiquiatría (CIE y DSM) señala la respuesta correcta: (2024 enero)

- a) Son ateóricos (neutrales en cuanto a posibles causas o teorías etiológicas).
- b) Son fundamentalmente categoriales dividen a los trastornos mentales siguiendo una serie de criterios operativos
- c) Se basan en la identificación de síntomas y en su agrupación en síndromes aunque no se conozca su causa.
- d) a, b y c son correctas. *
- e) Solo b y c son correctas.

. Con respecto a los sistemas clasificatorios actuales en psiquiatría (CIE y DSM) señala la INCORRECTA: (2022 enero)

- a) Son ATEÓRICOS (neutrales en cuanto a posibles causas o teorías etiológicas).
- b) Son fundamentalmente CATEGORIALES dividen a los trastornos mentales siguiendo una serie de criterios operativos.
- c) Se basan en la identificación de síntomas y en su agrupación en síndromes aunque no se conozca su causa.
- d) Su objetivo es lograr un lenguaje común, una fiabilidad en el diagnóstico (concordancia) y facilitar su uso.
- e) Todas son correctas. (*)

. Con respecto a los sistemas clasificatorios actuales en psiquiatría (CIE y DSM) señala la INCORRECTA: (2019 enero) (2016)

- a) Son ATEÓRICOS (neutrales en cuanto a posibles causas o teorías etiológicas).
- b) Son fundamentalmente DIMENSIONALES: consideran que los trastornos mentales se explican mejor por variables de tipo continuo que varían desde la normalidad hasta la patología. *
- c) Se basan en la identificación de síntomas y en su agrupación en síndromes aunque no se conozca su causa.
- d) Su objetivo es lograr un lenguaje común, una fiabilidad en el diagnóstico (concordancia) y facilitar su uso.
- e) El modelo utilizado ha sido el modelo médico de tipo Kraepeliniano y no el Freudiano.

. Respecto a las CLASIFICACIONES de los Trastornos Mentales, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?: (2021 enero)

- a) La etiología es un elemento clasificador fundamental. *
- b) Los patrones de síntomas son un elemento clasificador fundamental.
- c) Los patrones de resultado clínico son un elemento clasificador fundamental.
- d) Son necesarias para la comunicación entre los clínicos.
- e) Son necesarias en investigación para agrupar pacientes similares.

. Las dos Clasificaciones de los trastornos psíquicos, más utilizadas, se diferencian en que: (2011 febrero)

- a) La DSM IV es multiaxial y la CIE-10 no.
- b) Parten cada una de diferentes clasificaciones clásicas.
- c) La CIE-10 es multiaxial y la DSM IV no.
- d) No hay diferencias entre las dos.
- e) En la cantidad y distribución de los ejes. *

. La CIE-10 y la DSM-IV: (2011 febrero) (2011 septiembre)

- a) Son la misma clasificación pero en diferentes países e idiomas.
- b) La CIE-10 se usa en los países anglosajones y la DSM-IV en los países europeos.
- c) Utilizan criterios diagnósticos idénticos.
- d) Utilizan exactamente la misma nomenclatura.
- e) Son dos clasificaciones diagnósticas distintas pero similares. *

. En el CIE-10 las enfermedades psiquiátricas están agrupadas en la letra: (2021 enero)

- a) P.
- b) S.

- c) M.
- d) F. *
- e) I.

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA respecto de la clasificación CIE 10 AP?: (2012 septiembre)

- a) Da pautas para la derivación al especialista.
- b) Da pautas para el tratamiento.
- c) Da pautas para el diagnóstico.
- d) Da pautas de cómo informar a los pacientes.
- e) Ninguna es falsa. *

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es verdadera con respecto a la clasificación CIE 10 AP? (2012 septiembre)

- a) Tiene 25 categorías.
- b) Es una adaptación de la CIE-10 pero los apartados son distintos.
- c) Es una adaptación del CIE-10 e incluye los mismos trastornos.
- d) a y b son ciertas. *
- e) a y c son ciertas.

. Sobre el CIE-10, es falso que:

- a) Se desarrolló en 1992.
- b) Al contrario que el DSM, se basa en la estadística. *
- c) Cada patología recibe un código de hasta 6 dígitos.
- d) La patología psiquiátrica corresponde a la letra F.
- e) Se espera que en 2022 se publique el CIE-11.

*Solución: b. El DSM se basa en datos estadísticos; el CIE, supuestos clínicos

SÍNDROMES ORGÁNICOS-CEREBRALES

*. El concepto de Reacción Exógena Aguda de Bonhoeffer se refiere a que: (2024 enero)

- a) Los acontecimientos vitales pueden causar trastornos psíquicos.
- b) Las causas externas afectan el centro de Bonhoeffer.
- c) Diversas causas orgánicas causan el mismo cuadro psíquico, inespecífico. *
- d) Las células de Bonhoeffer se alteran por causas orgánicas.
- e) Conflictos psíquicos causan trastornos aparentemente orgánicos.

→

. ¿Cuál de los siguientes subsíndromes NO forma parte de las "Formas de Reacción Exógena Aguda (FREA) de Bonhoeffer"?:
(2021 enero)

- a) "Disminución de la Conciencia".
- b) "Distorsión de la Conciencia".
- c) "Simplificación de la vida psíquica".
- d) "Alteraciones de la Afectividad".
- e) Todos los síndromes precedentes forman parte de las FREA. *

→ SOC agudos ⇒ Bonhoeffer = definición formas reacción exógena aguda → subsíndromes básicos (estados)

- 1. disminución conciencia
- 2. distorsión conciencia
- 3. simplificación vida psíquica
- 4. alteraciones afectividad

. Uno de los siguientes no es uno de los cuatro subgrupos en los que Boenhoeffer dividió los síndromes orgánico-cerebrales agudos:

- a) Estados de disminución de la consciencia.
- b) Estados de distorsión de la consciencia.
- c) Simplificación de la vida psíquica.
- d) Estados tipo demencia-delirium. *
- e) Estados con alteración de la afectividad.

. Respecto al Nivel de conciencia, señala la respuesta(s) correcta(s): (2024 enero)

- a) Está disminuido en las enfermedades orgánico-cerebrales agudas.
- b) Cuando está afectado, puede fluctuar a lo largo del día.
- c) Su evaluación suele requerir la colaboración de informantes distintos al paciente.
- d) a, b y c. *
- e) Solo a y b son correctas.

→ SOC agudos - Bonhoeffer - FREA = 1. Disminución conciencia.

DELÍRIUM

. Entre las causas de delirium se encuentran:

- a) Infecciones.
- b) Metales pesados.
- c) Trastornos metabólicos agudos.
- d) Ninguna de las anteriores.
- e) Todas las anteriores. *

→ delirium - causas = "I watch death"

- I = infecciones
- A = acute metabolic v problema metabólico agudo
- H = heavy metals = metales pesados

. ¿Cuál de los siguientes no forma parte de los criterios diagnósticos del delirium en el CIE-10?

- a) Alteración de la consciencia como una tendencia al sueño o una disminución de la capacidad de atención al entorno, con dificultad/incapacidad para centrar, mantener y dirigir la atención.

- b) Cambio en las funciones cognoscitivas o presencia de alteración perceptiva no explicada por una demencia.
- c) Las alteraciones ocurren en un breve período de tiempo y fluctúan a lo largo del día.
- d) Dos o más de los siguientes síntomas, uno de los cuales es el 1, el 2 o el 3: 1) delirios 2) alucinaciones 3) lenguaje desorganizado 4) comportamiento desorganizado 5) síntomas negativos. *
- e) Demostración de una enfermedad que provoque la clínica.

. Enrique tiene 73 años. La familia requiere una visita domiciliaria del médico porque está agresivo, no sabe donde está, y dice que les agrede y que esta conducta empeora por la noche; en algunas ocasiones han tenido que atarlo con sábanas al sillón; ha sufrido varias caídas aunque sin consecuencias. Últimamente es su hija quien le viste y la que le baña. El médico acude a su domicilio. El aspecto general del paciente es aceptable. Hasta hace un mes que contrajo la gripe no refieren problemas, cuidaba el ganado todos los días y conducía el coche para ir a la tienda del pueblo. Recibió tratamiento con Clorazepato dipotásico 15mg (1-1-1) durante 5 días y los dos días últimos Flunitrazepam (0-0-1). A la mayoría de las preguntas responde " ...no sé..." y en otras se queda pensativo tras exclamar "tengo que pensar...". Sin embargo sabe el año y mes que nació (no el día), no recuerda año, mes ni día de la semana ni la estación del año actuales. Intenta levantarse varias veces durante el interrogatorio, lo cual es posible impedir con una moderada oposición de la familia; si lo consigue, se pone a dar vueltas por la cocina sin rumbo fijo, se sienta en diferentes sitios (algunos incómodos e inestables) y se levanta rápidamente, casi siempre con los ojos cerrados. El nivel de conciencia está: (2024 enero)

- a) Normal.
- b) Disminuido de forma continua.
- c) Disminuido de forma fluctuante. *
- d) Aumentado.
- e) No hay datos para valorar el nivel de conciencia.

. [Caso Enrique] El diagnóstico más probable es: (2024 enero)

- a) Demencia frontotemporal.
- b) Delirium. *
- c) Parafrenia tardía.
- d) Esquizofrenia paranoide
- e) Depresión involutiva.

. [Caso Enrique] La actitud médica más adecuada será: (2024 enero)

- a) Administrar neurolépticos por la noche y volver a visitarlo en una semana.
- b) Además de (A), administrar antidepresivos.
- c) Retirarle todos los fármacos que toma y visitarle en una semana.
- d) Buscar un foco infeccioso, realizar analíticas de sangre y orina y recabar antecedentes médicos.
- e) Pautar Neurolépticos por la noche y pautar inhibidores de la Acetil colinesterasa (donepezilo o rivastigmina o galantamina).

. Enrique tiene 73 años. La familia requiere una visita domiciliaria del médico porque está agresivo, no sabe donde está, y dice que les agrede y que esta conducta empeora por la noche; en algunas ocasiones han tenido que atarlo con sábanas al sillón; ha sufrido varias caídas aunque sin consecuencias. Últimamente es su hija quien le viste y la que le baña. El médico acude a su domicilio. El aspecto general del paciente es aceptable. Hasta hace un mes que contrajo la gripe no refieren problemas, cuidaba el ganado todos los días y conducía el coche para ir a la tienda del pueblo. Recibió tratamiento con Clorazepato dipotásico 15mg (1-1-1) durante 5 días y los dos días últimos Flunitrazepam (0-0-1). A la mayoría de las preguntas responde " ...no sé..." y en otras se queda pensativo tras exclamar "tengo que pensar...". Sin embargo sabe el año y mes que nació (no el día), no recuerda año, mes ni día de la semana ni la estación del año actuales. Intenta levantarse varias veces durante el interrogatorio, lo cual es posible impedir con una moderada oposición de la familia; si lo consigue, se pone a dar vueltas por la cocina sin rumbo fijo, se sienta en diferentes sitios (algunos incómodos e inestables) y se levanta rápidamente, casi siempre con los ojos cerrados. El diagnóstico más probable es: (2022 enero)

- a) Delirium. *
- b) Demencia.
- c) Esquizofrenia paranoide.
- d) Parafrenia tardía.
- e) Depresión involutiva.

→ delirium

- causa = infecciones ("I watch death")

- criterios dx delirium (según CIE-10)

1. Alteración conciencia = disminución capacidad centrar, mantener o dirigir atención
2. Cambio funciones cognoscitivas = déficit memoria, desorientación
3. La alteración se presenta en un corto periodo de tiempo (horas) y tiende a fluctuar a lo largo del día.
4. Demostración x historia, exploración física y pruebas de laboratorio de que la alteración es un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.

. (Caso Enrique] En el paciente anterior la actitud médica más adecuada será: (2022 enero)

- a) Administrar neurolépticos por la noche y volver a visitarlo en una semana.
- b) Además de (A), administrar antidepresivos.
- c) Retirarle todos los fármacos que toma y visitarle en una semana.
- d) Buscar un foco infeccioso, realizar analíticas de sangre y orina y recabar antecedentes médicos. *
- e) Pautar neurolépticos por la noche y pautar inhibidores de la Acetil colinesterasa (donepezilo o rivastigmina o galantamina).

→ delirium

- criterios dx = historia, exploración física y pruebas laboratorio alteración efecto fisiológico directo de enfermedad médica
- tto = etiológico.

. Juan tiene 73 años. La familia requiere una visita domiciliaria del médico porque está agresivo, no sabe dónde está, y dice que les agrede y que esta conducta empeora por la noche; en algunas ocasiones han tenido que atarlo con sábanas al sillón; ha sufrido varias caídas aunque sin consecuencias. Últimamente es su hija quien le viste y la que le baña. El psiquiatra acude a su domicilio. El aspecto general del paciente es aceptable. Hasta hace un mes que contrajo la gripe no refieren problemas, cuidaba el ganado todos los días y conducía el coche para ir a la tienda del pueblo. Recibió tratamiento con Clorazepato dipotásico 15mg (1-1-1) durante 5 días y los dos días últimos Flunitrazepam (0-0-1). A la mayoría de las preguntas responde "...no sé..." y en otras se queda pensativo tras exclamar "tengo que pensar...". Sin embargo, sabe el año y mes que nació no el día, no recuerda año, mes ni día de la semana ni la estación del año actuales. Intenta levantarse varias veces durante el interrogatorio, lo cual es posible impedir con una moderada oposición de la familia; si lo consigue, se pone a dar vueltas por la cocina sin rumbo fijo, se sienta en diferentes sitios (algunos incómodos e inestables) y se levanta rápidamente, casi siempre con los ojos cerrados. El diagnóstico más probable es: (2019 enero)

- a) Demencia.
- b) Delirium. *
- c) Esquizofrenia paranoide.
- d) Parafrenia tardía.
- e) Depresión involutiva.

. [Caso Juan] La actitud médica más adecuada será: (2019 enero)

- a) Administrar neurolépticos por la noche y volver a visitarlo en una semana.
- b) Además de A, administrar antidepresivos.
- c) Retirarle todos los fármacos que toma y visitarle en una semana.
- d) Buscar un foco infeccioso, realizar analíticas de sangre y orina y recabar antecedentes médicos. *
- e) Pautar Neurolépticos por la noche y pautar inhibidores de la Acetil colinesterasa (donepezilo o rivastigmina o galantamina).

. Andrés tiene 71 años. La familia requiere la visita domiciliaria del psiquiatra porque está agresivo, no sabe dónde está, Y dice que les agrede y que esta conducta empeora por la noche; en algunas ocasiones han tenido que atarlo con sábanas al sillón; ha sufrido varias caídas aunque sin consecuencias. Últimamente es su hija quien le viste y la que le baña. El psiquiatra acude a su domicilio. El aspecto general del paciente es aceptable. Los problemas empezaron hace un mes, en que contrajo una gripe. Recibió tratamiento con Clorazepato dipotásico 15mg- (1-1-1) durante 5 días y los dos días últimos Flunitrazepam (0-0-1). A la mayoría de las preguntas responde "... no sé ..." y en otras se queda pensativo tras exclamar "tengo que pensar ...". Sin embargo sabe el año y mes que nació (no el día), no recuerda año, mes ni día de la semana ni la estación del año actuales. Intenta levantarse varias veces durante el interrogatorio, lo cual es posible impedir con una moderada oposición de la familia; si lo consigue, se pone a dar vueltas por la cocina sin rumbo fijo, se sienta en diferentes sitios (algunos incómodos e inestables) y se levanta rápidamente, casi siempre con los ojos cerrados. El diagnóstico más probable de este paciente es: (2012 septiembre)

- a) Demencia.
- b) Delirium. *

- c) Esquizofrenia paranoide.
- d) Parafrenia tardía.
- e) Depresión involutiva.

. En el paciente anterior la actitud médica más adecuada será: (2012 septiembre)

- a) Administrar neurolépticos por la noche y volver a visitarlo en una semana.
- b) Además de (A), administrar antidepresivos.
- c) Retirarle todos los fármacos que toma y visitarle en una semana.
- d) Buscar un foco infeccioso, realizar analíticas de sangre y orina y recabar antecedentes médicos. *
- e) Pautar Neurolépticos por la noche y pautar inhibidores de la Acetil colinesterasa (donepezilo, rivastigmina o galantamina).

. Respecto al Delirium, una de las siguientes afirmaciones es FALSA: (2021 enero)

- a) La duración en general es breve.
- b) Inicio progresivo (semanas). *
- c) Falta sistematización delirante.
- d) Si hay recuperación, suele ser completa.
- e) Su curso suele ser oscilante.

. Respecto al Delirium, una de las siguientes afirmaciones es FALSA: (2021 enero)

- a) La duración en general es breve.
→ delirium = la alteración se presenta en un corto periodo de tiempo.
- b) Inicio progresivo (semanas). *
→ se caracteriza x inicio rápido (chatGPT)
- c) Falta sistematización delirante.
→ en el delirium las ideas no están organizadas de manera coherente o sistemática
- d) Si hay recuperación, suele ser completa.
→ si se identifica y trata la causa subyacente del delirium, la recuperación puede ser completa y el paciente puede volver a su estado previo de salud.
- e) Su curso suele ser oscilante.
→ delirium = tiene a fluctuar a lo largo del día

. Respecto al Delirium, una de las siguientes afirmaciones es FALSAS: (2017)

- a) Inicio progresivo Semanas. *
- b) La duración en general es breve.
- c) Falta sistematización delirante.
- d) Si hay recuperación, suele ser completa.
- e) Su curso suele ser oscilante.

. Señala la falsa en relación con el tratamiento del delirium:

- a) Siempre que sea posible se debe hacer un tratamiento etiológico.
 - b) Para el control sintomático es más eficaz la risperidona que el haloperidol. *
 - c) Las benzodiacepinas no tienen indicación en el tratamiento sintomático.
 - d) Se deben evitar la sobreestimulación y la subestimulación sensorial.
 - e) Hay que recomendar la compañía de familiares y amigos.
- delirium - tto:
- etiológico
 - farmacológico = sintomatológico → tranquilizador x día + favorecedor sueño → neurolépticos (haloperidol + risperidona)
 - NO tranquilizantes menores (benzodiacepinas)
 - manejo = hidratación + promover orientación + evitar sobre/subestimulación sensorial + compañía familiares/amigos + explicaciones.

. Casimiro, 79 años, tiene historia de demencia vascular. Su familia le lleva a urgencias porque está agitado. Se plantea la sospecha de que esté presentando una infección urinaria. ¿Cuál de las siguientes características clínicas del paciente orienta más a que presenta un Delirium superpuesto a Demencia? (2021 enero)

- a) Tendencia a quedarse dormido durante el día. *
- b) Agitación.

- c) Deterioro cognitivo.
- d) Desorientación.
- e) Alucinaciones.

→ delirium = alteración nivel conciencia

→ demencia = nivel de conciencia normal

. [Caso Casimiro] Recibe el diagnóstico de Delirium superpuesto a demencia. ¿Cuál de las siguientes aproximaciones terapéuticas es la más importante para tratar su delirium? (2021 enero)

- a) Estrategias ambientales para mejorar su orientación.
- b) Antipsicóticos para tratar sus alucinaciones.
- c) Detección y corrección de la patología subyacente. *
- d) Restricción física para evitarle daños al paciente.
- e) Benzodiazepinas para reducir la agitación.

. Varón de 64 años, en el Servicio de Urgencias. Agitado, taquicárdico, tembloroso, con historia de hipertensión. Ve peces nadando por la pared, "como si estuviera mirando la tele". El diagnóstico más probable es: (2021 enero)

- a) Demencia vascular.
- b) Delirium. *
- c) Trastorno de Ideas Delirantes.
- d) Esquizofrenia.
- e) Depresión psicótica.

SÍNDROMES ORGÁNICOS-CEREBRALES III. PRINCIPALES SÍNDROMES FOCALES CON ALTERACIONES PSIQUIÁTRICAS

. ¿Cuál de las siguientes situaciones clínicas puede causar un síndrome demencial? (2021 enero) (2017)

- a) Hipotiroidismo.
- b) Deficiencia de vitamina B.
- c) Corea de Huntington.
- d) a, b y c son correctas. *
- e) a y b son correctas.

→ grandes tipos demencia

- demencias degenerativas primarias - subcorticales = Huntington
- demencias endocrino-metabólicas = déficits vitaminas (complejo B) + hipotiroidismo

. Las siguientes características sugieren un diagnóstico de demencia, EXCEPTO: (2017)

- a) Alteración de la memoria.
- b) Dificultad para vestirse.
- c) Nivel de conciencia fluctuante. *
- d) Retención de dígitos alterada.
- e) Dificultades para encontrar el camino de casa.

→ conciencia fluctuante = delirium

→ demencia = conciencia normal

. Sonia, 76 años, la trae una hija a la consulta. Responde a las preguntas, pero no formula queja alguna. La hija refiere fallos progresivos de memoria, hará más de dos años, tenía que anotar sus tareas. Empeoró desde hace un año, tras morir otra hija en accidente. No conoce a familiares cercanos, se ha perdido varias veces fuera de casa. Tiene días "muy impertinente", pero no notan que su humor varíe mucho. Revuelve las cosas de casa, va a buscar comida después de haber comido. De noche, duerme poco, se levanta y revuelve. Le dieron tranquilizantes, pero ya no le hacen efecto. La hija no refiere antecedentes psiquiátricos ni médicos relevantes; la describe como una persona normal, alegre, trabajadora y sociable. Actualmente vive con su esposo, el yerno (viudo) y nietos. Al preguntarle, Laura dice que está bien, que está haciendo la compra en este momento. No sabe el día de la semana, ni el mes, dice su nombre y que tiene 40 años; que vive con su marido, con su hija (fallecida)...y "estoy bien, tengo ánimos para trabajar y no tengo por qué estar triste" Devina? Los Síntomas Psicológicos y de la Conducta (SPCD) que presenta esta paciente se clasifican por el tipo y efecto estresor sobre los cuidadores. Al respecto, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA? (2024 enero)

- a) El insomnio es uno de los signos psicológicos más insoportable para los cuidadores.
- b) El ánimo depresivo, ausente en este caso, es un síntoma psicológico.
- c) La mayoría de los SPCD que presenta la paciente son muy o moderadamente insoportables.
- d) Las alucinaciones se clasifican como Síntomas Conductuales y soportables. *
- e) El seguir a otra persona es un síntoma Conductual y soportable.

→ clasificación de los síntomas psicológicos y de la conducta (SCPD)

- Grupo I (más frecuentes/insoportables) - psicológicos = ideas delirantes + alucinaciones + ánimo depresivo + insomnio (lo más insoportable para familia) + ansiedad
- Grupo II (moderadamente frecuentes/insoportables)
- Grupo III (menos frecuentes/insoportables) - conductuales = llanto + lenguaje mal sonante + preguntas repetitivas + seguir a otra persona

*seguir a otra personas es (-) frecuente x lo que (+) soportable (digo yo)

. [Caso Sonia] ¿Cuál de los síntomas descritos en el cuadro clínico NO forman parte de la Escala de Demencia de Blessed: (2024 enero)

- a) Dificultad para recordar tareas pendientes.
- b) Revuelve las cosas de la casa.
- c) Perderse en sitios conocidos.
- d) Humor alterado.
- e) Insomnio. *

. Manuela, 73 años, sin antecedentes psiquiátricos o somáticos de interés. La familia refiere que desde hace más de un año presenta despistes sobre acontecimientos recientes, dificultades para nombrar objetos comunes, dificultades con el cambio al hacer compras, y desorientación sin alteración del nivel de conciencia. Progresivamente se ha ido afectando su memoria de

trabajo y a corto plazo, con relativa preservación de la memoria a largo plazo. Presenta una analítica aceptable para su edad. La resonancia magnética cerebral muestra importante atrofia cortical con predominio parietotemporal bilateral y aumento del tamaño de los ventrículos. ¿Cuál de las siguientes pruebas NO ES PRIORITARIA para confirmar o descartar el diagnóstico de demencia en este caso?: (2022 enero)

- a) Pruebas neuropsicológicas.
- b) Pruebas de funcionalidad.
- c) PET cerebral. *
- d) Entrevista con la familia.
- e) Todas las pruebas citadas son prioritarias para el diagnóstico de este caso.

. [Caso Manula] Con la información del caso ¿cuál es el diagnóstico más probable?: (2022 enero)

- a) Demencia Vascular.
- b) Demencia Frontotemporal.
- c) Enfermedad de Alzheimer.
- d) Demencia por Cuerpos de Lewy.
- e) Hidrocefalia Normotensiva.

→ "resonancia magnética cerebral muestra importante atrofia cortical con predominio parietotemporal bilateral y aumento del tamaño de los ventrículos" → demencias degenerativas primarias - corticales = enf Alzheimer

. José, tiene 58 años, labrador y ganadero de profesión y es traído por la familia Servicio de Urgencias del Hospital, presentando a la exploración: oftalmoparesia, ataxia y confusión, con pronunciado deterioro físico (muy delgado, telangiectasias en la cara, vientre ascítico, serología VHC positiva y gran aumento de transaminasas). Tiene historial previo en IANUS de atención en urgencias por múltiples situaciones de intoxicación etílica; ocasionalmente con presencia de cocaína. Ha iniciado con su médico de cabecera algún tratamiento para dejar de beber, pero han fracasado y la familia, ya lo deja por imposible, mientras siga cumpliendo con su trabajo. Pero se han preocupado porque nunca lo habían visto así y lo trajeron a Urgencias. ¿En función de los datos aportados, cuál considera que es la respuesta válida? (2021 enero)

- a) Otro episodio de intoxicación etílica aguda.
- b) En el tratamiento se deberá administrar vitamina C.
- c) Síndrome de Korsakoff.
- d) Encefalopatía de Wernicke. *
- e) Todas las anteriores son ciertas.

→ encefalopatía Wernicke-Korsakoff = cursa en primer lugar con manifestaciones sobretodo neurológicas
- causa (+) frec = déficit tiamina → común en abuso alcohol

. Félix, 71 años, vive solo desde que falleció su pareja, Ricardo, hace 6 años. Es un paciente VIH positivo a tratamiento con antiretrovirales, faltó a la última cita de este especialista porque "se le olvidó". Su única familia es una sobrina que le visita una o dos veces por mes; ella le nota que está algo "bajo" últimamente y le preocupa su consumo de alcohol. Félix asegura que él no bebe más de lo que bebía hace diez años, aunque admite que se olvida de tomar la medicación "algunas veces". El diagnóstico diferencial de este caso debería incluir todos MENOS UNO de los trastornos siguientes: (2022 enero)

- a) Demencia asociada a VIH.
- b) Trastorno de Ansiedad Generalizada. *
- c) Trastorno del Humor (afectivo) orgánico.
- d) Trastorno Afectivo residual inducido por alcohol.

→ SOC crónicos - demencia x infección VIH

. ¿Cuál de las siguientes es un ejemplo de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) que se alteran en las fases inicial y moderada de la demencia? (2021 enero)

- a) Deambular.
- b) Vestirse.
- c) Alimentarse por sí mismo.
- d) Recordar citas. *
- e) Ir al wáter.

TRASTORNOS AFECTIVOS I

*. ¿Qué es un estado eutímico?

- a) Tristeza patológica mantenida y motivada.
- b) Sensación constante de malestar.
- c) Estado de ánimo normal.
- d) Sentimiento exagerado de alegría.
- e) Estado irritable.

*Solución: c. Las demás definiciones corresponden a ánimo deprimido (a), disforia (b), euforia (d) e irritable (e).

. Hablamos de depresión doble cuando: (2024 enero)

- a) El paciente presenta un trastorno orgánico severo asociado a la depresión.
- b) Existe comorbilidad del cuadro depresivo con dependencia a sustancias tóxicas.
- c) Existe riesgo de viraje a fase maníaca ya que se trata en realidad de un trastorno afectivo bipolar.
- d) La depresión aparece en un paciente esquizofrénico tras la remisión de los síntomas psicóticos agudos.
- e) Cuando se superponen episodios de depresión mayor sobre un trastorno distímico. *

→ depresión doble = un mismo paciente tiene depresión mayor y un fondo distímico.

. Cuando se utiliza el término de "depresión doble" se pretende explicar la presencia de: (2022 enero) (2021 enero)

- a) Dos depresiones que se suceden en un intervalo menor de dos meses.
- b) Depresión mayor superpuesta a una distimia. *
- c) Depresión de doble intensidad sintomatológica.
- d) Depresión de duración mayor a dos años.
- e) Depresión que se prolonga el doble de tiempo que una depresión normal.

TRASTORNOS AFECTIVOS IV

. Diagnóstico diferencial entre Demencia y Depresión. La tabla muestra el estado clínico esperado de cinco características clínicas. ¿Cuál es la respuesta falsa? (2024 enero) (2022 enero)

Aspecto Clínico	Depresión	Demencia
a) Comienzo:	Comienzo subagudo	Comienzo crónico
b) Quejas de mala memoria:	Generalmente ausentes	Generalmente presentes
c) Historia de Depresión:	Bastante probable	Menos probable
d) Humor	Deprimido	Variable
e) Tests Cognoscitivos:	Rendimiento variable	Deterioro global

→ b*

→ trastorno depresivo = quejas subjetivas fallos de memoria.

DEPRESIÓN MAYOR

. En la depresión mayor con características melancólicas, el ánimo: (2024 enero)

- a) Está mejor por la mañana.
- b) Está mejor por la tarde. *
- c) No varía a lo largo del día.
- d) Varía en función de acontecimientos externos al paciente.
- e) Varía en función de las ideas de culpa del paciente.

→ depresión mayor con características melancólicas = síntomas sufren variación durante transcurso jornada → empeoramiento matutino.

. Mujer de mediana edad, y sin antecedentes psiquiátricos de interés, que presenta tristeza profunda, llanto y está convencida de padecer una enfermedad mortal en castigo por los pecados que ha cometido. Ha dejado de comer, está postrada en la cama, y apenas responde a las preguntas que se le hacen. Señala el diagnóstico más probable: (2024 enero)

- a) Trastorno distímico.
- b) Depresión farmacógena.
- c) Depresión psicótica. *
- d) Esquizofrenia catatónica.
- e) Tristeza postparto.

→ depresión mayor = sentimientos de inutilidad o culpa excesivos, desproporcionados o inapropiados (cuando llegan al estado delirante estamos ante una depresión psicótica)

→ depresión mayor - otros patrones sintomáticos = síntomas psicóticos: delirios congruentes principalmente (delirios de culpa o nihilistas) pero también no congruentes con el estado de ánimo.

. Hablamos de depresión doble cuando: (2024 enero)

- a) El paciente presenta un trastorno orgánico severo asociado a la depresión.
- b) Existe comorbilidad del cuadro depresivo con dependencia a sustancias tóxicas.
- c) Existe riesgo de viraje a fase maníaca ya que se trata en realidad de un trastorno afectivo bipolar.
- d) La depresión aparece en un paciente esquizofrénico tras la remisión de los síntomas psicóticos agudos.
- e) Cuando se superponen episodios de depresión mayor sobre un trastorno distímico. *

→ depresión doble = un mismo paciente tiene depresión mayor y un fondo distímico.

. Cuando se utiliza el término de "depresión doble" se pretende explicar la presencia de: (2022 enero) (2021 enero)

- a) Dos depresiones que se suceden en un intervalo menor de dos meses.
- b) Depresión mayor superpuesta a una distimia. *
- c) Depresión de doble intensidad sintomatológica.
- d) Depresión de duración mayor a dos años.
- e) Depresión que se prolonga el doble de tiempo que una depresión normal.

DEPRESIÓN SECUNDARIA

. La presencia de Moria en una depresión secundaria a patología médica, sugiere la existencia de: (2024 enero) (2022 enero) (2021 enero)

- a) Enfermedad de Pick
- b) Tumor frontal.
- c) Parkinson.
- d) Las respuestas A y B son correctas. *
- e) Las respuestas B y C son correctas.

→ Moria = propio tumores frontales + enfermedad de Pick

- humor paradójico o poco concordante con situación euforia superficial, paciente cuenta cosas muy desinibido, jocoso y jovial, pero no le hacen gracia a nadie
- "manía chistosa"

TRASTORNOS AFECTIVOS V

. En los cuadros depresivos, la ausencia de síntomas con funcionamiento normalizado que se mantiene 6 meses, se denomina: (2021 enero)

- a) Recaída.
- b) Respuesta.
- c) Remisión. *
- d) Recuperación.
- e) Las respuestas b y c son correctas.

→ remisión = ausencia de síntomas y recuperación del funcionamiento normalizado.

. La reaparición de síntomas de un nuevo episodio depresivo tras la ausencia de síntomas y funcionamiento normalizado que se mantuvo durante 6 meses, se denomina: (2024 enero) (2022 enero)

- a) Recuperación.
- b) Remisión.
- c) Recaída.
- d) Respuesta.
- e) Recurrencia. *

→ DM - tto - fases → recurrencia = reaparición síntomas de un nuevo episodio tras recuperación.

. Entre los siguientes antidepresivos ISRS, ¿cuál es el que presenta el mayor efecto activador? (2021 enero)

- a) Paroxetina.
- b) Fluoxetina. *
- c) Sertralina.
- d) Fluvoxamina.
- e) Citalopram.

→ fármacos antidepresivos - inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) ⇒ fluoxetina = (+) activador

. Entre los siguientes antidepresivos ISRS, ¿cuál es el que presenta el menor efecto activador? (2022 enero)

- a) Paroxetina. *
- b) Fluoxetina.
- c) Sertralina.
- d) Fluvoxamina.
- e) Citalopram.

→ fármacos antidepresivos - inhibidores selectivos recaptación serotonina (ISRS) ⇒ paroxetina = (-) activador + (+) efecto sedativo.

. Varón de 50 años fumador, hipertenso y con sobrepeso que desde hace 3 semanas presenta cansancio de predominio matutino, irritabilidad, falta de interés por aficiones, con menor rendimiento laboral por falta de concentración y aumento de peso. En la analítica básica practicada en su empresa una semana antes no se aprecia ninguna alteración. El paciente refiere episodios depresivos previos que cedieron con citalopram, tratamiento que tomó por última vez hace 2 años durante 8 meses. ¿Qué tratamiento psicofarmacológico le indicaría? (2022 enero)

- a) Trazodona.
- b) Duloxetina.
- c) Citalopram. *
- d) Venlafaxina.
- e) Fluoxetina.

→ dado que el paciente ha tenido episodios depresivos previos que respondieron bien al Citalopram, sería razonable considerar reiniciar tratamiento.

Citalopran = ISRS (eficaz tto depresión + efectos secundarios manejables).

. El mecanismo de acción de la Venlafaxina (Antidepresivo inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina IRSNA) incluye: (2019 enero)

- a) Inhibición de la recaptación de serotonina.
- b) Inhibición de la recaptación de Noradrenalina.
- c) Inhibición de la recaptación de Dopamina a dosis altas.

d) a y b son correctas.

e) a, b y c son correcta. *

→ IRSN = fármaco duales (actúan nivel 2 sistemas neurotransmisión) = inhibiendo recaptación serotonina y noradrenalina + antidepresivos primera línea.

*lo de que a dosis altas inhibe recaptación dopamina no lo encuentro pero según sanchatGPT es cierto

. Señala cual de los siguientes antidepresivos se asocia a un menor riesgo de síntomas de discontinuación: (2024 enero)

a) Fluoxetina. *

b) Paroxetina.

c) Venlafaxina.

d) Desvenlafaxina.

e) Duloxetina.

→ antidepresivos - síndrome discontinuación:

- se manifiesta con: cefalea + anorexia + náuseas + insomnio + ansiedad + sudoración profusa

- mayor riesgo con antidepresivos vida media corta como Paroxetina y Venlafaxina

- riesgo que prácticamente no existe con Fluoxetina x vida media larga (84h) y sus metabólicos activos también

. Patricia, 71 años, viuda hace unos meses. Siempre había sido una persona tímida, callada y dependiente de su marido, pero también alegre y presumida; le gustaba arreglarse, salir, ocuparse de su casa. Después de la muerte de su marido a nadie extrañó que estuviese más callada, descuidara un tanto su aspecto y no saliera de casa, y pensaron que necesitaría algún tiempo para recuperarse. Durante un mes su hija la visitó regularmente, se ocupó de hacerle la comida y de animarla a que se arreglara o simplemente se aseara ya que parecía sin ganas de hacerlo aún que solía disimular y hacerlo cuando su hija la mandaba. Después de que su hija estuviera varios días sin visitarla comprobó que casi no había comido y que parecía no haber hecho nada (como asearse o lavar los platos) durante esos días. Su hija pensó quizá deseaba ir a vivir con ella y su conducta era una forma de pedírselo. Patricia aceptó sin entusiasmo ir a vivir con su hija, pero no mejoró de su estado, incluso empeoró, pues aunque comía y dormía bien y parecía tranquila seguía muy callada y en varias ocasiones por la noche orinó en el suelo de su habitación, por lo que su hija la llevó al médico. Patricia presenta un buen estado general y su comportamiento es atento y educado; saluda con gran cortesía.

Médico: "¿cómo se encuentra?" / Patricia: "Bien, muchas gracias, ¿y usted?"

Med: "¿Sabe por qué está aquí?" / Patricia: "Me trajo mi hija" Med: "¿Por qué la trajo?" / Patricia: "No se, no quería venir sola"

Med: "¿Sabe quien soy yo?" / Patricia: "Un amigo de mi hija, supongo"

Med: "Soy su médico, y su hija piensa que Vd puede estar enferma" / Patricia: No sé, estaré" Med: "¿Le pasa, entonces, algo?" / Patricia: "Sí, me duele la cabeza a veces".

La hija se sorprende, pues le había explicado que iban al médico mientras se acercaban a la consulta. ¿Cuál de los siguientes abordajes resulta más adecuado en esta situación clínica? (2022 enero)

a) Realizar una detenida evaluación médica y neuropsicológica, hacer un estrecho seguimiento del caso. *

b) Recetar un antidepresivo y citar a la paciente en 6 meses.

c) Recetar un inhibidor de la acetil-colinesterasa y citar al cabo de 6 meses.

d) Recetar un antidepresivo y un antipsicótico a dosis bajas y citar al cabo de 6 meses.

e) No prescribir psicofármacos ni realizar más exploraciones, esperar la evolución del duelo.

→ evaluación médica y neuropsicológica crucial para descartar cualquier condición médica subyacente que pueda estar contribuyendo a sus síntomas, como demencia o depresión.

→ seguimiento estrecho para poder ajustar tto

→ b) antidepresivo útil pero necesita seguimiento (no 6 meses) x gravedad síntomas.

→ c) inhibidor acetil-colinesterasa = tto Alzheimer (no para duelo/depresión)

→ d) necesita seguimiento

→ e) la gravedad síntomas no nos permite esperar.

TRASTORNOS AFECTIVOS VI

. Ante un paciente con episodio depresivo leve que presenta comorbilidad y antecedentes, ¿Cuál sería el tratamiento recomendado? (2022 enero)

- a) Antidepresivo ISRN exclusivamente.
- b) Psicoterapia dinámica breve exclusivamente.
- c) Benzodiacepina de acción prolongada.
- d) Antidepresivo ISRS o Psicoterapia cognitivo-conductual prolongada.
- e) Antidepresivo ISRS y Psicoterapia cognitivo-conductual breve. *

→ DM leve = ISRS o PCC breve → ambas si: antecedentes personales/familiares + comorbilidades con otra patología psiquiátrica.

. ¿Ante un episodio depresivo moderado-grave, ¿Cuál sería el tratamiento inicial recomendado? (2021 enero)

- a) Antidepresivo ISRN exclusivamente.
- b) Psicoterapia dinámica breve exclusivamente.
- c) Benzodiacepina de acción prolongada.
- d) Antidepresivo ISRS + Psicoterapia cognitivo-conductual prolongada. *
- e) Antidepresivo ISRS o Psicoterapia cognitivo-conductual prolongada.

TRASTORNO BIPOLAR

. Mujer de 32 años sin antecedentes psiquiátricos, en el postparto de su primer hijo. Presenta en los últimos 10 días ánimo elevado, irritabilidad en ocasiones, hiperactividad, aumento de energía y de gastos innecesarios, menor necesidad de dormir y verborrea. Es probable que el diagnóstico sea: (2024 enero)

- a) Episodio depresivo.
- b) Depresión postparto.
- c) Episodio maníaco. *
- d) Trastorno de Ansiedad.
- e) Trastorno delirante.

. Paciente de 23 años, con personalidad previa bien adaptada y sin antecedentes de interés, que acude a la consulta acompañado de su madre porque desde hace un mes lo notan raro, muy distraído, eufórico, verborreico, apenas necesita dormir, se cree omnipotente, está hiperactivo, es incapaz de estar quieto, no le interesan las cosas que previamente le agradaban, y no deja de comprar cosas inútiles que no necesita. En el trabajo se están planteando prescindir de él. Se descarta enfermedad médica actual, consumo de drogas, y fármacos. El cuadro clínico sugiere: (2024 enero) (2022 enero)

- a) Episodio depresivo mayor.
- b) Episodio distímico.
- c) Episodio maníaco. *
- d) Episodio hipomaníaco.
- e) Episodio ciclotímico.

→ episodio maníaco - características = >1 semana duración + >3 síntomas

- autoestima exagerada o grandiosidad = "se cree omnipotente"
- disminución necesidades sueño = "necesita dormir poco"
- habla acelerada = verborrea
- fuga ideas o experiencia subjetiva de pensamiento acelerado
- hiperactividad = "hiperactivo, es incapaz de estar quieto"
- conductas de riesgo

(mínimo tenemos 4 síntomas)

→ episodio hipomaníaco = no deterioro socio-laboral (no de forma grave, el entorno nota el cambio de la persona en estado anímico, está un poco subido, pero sin repercusión grave en su funcionamiento).

→ ciclotimia = forma menos severa de trastorno bipolar, más cronificada y sintomatología menos florida = necesita evolución 2 años para hacer dx, 1 año en adolescentes.

. Señala la respuesta correcta: (2022 enero)

- a) El ánimo en una fase maníaca suele ser elevado y exaltado pero no irritable.
- b) La tristeza de un proceso depresivo es igual que la experimentada durante la pérdida de un ser querido.
- c) A veces existen síntomas psicóticos durante las fases depresivas y maníacas del trastorno bipolar. *
- d) Todas las anteriores son correctas.
- e) Ninguna de las anteriores es correcta.

→ episodio maníaco = incremento energía + autoestima exagerada + irritabilidad extrema ... => pueden existir en algunos pacientes síntomas psicóticos (de tipo ideas delirantes o alucinaciones)

→ episodio depresivo = depresión bipolar de varios tipos: mayor + mayor con características melancólicas + depresión psicótica.

. Una paciente de mediana edad con antecedentes psiquiátricos acude al servicio de urgencias quejándose de una sensación constante de sabor metálico. Además, refiere que ha estado sintiendo frecuentemente náuseas y diarrea durante estos días. La paciente comenta que está a tratamiento por su enfermedad mental pero que no recuerda cual es el medicamento que toma. ¿Cuál es con mayor probabilidad este medicamento? (2021 enero)

- a) Olanzapina.
- b) Risperidona.
- c) Litio. *
- d) Quetiapina.
- e) Valproico.

→ manía aguda - tto - fármacos = antipsicóticos / eutimizantes

- eutimizantes = litio → sabor metálico oral + sensibles a estados de deshidratación y vómitos (efecto deshidratante y deplecionante del sodio).

. Mujer de 22 años, sin antecedentes psiquiátricos y médico-quirúrgicos de interés. Personalidad previa adaptada. Refiere que "no puede más, que desde hace dos años sufre mucho ya que de manera regular (cada mes) se viene abajo, está de mal humor y salta a la mínima, se siente angustiada y desmotivada, no duerme bien no se concentra...y no funciona igual". Este malestar se acompaña de dolor en la pelvis, tensión mamaria dolorosa, dolor de cabeza, y molestias digestivas. Nota mejoría anímica y física cuando empieza a menstruar y todo se resuelve cuando finaliza el periodo menstrual. Dice que el malestar va a peor. Analítica de sangre dentro de la normalidad. IMC= 22. Exploración ginecológica sin alteraciones significativas. En la exploración psicopatológica destacan: Humor ansioso-depresivo marcado e irritabilidad, labilidad afectiva, anhedonia parcial, discreta hipomnesia de fijación, insomnio de mantenimiento y disfunción académica y social. Indica la respuesta verdadera: (2021 enero)

- a) Estaría indicado ingreso psiquiátrico para descartar un trastorno de la conducta alimentaria.
 - b) El diagnóstico más probable es un Trastorno afectivo estacional, por lo que debería iniciar tratamiento con terapia lumínica.
 - c) El diagnóstico más probable es un Síndrome premenstrual, por lo que debería iniciar tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y Psicoterapia cognitivo-conductual.
 - d) El diagnóstico más probable es un Trastorno disfórico premenstrual, por lo que debería iniciar tratamiento con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS). *
 - e) El diagnóstico más probable es un Trastorno disfórico premenstrual, por lo que debería iniciar tratamiento con Progestágenos en fase lútea Psicoterapia cognitivo-conductual.
- trastorno disfórico premenstrual - tto = ISRS sertralina.

. Mujer de 62 años, acude al servicio de urgencias por iniciativa de su hermana, porque la ve muy decaída tras un accidente de tráfico que ha sufrido. Durante la anamnesis, al reconstruir posibles antecedentes psiquiátricos, la hermana comenta que necesitó un ingreso psiquiátrico hace 15 años, si bien su comportamiento era bien distinto, "estaba loca de todo, no hacía más que hablar y decir tonterías"? Por entonces, casi nunca estaba en casa, se pasaba el día comprando ropas y joyas, cosas que luego regalaba. Contrajo importantes deudas y como se enfadaba si le llamaban la atención, la familia tuvo que hablar con las tiendas que frecuentaba para que no le vendieran más. El diagnóstico(s) más probable para este antecedente es(son): (2021 enero)

- a) Psicosis reactiva breve.
- b) Episodio Maníaco.
- c) Trastorno Bipolar I.
- d) Trastorno Bipolar II.
- e) b y c. *

→ episodio maníaco = verborrea + conductas riesgo

→ trastorno bipolar I = >1 episodio maníaco o mixto

NEUROSIS

. En la actualidad el término Neurosis continúa utilizándose en la práctica clínica: (2024 enero) (2019 enero)

- a) Para formular un diagnóstico clínico sindrómico.
- b) Para definir genéricamente a una patología crónica, de intensidad moderada, molesta para el paciente y el profesional.
- c) Como etiqueta peyorativa.
- d) Se usa en las acepciones a, b y c. *
- e) Solo se usa en las acepciones a y c.

→ 3 grandes concepciones actuales del término de "neurosis"

1. Dx clínico empleado en práctica médica = existe cuerpo doctrinal que lo emplea como dx válido (aunque está en desuso en informes oficiales por qué las clasificaciones no plantean esta posibilidad).
2. Definición genérica para gravedad media o leve, persistente y molesta para el paciente y el médico.
3. Etiqueta peyorativa. A nivel social puede verse empleada como insulto para alguien que molesta.

TRASTORNOS ANSIEDAD

. Mujer de 47 años, que desde hace tiempo tiene problemas para conducir porque teme que puede chocar con un coche o atropellar una persona. Cuando su hijo sale, también tiene mucho miedo de que tenga un accidente o "le pueda pasar algo".

¿Cuál es el diagnóstico más probable? (2022 enero)

- a) Agorafobia.
- b) Trastorno Delirante.
- c) Trastorno de Ansiedad Generalizada. *
- d) Trastorno Obsesivo Compulsivo.
- e) Crisis de Angustia.

→ trastornos de ansiedad generalizada (TAG) = tríada:

1. Preocupación/apresión = pensamiento diseminados, no focalizados en un tema (piensa que va a ocurrir algo malo en el futuro pero no sabe el qué exactamente = crisis ansiedad) → "algo va a ir mal"
2. Tensión motora.
3. Hiperactividad autonómica.

. Conductor de autobús que se altera mucho ante cualquier inclemencia meteorológica de tipo acuoso, como lluvia o una ligera nevada. Nunca ha sufrido un accidente conduciendo ni conoce en persona a nadie que haya sufrido un accidente debido a una inclemencia meteorológica de este tipo. También evita conducir su coche cuando hace mal tiempo e intenta convencer a los miembros de su familia que hagan lo mismo. Admite que es muy cauteloso con muchas cosas, lo que le dificulta conciliar el sueño, le produce cansancio, y le vuelve irritable. ¿Cuál es el diagnóstico más probable? (2021 enero)

- a) Crisis de Angustia.
- b) Fobia Social: situacional.
- c) Trastorno por Estrés Postraumático.
- d) Trastorno de Ansiedad Generalizada. *
- e) Trastorno Obsesivo Compulsivo.

→ TAG = preocupación excesiva y persistente + trastornos sueño.

. ¿Cuál de las siguientes opciones terapéuticas están indicadas para el tratamiento a medio-largo plazo en Trastorno de Ansiedad Generalizada?: (2024 enero)

- a) Reducir ingesta de cafeína.
- b) Psicoterapia de tipo cognitivo-conductual.
- c) Benzodiazepinas.
- d) a, b y c.
- e) Solamente a y b. *

→ trastorno ansiedad generalizada (TAG)

1. Consejo = reducir sustancias excitantes cafeína.
2. Psicoterapias cognitivo-conductuales
3. Fármacos = benzodiazepinas (corto plazo, para crisis, 4sem) + antidepresivos.

. Señala cuál de los siguientes fármacos NO es de elección en el tratamiento a medio y largo plazo de los Trastornos de Ansiedad: (2021 enero)

- a) Fluoxetina.
- b) Fluvoxamina.
- c) Venlafaxina.
- d) Imipramina.
- e) Diazepam. *

→ trastorno ansiedad generalizada - tto farmacológico

- benzodiazepinas vida larga (diazepam) = para acción rápida + corto plazo
- antidepresivos = tricíclicos (amitriptilina) + ISRS (fluvoxamina + fluoxetina + venlafaxina) = sí trastorno se alarga más → estos fármacos antidepresivos si que se deben dar (+) tiempo.

TRASTORNOS FÓBICOS

. Iván 27 años, refiere un temor persistente a hablar en público. Aunque no tiene problema en situaciones de tú-a tú, cuando tiene que dar una clase se pone muy nervioso, y teme ser humillado. Refiere que en una ocasión se vio forzado a hablar en el último minuto, lo que le produjo "un enorme pánico, sacudidas, calambres en el vientre" y temor a defecar allí mismo. Debido a estas circunstancias ha perdido ocasiones de ser promocionado en su trabajo. ¿Cuál es el diagnóstico más probable? (2024 enero)

- a) Trastorno de Ansiedad Generalizada.
 - b) Trastorno de Angustia con agorafobia.
 - c) Trastorno de Angustia sin agorafobia.
 - d) Fobia Social. *
 - e) Fobia Específica.
- fobia social
- clínica = temblor + evitación hablar en público
 - fobia social limitada - fobia excreción o defecación.

. ¿Cuál de las siguientes características es típica de la Fobia Social? (2021 enero)

- a) Crisis de angustia sin motivo desencadenante.
 - b) Evitar el hablar en público debido a temblor.
 - c) Miedo a hacer el ridículo al tener que hablar ante un grupo de gente. *
 - d) Desvanecimiento al extraerle sangre.
 - e) Evitar las fiestas por miedo a la contaminación.
- fobia social = miedo escénico - evitación hablar en público

. Comparando Agorafobia y Fobia Social, ¿Cuál de los siguientes síntomas es más frecuente en la Fobia Social? (2022 enero)

- a) Depresión.
 - b) Abuso de alcohol. *
 - c) Obsesiones.
 - d) Despersonalización.
 - e) Ansiedad anticipatoria
- fobia social = tienden a emplear alcohol o drogas para aliviar ansiedad
- agorafobia - clínica = ansiedad anticipatoria + síntomas depresivos, obsesivos y despersonalización

ATAQUES PÁNICO

. Ejecutivo de 52 años que llama al 061 de madrugada convencido de que está sufriendo un infarto de miocardio. Se ha despertado con sensación de opresión torácica y falta de aliento, mareado, tembloroso, con palpitaciones. Pensó que se iba a morir. Sin embargo los síntomas desaparecieron en 20 minutos y cuando llegó el médico lo encontró sentado en el salón, sin ansiedad aparente. El EKG resultó ser normal, igual que las enzimas cardíacas. ¿Cuál es el diagnóstico más probable? (2024 enero) (2017)

- a) Crisis de Angustia nocturna. *.
- b) Trastorno por Estrés Postraumático.
- c) Insomnio psicofisiológico.
- d) Trastorno por Somatización.
- e) Infarto de Miocardio

→ ataque pánico = crisis angustia súbita => con síntomas físicos y temor a padecer una grave alteración somática (p.ej. ataque cardíaco) → clínica:

- palpitaciones
- falta aliento
- opresión torácica
- miedo a morir

. Acude al servicio de urgencias un paciente refiriendo que de forma súbita se ha notado mareado, con sensación de ahogo y dificultad para respirar, sensación de inestabilidad, náuseas y que el corazón le latía muy aprisa ¿Cuál es el diagnóstico más probable?: (2021 enero)

- a) Trastorno de ansiedad generalizada.
- b) Trastorno de angustia. *
- c) Trastorno mixto ansioso - depresivo.
- d) Trastorno fóbico.
- e) Trastorno por somatización.

→ Ataques de pánico = crisis angustia (ansiedad) súbita - clínica =

- palpitaciones / sacudidas corazón / taquicardia
- sensación ahogo / falta aliento
- náuseas
- inestabilidad / mareo / desmayo

. La principal queja de Alberto, 35 años, es "voy a tener un ataque al corazón, igual que mi padre". Explica que su padre falleció a los 45 años de infarto de miocardio. Está convencido de que está teniendo ataques de angina de pecho, en los que se siente muy nervioso, sudoroso, con palpitaciones, rubor, entumecimiento de las manos, que duran unos 5 minutos. Está preocupado por tener estos síntomas y a pesar de que un estudio cardiológico realizado fue normal, está seguro de que va a padecer un ataque cardíaco. Por otra parte su conducta y su estilo de vida no se han modificado. ¿Cuál es el diagnóstico más probable? (2022 enero)

- a) Trastorno de Ansiedad Generalizada.
- b) Trastorno de Angustia sin agorafobia. *
- c) Trastorno de Angustia con agorafobia.
- d) Fobia Social.
- e) Fobia Específica.

→ agorafobia = ansiedad x estar lejos del hogar, en multitudes o situaciones donde no puede salir fácilmente (aglomeraciones) → puede cursar con crisis angustia o pánico.

→ ataques pánico / crisis angustia = crisis angustia/ansiedad súbitas, con síntomas físicos y temor a padecer grave alteración somática (ej: ataque cardíaco)

- clínica = palpitaciones + sudoración + parestesias + ...

. Paciente de 32 años que hace 5 meses, a la salida de una discoteca, después de una noche muy agitada en la que había discutido con su pareja, presentó un cuadro brusco de palpitaciones, disnea, inestabilidad, pérdida de conocimiento, sensación de muerte e inquietud motora. Acudió a un servicio de urgencias en el que no se detectó ninguna disfunción orgánica, con ECG y EEG normales. Fue tratado con diazepam (15 mg/día), que le tranquilizó pero no resolvió totalmente el cuadro, ya que las crisis se repitieron con una frecuencia de dos o tres semanales. Tiene dos hermanos sin problemas. Su padre dice que él había presentado un trastorno similar en su juventud. Con anterioridad, nunca presentó ningún trastorno psíquico y en general no tiene dificultades en el entorno social o laboral. Pregunta relevante para el diagnóstico diferencial de este caso: ¿Cuál de los siguientes síntomas NO encaja con el diagnóstico de crisis de angustia? (2022 enero)

- a) Disnea.
- b) Palpitaciones.
- c) Sensación de muerte.
- d) Inquietud.
- e) Pérdida de conocimiento. *

→ ataques pánico / crisis angustia - clínica:

- palpitaciones / sacudidas corazón / taquicardia
- sensación ahogo / falta aliento = disnea
- inestabilidad / mareo / desmayo (a mi esta me había hecho pensar en que la pérdida de conocimiento sí que era correcta).

TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

. Juan, 30 años, diseñador. Refiere que desde hace años se pone muy nervioso al tocar objetos que otras personas hayan podido tocar antes (como pomos de puertas) o que le rocen en transportes públicos, por miedo a contaminarse. Sabe que esto es absurdo pero se mantiene en continua vigilancia, se lava las manos repetidamente y poco a poco ha ido disminuyendo sus salidas para evitar las numerosas situaciones que considera que aumentan el riesgo de contaminación. ¿Cuál es el fenómeno psicopatológico fundamental subyacente?: (2024 enero)

- a) Obsesiones de contaminación. *
- b) Ideas delirantes de contaminación.
- c) Temores hipocondríacos.
- d) Fobia específica.
- e) Ideas sobrevaloradas de contaminación.

. Ricardo, 32 años, diseñador. Refiere que desde hace años se pone muy nervioso al tocar objetos que otras personas hayan podido tocar antes (como pomos de puertas) o que le rocen en transportes públicos, por miedo a contaminarse. Sabe que esto es absurdo pero se mantiene en continua vigilancia, se lava las manos repetidamente y poco a poco ha ido disminuyendo sus salidas para evitar las numerosas situaciones que considera que aumentan el riesgo de contaminación. ¿Cuál es el fenómeno psicopatológico fundamental subyacente?: (2021 enero)

- a) Obsesiones de contaminación. *
- b) Agorafobia.
- c) Temores hipocondríacos.
- d) Fobia específica.
- e) Ideas sobrevaloradas de contaminación.

→ trastorno obsesivo compulsivo:

- pensamientos obsesivos = creencias ajenas a su yo pero que surgen en su mente pero no le gusta que se repitan, le producen malestar y trata de combatirlos.

. Mujer de 36 años, sin antecedentes psiquiátricos, referida a la psiquiatría por el dermatólogo que estudió sus manos crónicamente agrietadas. Ella dice que lleva consultando al dermatólogo hace más de 5 años por este problema, y que los diversos tratamientos típicos tuvieron escaso éxito. Las últimas 3 semanas sus manos han empeorado, con grietas sangrantes. Con vacilaciones confiesa que siempre ha tenido miedo a los gérmenes, pero desde que una compañera enfermó, ella comenzó a lavarlas al menos 40 veces al día, porque tenía miedo de contraer una enfermedad. También rehúsa tocar nada que pueda infectarla sin usar un pañuelo. También admite ser una persona muy ordenada en el hogar. Invierte más de dos horas por la mañana en ducharse. Se da cuenta que sus temores de contaminación son irracionales, pero siempre que intenta parar, se pone muy nerviosa. ¿Cuál es el diagnóstico más probable? (2017)

- a) Trastorno Anancástico de la personalidad.
- b) Trastorno Obsesivo Compulsivo. *
- c) Trastorno de Ansiedad Generalizada.
- d) Trastorno de Angustia.
- e) Trastorno de Somatización.

. Un paciente cada a vez que pasa un coche azul piensa que tiene que dar tres saltos o en caso contrario ocurrirá una catástrofe. ¿Cuál de las siguientes características es la que mejor caracteriza esta idea como obsesiva?: (2022 enero)

- a) Es absurda para el paciente pero no para los demás.
- b) Es absurda para el paciente y para los demás. *
- c) No es absurda para el paciente, sí para los demás.
- d) No es absurda para el paciente ni para los demás.
- e) No es patológica.

→ TOC - rumiaciones obsesivas = paciente consciente de que todas estas ideas y dudas son inútiles y no conducen a nada.

. En el Trastorno Obsesivo-Compulsivo pueden presentarse: (2022 enero)

- a) Impulsos obsesivos.
- b) Rituales obsesivos.
- c) Fobias obsesivas.
- d) Lentitud obsesiva.
- e) Todas las anteriores. *

→ TOC = compulsiones (manifiesta como impulso) + rituales obsesivos (llevan a tener menos rendimiento = lentitud obsesiva)

. Javier, 38 años, se queja de tener "manías" del tipo de: colocar tres veces los adornos de la habitación, colocar los zapatos y calcetines en un determinado orden antes de irse a acostar porque si no lo hace piensa que su padre, madre y hermana sufrirán un accidente. Estos datos orientan a la presencia de: (2021 enero)

- a) Rituales.
- b) Estereotipias.
- c) Ideas Obsesivas.
- d) Delirio.
- e) Las respuestas a y c son correctas. *

→ ideas obsesivas = permanencia en la mente de palabras, ideas, creencias que el ódienle experimenta como ajenas a si yo pero que surgen de su mente, pero no le gusta.

→ rituales obsesivos = para apaciguar ideas obsesivas (calmar ansiedad) lleva a cabo conductas repetitivas sin sentido como ordenar ropa del mismo modo complicado.

. Para el tratamiento del Trastorno Obsesivo Compulsivo, son útiles: (2022 enero)

- a) Psicoterapia.
- b) Antidepresivos.
- c) Antipsicóticos.
- d) Solo a y b.
- e) a, b y c. *

→ TOC - tto:

- fármacos = antidepresivos + ansiolíticos (si se quiere tratar ansiedad durante (+) tiempo se usan: antipresivos sedantes / neurolépticos [antipsicóticos])
- psicoterapia

TRASTORNOS DISOCIATIVOS

*. Antía, 27 años, acude a su médico de cabecera. La queja central es "tengo epilepsia". Asegura que durante las pasadas tres semanas ha tenido ataques casi a diario. Describe los episodios como caídas al suelo, con sacudidas de los brazos y piernas sin poder controlarlos; duran unos veinte minutos, tiempo durante el cual no puede moverse, pero dice que no pierde el conocimiento, tampoco ha presentado relajación de esfínteres. Nunca se ha lastimado durante los ataques, pero la consecuencia es que no ha podido continuar su trabajo. Se siente algo molesta porque había sido ascendida en el trabajo hacía un mes. ¿Cuál es el diagnóstico CIE-10 más probable? (2022 enero)

- a) Trastorno Facticio.
- b) Convulsiones Disociativas.
- c) Hipocondría.
- d) Crisis epilépticas.
- e) Trastorno Disociativo de la Motilidad.

. Pilar, 21 años, soltera, dependiente. Consulta en psiquiatría por afonía desde hace diez días. Se ha descartado patología ORL. Acude acompañada de su novio, marino mercante, que ha cancelado el embarque que le correspondía (de 10 meses de duración) por acompañarla a las consultas médicas. Este exhibe más ansiedad que la paciente, la cual, a pesar de su afonía que limita el poder oírla a una corta distancia, se expresa con claridad, sin exhibir angustia evidente. El diagnóstico CIE-10 más probable del caso es: (2022 enero)

- a) Trastorno de Disociación-Conversión. *
- b) Trastorno por estrés postraumático.
- c) Trastorno Adaptativo.
- d) Trastorno Psicótico Agudo (Bouffée Delirante).
- e) Trastorno de Somatización.

→ El diagnóstico CIE-10 más probable de Pilar, considerando la afonía sin patología ORL y la ausencia de angustia evidente, es Trastorno de Disociación-Conversión, ya que se caracteriza por la presencia de síntomas neurológicos que no pueden explicarse por una condición médica y que están asociados con factores psicológicos. La afonía en este contexto puede ser un síntoma de conversión.

TRASTORNOS SOMATOMORFOS

. Mujer de 39 años referida al psiquiatra por su ginecólogo, el cual refiere una larga historia de molestias sexuales y otras quejas no específicas, sin que se haya logrado objetivar enfermedad hasta la fecha. El ginecólogo también relata que ha consultado a diversos médicos, repetidamente. En la consulta la paciente solicita ayuda para sus dolores de espalda, vientre y tórax; para su dispareunia y menstruación excesiva; así como su estrenimiento e intolerancia a la lactosa y concluye comentando que "nadie ha sido capaz de decirme por qué no siento nada en la parte de atrás de mi brazo". Ha tenido varias intervenciones quirúrgicas motivadas por quejas abdominales, todas ellas sin datos patológicos o con hallazgos incoherentes con sus quejas. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?: (2022 enero)

- a) Trastorno Límite de la personalidad.
- b) Trastorno por Somatización. *
- c) Trastorno de Conversión.
- d) Hipocondriasis.
- e) Trastorno Dependiente de la Personalidad.

→ trastornos síntomas somáticos - criterios DSM-5:

- 1/+ síntomas somáticos angustiantes la he provocan alteración significativa vida diaria.
- pensamientos, sentimientos o comportamientos excesivos relacionados con síntomas somáticos o problemas salud asociados, que se manifiestan x: pensamientos desproporcionados y persistentes sobre gravedad síntomas / nivel persistente de ansiedad sobre salud síntomas / tiempo y energía excesivos dedicados a estos síntomas o problemas de salud.

- >6 meses

→ trastorno síntomas somáticos - rasgos clínicos:

- gran cantidad de visitas ambulatorias
- hospitalizaciones frecuentes
- remisiones remitidas a subespecialidades
- los pacientes describen sus dolencias de forma dramática, emotiva y exagerada.

→ 3 características que (+) sugieren dx trastorno somático:

- afectación múltiples sistemas orgánicos
- aparición temprana y evolución crónica sin desarrollo de signos físicos o anomalías estructurales
- ausencia anomalías lab

. Juan, 32 años) albañil. Explica con orden, fluidez y coherencia que sufrió un infarto de miocardio hace 8 meses; ahora, a pesar de que el cardiólogo y el médico de cabecera le han insistido que las pruebas funcionales cardiocirculatorias son normales no quiere volver a trabajar. Ha experimentado un gran cambio en su manera de ser tras el infarto. Antes era muy trabajador, pero ahora no se atreve a trabajar; se siente culpable y avergonzado ante su mujer. Continuamente piensa en la posibilidad de un infarto y procura no hacer ejercicios violentos; se sobresalta si siente palpitaciones o cualquier molestia corporal. La frecuencia de sus relaciones sexuales se ha reducido drásticamente. En general no tarda más de media hora en contraer el sueño, a veces se despierta con pesadillas. Dice sentirse "acabado", hasta que no se descarte definitivamente la posibilidad de un nuevo infarto. El apetito es normal. El diagnóstico más probable de este caso es: (2024 enero)

- a) Depresión mayor.
- b) Trastorno por somatización.
- c) Hipocondría. *
- d) Trastorno de Angustia.
- e) Trastorno de Conversión.

→ en la ansiedad x enfermedad (hipocondria) la persona está preocupada x la posibilidad de tener una enfermedad grave, generalmente a partir de síntomas leves o incluso sin síntomas.

. Varón de 39 años referido al médico general para evaluación de sus quejas. Está seguro de que padece un cáncer de colon, a pesar de que le han dicho que es improbable debido a su juventud. El ha notado manchado el papel higiénico con sangre en alguna ocasión, y siente calambres abdominales cuando come demasiado. Al revisar su historial se constatan numerosas citas médicas previas con iguales o similares quejas, y repetidos análisis para detectar sangre en heces que fueron siempre negativos, así como colonoscopias normales. Pero el paciente sigue muy preocupado, teme morir de cáncer y solicita otra colonoscopia. ¿Cuál es el diagnóstico DSM más probable? (2021 enero)

- a) Trastorno dismórfico.
- b) Hipocondría. *
- c) Trastorno por Dolor (somatomorfo).

- d) Trastorno de Somatización.
- e) Trastorno Somatomorfo no Especificado.
- hipocondria
- preocupación excesiva x salud
- interpretación catastrófica de síntomas menores (piensa que tiene cáncer de colon por manchar papel higiénico de sangre)
- persistencia a pesar de evaluaciones médicas (análisis sangre en heces negativos y colonos copias normales).

. El/los siguiente(s) factor(es) cuestionan el diagnóstico de Trastorno de Conversión: (2024 enero)

- a) Ausencia de factores estresantes.
- b) Ausencia de Ganancia secundaria.
- c) Edad avanzada.
- d) a, b y c.
- e) Solamente a y b. *

→ conversiones - suele producirse en un entorno de estrés y produce una disfunción considerable:

- estrés psicosocial externo puede ser el factor etiológico (+) importante ⇒ la presencia de este en l historia suministra una prueba (+) fiable + (+) fuerte para Dx
- ganancia 1ª (se da x mantener fuera conciencia conflicto o necesidad interna)
- ganancia 2ª (beneficios externos que el paciente obtiene x síntomas, como evitar responsabilidades, recibir atención y apoyo demás)
- modelamiento (imitar inconscientemente síntomas observado en personas importantes de su vida).

*trastornos conversamos (/trastornos neurológicos funcionales) = persona presenta síntomas físicos que no pueden explicarse x enfermedad médica o neurológica. Síntomas reales para paciente, pudiendo incluir parálisis, ceguera, convulsiones, ...

*. ¿Cuál de las siguientes características clínicas apoyan el diagnóstico diferencial de Crisis de Conversión frente al de epilepsia?: (2021 enero)

- a) Convulsiones tónico-clínicas, de movimientos no rítmicos ni estereotipados.
- b) Ausencia de pérdida de conciencia.
- c) Ausencia de relajación de esfínteres.
- d) a, b y c. (*)
- e) Solo b y c.

. ¿Cuál de las siguientes características clínicas NO se corresponde con el diagnóstico de Trastorno Facticio?: (2021 enero)

- a) Fingimiento de síntomas somáticos.
- b) Fingimiento de síntomas psicológicos.
- c) Persigue una ganancia secundaria. *
- d) Satisface la necesidad de jugar el rol de enfermo
- e) b y c.

→ trastorno facticio:

1. Fingimiento o producción intencionada de signos y síntomas físicos o psicológicos.
2. El sujeto busca asumir el papel de enfermo.
3. Ausencia ganancia secundaria.

TRASTORNOS PERSONALIDAD

. Varón de 47 años, nunca delega el trabajo en sus subordinados, porque nunca cree que puedan hacer hacerlo de la forma que debe hacerse. Invierte excesivo tiempo en llevar a cabo cada tarea, porque cree que todo debería hacerse perfectamente o no intentarse. Su estribillo preferido es "Dios está en los detalles". ¿Cuál de las afirmaciones siguientes es cierta respecto a su trastorno de personalidad? (2024 enero)

- a) Es un Trastorno de Personalidad del cluster B.
- b) Es un Trastorno de Personalidad del cluster C.
- c) Es un Trastorno de Personalidad Obsesivo Compulsivo.
- d) Es una forma de Trastorno Obsesivo Compulsivo.
- e) b y c son correctas. *

→ clasificación de los trastornos de la personalidad según DSM-V => obsesivo compulsivo = C

. Cuando un paciente tiene como rasgos de personalidad la desconfianza, suspicacia, con tendencia a pensar que los demás se van a aprovechar de él o a perjudicarlo e interpreta como maliciosas las acciones de los otros con frecuencia ¿qué trastorno de la personalidad debemos sospechar? (2021 enero)

- a) Histriónico.
- b) Dependiente.
- c) Esquizoide.
- d) Paranoide. *
- e) Evitativo.

→ trastornos personalidad paranoide

- recelosa = piensan que el resto se quiere aprovechar de ellos, que les están perjudicando
- hipersensibles = se sienten atacados y criticados fácilmente
- desconfiada = dudan lealtad de sus amigos, de sus socios en el trabajo
- discutidores = defensores de sus derechos, beligerantes
- obstinados y rencorosos = no perdonan y van acumulando
- se sienten importantes = los demás no reconocen su valía

. Una joven de 27 años presenta un patrón invasivo de impulsividad e irritabilidad, falta de autoestima, relaciones interpersonales inestables. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?: (2024 enero)

- a) Trastorno Histriónico de la personalidad.
- b) Trastorno Límite de la personalidad. *
- c) Trastorno Antisocial de la personalidad.
- d) Trastorno de personalidad Dependiente.
- e) Trastorno Esquizoide de la personalidad.

→ trastorno límite de la personalidad

- relaciones interpersonales inestables
- alteración identidad = autoimagen inestable
- impulsividad (potencialmente autodañina - descontrol)

. Paciente de 25 años, soltera y estudiante de Biología, que acude a urgencias con cortes de cuchilla en antebrazos y cara interior de los muslos, auto infligidos como resultado de «un estado de desesperación». La paciente niega haber actuado con finalidad suicida y refiere que, como resultado de una discusión con sus amigas, en la que fue calificada de «indecente», se refugió en su cuarto a llorar, sin conseguir tranquilizarse. Al cabo de un rato de estar sola, empezó a encontrarse extraña, «como si no fuese ella», e incluso le pareció oír la voz de su mejor amiga, reprochándole su comportamiento («me culpaba de la ruptura con su novio»). En un estado de agitación creciente, empezó a chillar y a golpearse contra la pared, hasta que fue al cuarto de baño para infligirse los cortes en las extremidades, con la esperanza de aplacar su tensión interna. No obstante, al ver manar la sangre, se asustó y empezó a gemir desconsoladamente, pidiendo auxilio a su madre, a la que telefoneó a su trabajo. La paciente siempre ha tenido un humor cambiante, ya había pasado por breves episodios distímicos, había presentado en dos ocasiones estados de agitación secundarios al consumo de alcohol, y había sufrido una crisis de angustia en uno de los exámenes del curso académico anterior. ¿Cuál es el diagnóstico más probable? (2022 enero)

- a) Trastorno Límite de la personalidad. *
- b) Trastorno histriónico de la personalidad.
- c) Trastorno bipolar.
- d) Trastorno Esquizaafectivo.

e) Trastorno de la Personalidad por Dependencia.

→ trastorno límite personalidad

- relaciones interpersonales inestables e intensas
- impulsividad potencialmente autodañina (descontrol)
- intentos o amenazas de suicidio recurrentes o automutilación
- inestabilidad afectiva = "cambios humor", "episodios distímicos"
- ira inapropiada e intensa
- ideación paranoide transitoria

. En el Trastorno Límite de la personalidad, ¿cual(es) de las siguientes afirmaciones son ciertas?: (2021 enero)

a) Se da sintomatología alternante.

b) Suele darse en jóvenes menores de 20 años.

c) Puede haber abuso de tóxicos.

d) Empeora el pronóstico de otros trastornos.

e) a, b, c y d son ciertas. *

→ no lo encuentro en los apuntes

REACCIONES ACONTECIMIENTOS ESTRESANTES

. El trastorno adaptativo constituye: (2024 enero)

- a) Una respuesta anormal a acontecimientos estresantes que implican un cambio vital importante. *
- b) Una respuesta anormal a acontecimientos estresantes graves.
- c) Una respuesta normal a acontecimientos estresantes que implican un cambio vital importante.
- d) Una respuesta normal a acontecimientos estresantes agudos.
- e) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.

→ trastorno adaptativo = reacción psicológica que implica la adaptación a una nueva circunstancia (cambios vitales)

. Laura, 23 años. Tras la ruptura de un noviazgo de dos años, desarrolló un cuadro clínico caracterizado por ansiedad, tendencia al llanto, apatía, incapacidad para concentrarse en los estudios, anorexia e insomnio. Unos tres meses más tarde los síntomas habían prácticamente desaparecido. ¿Cuál es el diagnóstico más probable del episodio?: (2021 enero)

- a) Trastorno por Estrés Postraumático.
- b) Depresión Mayor.
- c) Trastorno Adaptativo. *
- d) Trastorno por Estrés Agudo.
- e) Trastorno por Ansiedad generalizada sin Agorafobia.

→ trastorno adaptativo:

- respuesta gradual y prolongada a cambios vitales estresantes
- reacciones psicológicas anormales a acontecimientos que suponen cambios vitales (ej: separación pareja)
- puede presentarse con: depresión + ansiedad + evitación + negación
- clínica = ansiedad + falta concentración + ...

. Ana tiene 23 años y acude por urgencias a las 3 de la madrugada acompañada por una amiga tras haber sufrido un abuso sexual múltiple. Tras su valoración médica y forense es derivada a la guardia de Psiquiatría porque su acompañante dice que la nota "como desconectada", "poco consciente" de lo sucedido, "como si le hubiera pasado a otra persona". ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA en el caso de Ana? (2022 enero)

- a) Es necesario realizar un análisis de tóxicos para descartar que el estado de Ana tenga que ver con el consumo de tóxicos y descartar también una posible sumisión química.
- b) Es posible que la desconexión que Ana presenta se deba a un episodio de disociación peritraumática.
- c) No se debe forzar a Ana a contar los detalles de lo sucedido a la psiquiatra de guardia si no se siente preparada, pues se sabe que la abreacción persé no es siempre la mejor intervención.
- d) Ana padece un trastorno por estrés postraumático con predominio de síntomas de evitación.
- e) Ana presenta varios factores de riesgo para el posible desarrollo de un trastorno por estrés post-traumático y por lo tanto se recomienda su seguimiento psicoterapéutico.

→ trastorno estrés postraumático = respuesta tardía (semanas, meses) a acontecimiento grave

- restringido a acontecimientos estresantes = ej: víctima agresión sexual

. María es una paciente de 36 años que acude a consulta porque hace 10 días falleció su pareja. Tiene una hija de 2 años y trabaja como profesora de primaria. Desde la muerte de su pareja siente tristeza la mayor parte del día, se acuerda de él en multitud de momentos, se imagina hablando con él y explicándole las cosas que hace en el día a día, y llora en algún momento del día casi a diario. Continúa disfrutando de contarle cuentos a su hija por las noches, sigue yendo a trabajar y es capaz de desarrollar con rendimiento sus tareas. No tiene muchas ganas de ver a la familia y amigos, pero sí se deja acompañar por su hermana y una amiga muy cercana que acuden casi a diario a su casa para estar con ella y ayudarla con las tareas domésticas y cuidado de la niña. ¿Cuál de estas afirmaciones es VERDADERA sobre la situación clínica y psicosocial de María: (2021 enero)

- a) La primera opción terapéutica a plantearle a María debe ser la instauración de un antidepresivo inhibidor de la recaptación de serotonina.
- b) La reacción de María es una reacción normal ante un proceso de duelo tan reciente. *
- c) La paciente cumple criterios clínicos de un episodio depresivo mayor, sin criterios de exclusión del mismo, y por lo tanto debe ser tratada como tal.
- d) Se trata de una paciente con un proceso de duelo complicado en el que la intervención psicoterapéutica es el primer paso, y si no responde, en segunda línea pautaríamos un antidepresivo dual.
- e) María presenta tristeza patológica, apatía, anhedonia y abulia, cuatro síntomas claros de que se trata de un episodio depresivo, en este caso, de carácter moderado.

→ duelo - fases normales tras muerte ser querido:

1ª fase (horas/días)

- negación
- anestesia emocional + sensación irrealidad

2ª fase (semanas - 6 meses)

- gran tristeza + llanto + desconsuelo
- llega a sentir presencia fallecido (alucinaciones NO patológicas)
- síntomas psíquicos y somáticos de ansiedad = insomnio + falta apetito
- culpabilidad = interna (uno mismo) / externa (médico)
- reducir relaciones sociales

3ª fase (retorno normalidad)

- aceptación pérdida
- recuerdo buenos momentos con fallecido

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

. ¿Cuáles son los 2 subtipos de anorexia nerviosa? (2024 enero)

- a) Tipo restrictivo y tipo con atracones o purgas. *
- b) Tipo ahorro de energía y tipo con atracones o purgas.
- c) Tipo bajo en calorías o bajo en carbohidratos y tipo restrictivo.
- d) Tipo bajo en carbohidratos o bajo en grasas y tipo restrictivo.
- e) Tipo restrictivo y tipo de peso bajo.

→ anorexia nerviosa (AN) - tipos = 1AN restrictiva + 2AN purgativa (atracones + purgas).

*. ¿Qué síntomas no es esencial en la clínica de la anorexia? (2017)

- a) Distorsión de la imagen corporal.
- b) Vómitos.
- c) Trastorno endocrino generalizado. *
- d) Pérdida de peso por debajo del 15% del peso esperado.
- e) Evitación de alimentos que engordan.

. ¿Cuáles son las 3 características esenciales del diagnóstico de la Bulimia nerviosa? (2022 enero)

- a) Episodios recurrentes de atracones de comida; conductas recurrentes compensatorias inapropiadas para prevenir el aumento de peso; autoevaluación que se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal. *
- b) Restricción recurrente de alimentos; autoevaluación que se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal; inestabilidad en el ánimo.
- c) Delirios respecto a la complexión física; obsesiones con la comida; purgas recurrentes.
- d) Síntomas hipomaniacos durante un mes; inestabilidad del ánimo; autoevaluación que se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.
- e) Autoevaluación que se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal; antecedentes de anorexia nerviosa; conductas compensatorias inapropiadas recurrentes para ganar peso.

→ bulimia nerviosa

- episodios recurrentes de atracón (= ingesta <2h de elevadas cantidades comida sensación falta control ingesta)
- posterior serie de comportamientos compensatorios (vómito + laxante + uso diuréticos + ejercicio excesivo)
- autoevaluación distorsionada de la constitución y del peso corporal

ESQUIZOFRENIA I

. ¿De quién es el término "hebefrenia"? (2024 enero)

- a) Morel.
- b) Hecker. *
- c) Kahlbaum.
- d) Schneider.
- e) Kraepelin.

→ esquizofrenia - historia => Ewal Hecker = 1831 es el autor del concepto de hebefrenia.

. ¿Cuál de estas características forma parte de la esquizofrenia tipo I de Crow? (2024 enero)

- a) Afecto aplanado.
- b) Mala respuesta a neurolépticos.
- c) Pérdida celular y cambios estructurales cerebrales.
- d) Estado defectual.
- e) Presencia de alucinaciones. *

→ esquizofrenia - historia => Timothy crow - divide esquizofrenia

1. Tipo I = predominan alucinaciones (delirios y trastornos pensamiento = sintomatología positivas) + buena respuesta neurolépticos
2. Tipo II = predominan afecto aplanado + esquizofrenia crónica y estado defectual + mala respuesta neurolépticos + pérdida celular.

. No es característico de la esquizofrenia tipo I de Crow: (2021 enero)

- a) Curso agudo.
- b) Buena respuesta a neurolépticos.
- c) Alucinaciones.
- d) Pérdida celular y cambios estructurales cerebrales. *
- e) Trastornos formales del pensamiento.

ESQUIZOFRENIA (CROW)	TIPO I	TIPO II
Síntomas	- alucinaciones - delirios - trastornos pensamiento (sintomatología positiva)	- afecto aplanado - pobreza discurso (alogia) - pérdida: interés (abulia/apatía) + satisfacción (anhedonia) (sintomatología negativa)
Tipo	aguda	crónica + estado defectual
Respuesta neurolépticos	buena	mala
Curso	reversible	irreversible
Deterioro cognitivo	Si	No
Proceso patológico subyacente	incremento receptores dopaminérgicos	- pérdida celular - cambios estructurales cerebrales

. Uno de estos no es un síntoma de primer orden de Schneider: (2022 enero)

- a) Voces que comentan.
- b) Difusión de pensamiento.
- c) Pasividad somática.
- d) Percepción delirante.
- e) Todos son síntomas de primer orden. *

→ síntomas de primer rango de Schneider = voces que comentan + voces que discuten o se pelean + robo de pensamiento + difusión de pensamiento + voluntad alterada + actos influidos + sentimientos influidos + pasividad somática + percepción delirante.

. Una de estas formas de esquizofrenia no se encuentra dentro de la clasificación de enfermedades mentales de la OMS: (2022 enero)

- a) Esquizofrenia Paranoide.
- b) Esquizofrenia desorganizada.
- c) Esquizofrenia hebefrénica.
- d) Esquizofrenia residual.
- e) Depresión postpsicótica. *

→ clasificación esquizofrenia según OMS en CIE-10/11 = esquizofrenia: paranoide + desorganizada (hebefrénica) + catatónica + indiferenciada + residual + simple.

. Son factores de mal pronóstico en la esquizofrenia todos salvo uno: (2021 enero)

- a) Sexo masculino.
- b) Inicio tardío. *
- c) Período prolongado de enfermedad no tratada.
- d) Déficits cognitivos severos.
- e) Síntomas negativos severos.

→ esquizofrenia - factores mal pronóstico:

- ser varón
- inicio precoz
- periodo prolongado de enfermedad NO tratada
- déficits cognitivos severos
- síntomas negativos severos

. Una de estas afirmaciones es falsa: (2022 enero)

- a) La clozapina tiene efecto antisuicida.
- b) Un 10% de pacientes con esquizofrenia no responde al tratamiento antipsicótico.
- c) Un 50% de pacientes con esquizofrenia mejora con el tratamiento antipsicótico. *
- d) En conjunto, los antipsicóticos atípicos son poco eficaces en la sintomatología negativa.
- e) La clozapina tiene efecto sobre la sintomatología negativa.

→ esquizofrenia - tto farmacológico

- tto antipsicótico actual = 60% mejoran + 30% parcial + 10% NO lo hacen.
- antipsicóticos (tto elección esquizofrenia) = eficaces sintomatología positiva + poco útiles en sintomatología negativa
- sintomatología negativa/cognitiva = amisulpride + clozapine
- clozapina = eficaz: esquizofrenia resistente + disminución suicidio.

. Una de estas afirmaciones es falsa: (2021 enero)

- a) Un 60% de pacientes con esquizofrenia mejora con el tratamiento antipsicótico.
- b) Un 10% de pacientes con esquizofrenia no responde al tratamiento antipsicótico.
- c) En conjunto, los antipsicóticos atípicos son muy eficaces en la sintomatología negativa. *
- d) La clozapina tiene efecto sobre la sintomatología negativa.
- e) La clozapina tiene efecto antisuicida.

→ son eficaces algunos neurolepticos atípicos como clozapine pero no todos.

. ¿Qué fármacos de estos son más eficaces en el tratamiento de los síntomas negativos y cognitivos de la esquizofrenia? (2024 enero)

- a) Clozapina y sulpiride.
- b) Clozapina y paliperidona.
- c) Clozapina y risperidona.
- d) Clozapina y aripiprazol.
- e) Clozapina y amisulpride. *

→ esquizofrenia tto farmacológico = sintomatología negativa o cognitiva → destacan fármacos: amisulpride + clozapina.

. Llega al Servicio de Urgencias una mujer de 25 años muy abatida y con bajo peso que refiere dificultades para deglutir que le produce babeo desde hace 2 horas. Nos relata que desde que rompió con su pareja hace 1 semana a penas come, no duerme y se pasa el día llorando. Ante la disminución de peso por los vómitos que le provoca la situación de angustia su

madre la llevó al médico de cabecera que le pautó un medicamento común antiemético (metoclopramida -Primperán-) ¿Qué afirmación es la cierta de las siguientes? (2024 enero)

- a) Lo primero es darle un alprazolam sublingual para que se tranquilice.
 - b) Su tratamiento es biperideno. *
 - c) Se trata de una acatisia.
 - d) Estamos ante una Agitación situación reactiva que puede ceder con una entrevista empática y apoyo social y si no recurrir a benzodiacepinas.
 - e) Debemos iniciar un tratamiento antidepresivo ante la clínica que presenta.
- pimperam = distonía aguda → tto: biperidino

. Varón de 43 años con diagnóstico de Esquizofrenia, en tratamiento con clozapina. Es posible que presente los siguientes efectos secundarios: (2024 enero)

- a) Sialorrea.
- b) Incontinencia urinaria.
- c) Agranulocitosis.
- d) Todos los anteriores. *
- e) Ninguno de los anteriores.

*. Un efecto secundario de la clozapina puede ser: (2021 enero)

- a) Sialorrea.
- b) Aumento de peso.
- c) Incontinencia urinaria.
- d) Ninguno de los anteriores.
- e) Todos los anteriores. *

. Los antipsicóticos pueden producir como efectos adversos lo siguiente: (2023 enero)

- a) Agranulocitosis.
- b) Acatisia.
- c) Discinesia tardía.
- d) Todas las anteriores. *
- e) Ninguna de las anteriores.

→ esquizofrenia - tto farmacológico - antipsicóticos

- neurolepticos típicos - efectos 2º = acatasia + discinesias tardías

- neurolepticos atípicos - efectos 2º = agranulocytosis (Clozapina)

. ¿Cuál de estos tratamientos escogería para tratar una catatonía? (2024 enero)

- a) Haloperidol.
- b) Lorazepam. *
- c) Estimulación magnética transcraneal.
- d) Lamotrigina.
- e) Clomipramina.

→ esquizofrenia tto - síntomas catatónicos = 1. terapia electroconvulsiva → 2. benzodiacepinas (lorazepam)

TRASTORNOS ESQUIZOAFECTIVOS. TRASTORNOS PSICÓTICOS AGUDOS TRANSITORIOS

. ¿Cuál de estas es un subtipo de psicosis cicloide para Leonhard? (2022 enero)

- a) Psicosis del yo.
- b) Psicosis confusional. *
- c) Psicosis epileptiforme.
- d) Psicosis paranoide.
- e) Psicosis referencial.

→ Leonhard - psicosis cicloide = 1. Psicosis motilidad + 2. Psicosis confusional + 3. Psicosis ansiedad-euforia

. Desde el punto de vista genético, ¿cuál de estas teorías sobre los trastornos esquizoafectivos tiene mayor soporte? (2024 enero)

- a) Son variantes de la esquizofrenia.
- b) Son unas psicosis independientes.
- c) Son variantes del trastorno bipolar.
- d) Son las formas intermedias de un continuo que va de la esquizofrenia a los trastornos afectivos. *
- e) Son un grupo heterogéneo que incluye dos tipos de pacientes (esquizofrénicos y pacientes puros).

→ trastornos esquizoafectivos - datos genéticos:

- son un grupo heterogéneo, que incluye a pacientes esquizofrénicos, pacientes afectivos y quizás un tercer grupo de pacientes puros.
- son las formas intermedias de un continuum que va de la esquizofrenia a los trastornos afectivos.

. ¿Cuál de estas afirmaciones respecto al trastorno delirante no es correcta? (2022 enero)

- a) Aparece en edad media de la vida.
- b) Puede cursar con alucinaciones.
- c) Es más frecuente en estratos sociales menos favorecidos.
- d) Es más frecuente en inmigrantes.
- e) Es más frecuente en mujeres solteras.

. ¿Cuál de estas afirmaciones respecto al trastorno delirante no es correcta? (2022 enero)

- a) Aparece en edad media de la vida.
→ trastorno delirante = edad media vida (con picos entre 35-55 años)
- b) Puede cursar con alucinaciones.
→ trastorno delirante alucinatorio = alucinaciones se relacionan de forma estrecha con delirio.
- c) Es más frecuente en estratos sociales menos favorecidos.
→ trastorno delirante = (+) frecuencia en estratos sociales menos favorecidos y en inmigrantes
- d) Es más frecuente en inmigrantes.
→ trastorno delirante = (+) frecuencia en estratos sociales menos favorecidos y en inmigrantes.
- e) Es más frecuente en mujeres solteras.
→ trastorno delirante = discretamente (+) frec en mujeres + predominio casados

. ¿Cuál de estas asociaciones no es correcta? (2024 enero)

- a) Psicosis hipocondriaca monosintomática - Pimocide.
- b) Erotomanía - Síndrome de Clerambault.
- c) Falsa identificación - Síndrome de Fregol.
- d) Psicosis psicogénica - Wimmer.
- e) Psicosis esquizoafectiva - Langfeldt. *

. ¿Cuál de estas asociaciones no es correcta? (2024 enero)

- a) Psicosis hipocondriaca monosintomática - Pimocide.
→ trastornos esquizoafectivos - tto => psicosis hipocondríaca monosintomáticas = pimozida.
- b) Erotomanía - Síndrome de Clerambault.
→ trastornos delirantes => delirio paranoico = delirio erotomaníaco - Sd Clerambault (forma primaria)
- c) Falsa identificación - Síndrome de Fregol.
→
- d) Psicosis psicogénica - Wimmer.
→ trastornos psicóticos agudos transitorios => (1916) Wimmer = Psicosis psicogénica
- e) Psicosis esquizoafectiva - Langfeldt.

- trastornos psicóticos agudos transitorios - historia conceptual
- (1933) Kasanin = psicosis esquizoafectivas
- (1939) Langfeldt = estados esquizofreniformes

. ¿A qué autor debemos el término "psicosis psicógena"? (2021 enero)

- a) Bleuler.
- b) Kraepelin.
- c) Wimmer.
- d) Kleist.
- e) Leonhard.

. ¿A qué autor debemos el término "psicosis psicógena"? (2021 enero)

- a) Bleuler.
→ Bleuler = esquizofrenia de comienzo agudo.
- b) Kraepelin.
→ Kraepelin = demencia precoz
→ distinción fundamental entre las dos grandes entidades de las psicosis endógenas la hizo Kraepelin, el cual diferenció la demencia precoz (hoy conocida como esquizofrenia) y la psicosis maniaco-depresiva (conocida actualmente como trastorno bipolar).
- c) Wimmer.
→ Wimmer = psicosis psicógena
- d) Kleist.
→ Kleist = psicosis marginales
- e) Leonhard.
→ Leonhard = psicosis cicloide

. ¿Por qué otro nombre se conoce a la erotomanía primaria? (2022 enero)

- a) Síndrome de Capgras. *
- b) Síndrome de Otelo.
- c) Folie à deux.
- d) Síndrome de Ganser.
- e) Ninguno de ellos.

. Respecto a los trastornos esquizoafectivos señalar la incorrectas: (2022 enero)

- a) El pronóstico de los trastornos esquizoafectivos es intermedio entre el trastorno bipolar y la esquizofrenia.
- b) En la esquizomanía la lamotrigina es el fármaco de elección.
- c) Se debe evitar en la medida de lo posible el uso de antidepresivos tricíclicos en el subtipo bipolar
- d) La esquizomanía responde más lentamente al tratamiento que la manía clásica.
- e) En la esquizomanía suele utilizarse un antipsicótico atípico junto a valproato o a litio.

. Respecto a los trastornos esquizoafectivos señalar la incorrectas: (2022 enero)

- a) El pronóstico de los trastornos esquizoafectivos es intermedio entre el trastorno bipolar y la esquizofrenia.
→ trastornos esquizoafectiva = intermedio esquizofrenia y trastorno bipolar => NO tienen tan mal pronóstico como esquizofrenia ni menos grave que el trastorno bipolar.
- b) En la esquizomanía la lamotrigina es el fármaco de elección. *
→ depresión esquizoafectiva - tto = lamotrigina = anticonvulsivante que se utiliza en algunas formas de epilepsia y como estabilizador del ánimo, sobretudo en depresiones unipolares resistentes, depresiones bipolares o depresiones esquizoafectivas -> (+) utilizado junto con salsa litio
- c) Se debe evitar en la medida de lo posible el uso de antidepresivos tricíclicos en el subtipo bipolar.
→ depresión esquizoafectiva - tto = evitar en medida posible AD (antidepresivos) tricíclicos en esquizoafectivos bipolares
- d) La esquizomanía responde más lentamente al tratamiento que la manía clásica.
→ esquizomanía - tto = respuesta (+) lenta que manía clásica
- e) En la esquizomanía suele utilizarse un antipsicótico atípico junto a valproato o a litio.
→ esquizomanía - tto = AP (antipsicóticos) atípico + litio/valproato

. Respecto a los trastornos esquizoafectivos señalar la incorrecta: (2021 enero)

- a) Se debe evitar en la medida de lo posible el uso de antidepresivos tricíclicos en esquizoafectivos bipolares.
- b) La respuesta al tratamiento es más lenta en la esquizomanía que en la manía clásica.

- c) En la esquizomanía la terapia electroconvulsiva es eficaz y la lamotrigina también tiene su papel.
 - d) En la esquizomanía generalmente se utiliza un antipsicótico atípico junto a litio o valproato.
 - e) El pronóstico de los trastornos esquizoafectivos es intermedio entre el trastorno bipolar y la esquizofrenia.
- . Respecto a los trastornos esquizoafectivos señalar la incorrecta: (2021 enero)
- a) Se debe evitar en la medida de lo posible el uso de antidepresivos tricíclicos en esquizoafectivos bipolares.
→ depresión esquizoafectiva - tto = evitar (en la medida de lo posible) antidepresivos tricíclicos en esquizoafectivos bipolares.
 - b) La respuesta al tratamiento es más lenta en la esquizomanía que en la manía clásica.
→ esquizomanía - tto = respuesta (+) lenta que en manía clásica
 - c) En la esquizomanía la terapia electroconvulsiva es eficaz y la lamotrigina también tiene su papel. *
→ depresión esquizoafectiva - tto = TEC (terapia electroconvulsiva) es eficaz y Lamotrigina tb tiene su papel
 - d) En la esquizomanía generalmente se utiliza un antipsicótico atípico junto a litio o valproato.
→ esquizomanía - tto = neuroléptico atípico + litio/valproato
 - e) El pronóstico de los trastornos esquizoafectivos es intermedio entre el trastorno bipolar y la esquizofrenia.
→ trastornos esquizoafectiva = intermedio esquizofrenia y trastorno bipolar => NO tienen tan mal pronóstico como esquizofrenia ni menos grave que el trastorno bipolar.

. Respecto a la parafrenia tardía es falso que: (2021 enero)

- a) Es un trastorno paranoide.
- b) Los pacientes suelen tener rasgos de personalidad paranoides.
- c) Los pacientes suelen tener rasgos de personalidad esquizoides.
- d) Constituyen el 20% de los ingresos de personas mayores de 60 años.
- e) Son más frecuentes en mujeres solteras.

. Respecto a la parafrenia tardía es falso que: (2021 enero)

- a) Es un trastorno paranoide.
→ parafrenia tardía = trastornos paranoides (con sintomatología delirante y alucinatoria, suelen ser delirios de tipo persecutorio)
- b) Los pacientes suelen tener rasgos de personalidad paranoides.
→ parafrenia tardía = pacientes presentan además una personalidad con rasgos paranoides y esquizoides
- c) Los pacientes suelen tener rasgos de personalidad esquizoides.
- d) Constituyen el 20% de los ingresos de personas mayores de 60 años.
→ parafrenia tardía = afecta 10% ingresos personas >60a.
- e) Son más frecuentes en mujeres solteras.
→ parafrenia tardía = se presenta (+) frec en mujeres solteras

FEAFES GALICIA

. El valor de las Asociaciones de cuidadores de enfermos mentales graves radica en que aportan: (2024 enero)

- a) Labor educativa a la comunidad sobre la enfermedad.
- b) Un modelo de afrontamiento de los problemas para los cuidadores.
- c) Un grupo de presión social de reivindicaciones sociosanitarias.
- d) a, b y c son ciertas. *
- e) Solo b y c son ciertas.

. El valor de las Asociaciones de cuidadores de enfermos crónicos de edad avanzada radica en que aportan: (2022 enero)

- a) Labor educativa a la comunidad sobre la enfermedad.
- b) Un modelo de afrontamiento de los problemas para los cuidadores.
- c) Un grupo de presión social de reivindicaciones sociosanitarias.
- d) b y c.
- e) a, b y c son ciertas. *

. En Galicia hay aproximadamente 55.00 personas con certificado de discapacidad por enfermedad mental. En el tratamiento de las enfermedades mentales graves participan las asociaciones de familiares tipo FEAFES. ¿Cuáles de las siguientes actividades NO está incluida en su programación actual? (2021 enero)

- a) Atiende al 45% de las personas con discapacidad por enfermedad mental. *
- b) Presta servicio de orientación sociofamiliar.
- c) Presta atención en centros penitenciarios.
- d) Presta servicio de Respiro familiar.
- e) Presta servicio de Inserción Laboral

→ FEAFES

- incidencia = 55.124 personas con enfermedad mental → representan el 18% de causas de discapacidad
- ofrecen - desde federación = orientación sociofamiliar + respiro familiar + orientación laboral + atención exclusión en centros penitenciarios.

ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA

. Epidemiología de los Trastornos Mentales en Galicia. ¿Cuáles son las prevalencias durante el año previo de Trastorno del Estado de Animo, T Ansiedad y T por Abuso Sustancias?: (2024 enero)

- a) 3,1% - 4,8% - 1,7%.
- b) 1,7% - 4,8% - 2,1%.
- c) 3,7% - 3,1% - 1,7%. *
- d) 3,7% - 1,7% - 2,1%.
- e) 4,1% - 5,8% - 3,5%.

→ prevalencia trastornos mentales en Galicia - prevalencia año = trastornos estado ánimo y trastornos ansiedad (3,7% y 3,1%) mientras que los trastornos relacionados con sustancias presentan prevalencia menor (1,7%).

. Epidemiología de los Trastornos Mentales en Galicia. Señala la respuesta FALSA: (2021 enero)

- a) Uno de cada cinco adultos gallegos ha padecido algún trastorno mental a lo largo de su vida.
- b) En el último año en torno al 7,5% de los adultos gallegos han padecido algún trastorno mental.
- c) El porcentaje de mujeres que padecieron un Trastorno Mental el último año supera al de los hombres.
- d) Tres de cada cuatro casos graves de Trastorno Mental en el último año han recibido asistencia en la red de Salud Mental o en Atención Primaria.
- e) Los adultos que menos demandan atención psiquiátrica son los que padecen T por Consumo de sustancias.

. Epidemiología de los Trastornos Mentales en Galicia. Señala la respuesta FALSA: (2021 enero)

- a) Uno de cada cinco adultos gallegos ha padecido algún trastorno mental a lo largo de su vida.
→ 21,6% adultos gallegos (que viven en sus domicilios) han experimentado algún trastorno mental a lo largo de su vida
- b) En el último año en torno al 7,5% de los adultos gallegos han padecido algún trastorno mental.
→ 7,4% gallegos adultos ha experimentado algún trastorno mental en el último año
- c) El porcentaje de mujeres que padecieron un Trastorno Mental el último año supera al de los hombres.
→ prevalencia-vida = hombres > mujeres
→ prevalencia-año = hombres < mujeres
- d) Tres de cada cuatro casos graves de Trastorno Mental en el último año han recibido asistencia en la red de Salud Mental o en Atención Primaria. *
→ porcentajes elevados de personas con un trastorno psiquiátrico grave/moderado NO han utilizado ningún servicio sanitario, ni atención primaria ni especializada
- e) Los adultos que menos demandan atención psiquiátrica son los que padecen T por Consumo de sustancias.
→ pacientes afectos de trastorno por cualquier uso de sustancias fueron los que hicieron menor uso de servicios.

S1-2: TRASTORNOS ORGÁNICOS

. Sonia, 76 años, la trae una hija a la consulta. Responde a las preguntas, pero no formula queja alguna. La hija refiere fallos progresivos de memoria, hará más de dos años, tenía que anotar sus tareas. Empeoró desde hace un año, tras morir otra hija en accidente. No conoce a familiares cercanos, se ha perdido varias veces fuera de casa. Tiene días "muy impertinente", pero no notan que su humor varíe mucho. Revuelve las cosas de casa, va a buscar comida después de haber comido. De noche, duerme poco, se levanta y revuelve. Le dieron tranquilizantes, pero ya no le hacen efecto. La hija no refiere antecedentes psiquiátricos ni médicos relevantes; la describe como una persona normal, alegre, trabajadora y sociable. Actualmente vive con su esposo, el yerno (viudo) y nietos. Al preguntarle, Laura dice que está bien, que está haciendo la compra en este momento. No sabe el día de la semana, ni el mes, dice su nombre y que tiene 40 años; que vive con su marido, con su hija (fallecida)...y "estoy bien, tengo ánimos para trabajar y no tengo por qué estar triste" Devina? Los Síntomas Psicológicos y de la Conducta (SPCD) que presenta esta paciente se clasifican por el tipo y efecto estresor sobre los cuidadores. Al respecto, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA? (2024 enero)

- a) El insomnio es uno de los signos psicológicos más insoportable para los cuidadores.
- b) El ánimo depresivo, ausente en este caso, es un síntoma psicológico.
- c) La mayoría de los SPCD que presenta la paciente son muy o moderadamente insoportables.
- d) Las alucinaciones se clasifican como Síntomas Conductuales y soportables. *
- e) El seguir a otra persona es un síntoma Conductual y soportable.

→ clasificación de los síntomas psicológicos y de la conducta (SCPD)

- Grupo I (más frecuentes/insoportables) - psicológicos = ideas delirantes + alucinaciones + ánimo depresivo + insomnio (lo más insoportable para familia) + ansiedad
- Grupo II (moderadamente frecuentes/insoportables)
- Grupo III (menos frecuentes/insoportables) - conductuales = llanto + lenguaje mal sonante + preguntas repetitivas + seguir a otra persona

*seguir a otra personas es (-) frecuente x lo que (+) soportable (digo yo)

. [Caso Sonia] ¿Cuál de los síntomas descritos en el cuadro clínico NO forman parte de la Escala de Demencia de Blessed: (2024 enero)

- a) Dificultad para recordar tareas pendientes.
- b) Revuelve las cosas de la casa.
- c) Perderse en sitios conocidos.
- d) Humor alterado.
- e) Insomnio. *

→ escala Blessed (valora persona con demencia) - dividimos proceso en 3 apartados

1. Cambios ejecución tareas y actividades diarias = incapacidad: realizar tareas diarias + recordar listas + orientarse en casa + orientarse en calles familiares + recordada hechos recientes
2. Capacidad realizar actividades básicas
3. Cambios actitud y conducta = perturbación control emocional

. Jacinto, 78 años, profesor de matemáticas jubilado. Acude con su esposa a la Unidad de Psicogeriatría para evaluación de su Deterioro Cognitivo. La esposa aporta informes de las consultas médicas anteriores. Hace 3 años su médico de cabecera le diagnosticó "Enfermedad de Alzheimer", nunca le ha visto un psiquiatra. Le han realizado un completo estudio de laboratorio e imagen cerebral, que no muestra anomalías. El historial muestra evaluaciones anuales con el Mini-Mental, con puntuaciones de 25 o 26 (sobre un máximo de 30). Durante la entrevista psiquiátrica se le aprecia enlentecimiento psicomotor y afecto aplanado. En esta situación clínica, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es la correcta? (2021 enero)

- a) Se debería reconsiderar el diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer. *
- b) Se descarta un síndrome depresivo.
- c) La puntuación del MMSE indica demencia moderada.
- d) La evaluación neuropsicológica no resulta útil en este caso.
- e) a y d son ciertas.

→ mini-mental - puntuación:

- probable déficit cognitiva global = 0-23 (ancianos)
- probable normal = 24-35 (ancianos)

S3-4: DROGODEPENDENCIA

. Acude a urgencias de madrugada una mujer de 30 años, Marta, acompañada de sus amigos. A su llegada, resulta imposible realizar anamnesis por estado de bajo nivel de conciencia. A la exploración, aparte del estado de conciencia, destacan pupilas mióticas. Se administra una ampolla de naloxona y Marta recupera el nivel de conciencia. ¿Cuál es la principal hipótesis diagnóstica? (2024 enero)

- a) Intoxicación por alcohol.
- b) Intoxicación por metadona.
- c) Intoxicación por sustancia estimulante.
- d) Abstinencia a cocaína.
- e) Abstinencia a opioides.

→ naloxona = medicamento revertir opioides (metadona, heroína)

→ ¡ojo cuidado! has visto abstinencia opioides y has dicho ahí que voy, pero chochete dice abstinencia, y pa que vas a dar un medicamento que revierte algo que suspiestamnet has dejado de tomar.

. José Alberto tiene 28 años y es traído por la policía al Servicio de Urgencias del Hospital, presentando a la exploración: somnolencia, miosis, hiporreflexia, nistagmo e incoordinación motora. Tiene historial previo, destacando serología VHC positiva y aumento transaminasas. Se administra naloxona y flumaceno, revertiendo el cuadro. En función de los datos aportados, ¿cuál considera que pudo ser la etiología probable del cuadro de intoxicación en S. Urgencias? (2022 enero)

- a) Cocaína.
 - b) Heroína. *
 - c) Cannabis.
 - d) Anfetaminas.
 - e) Todas las anteriores son ciertas.
- flumacilo = revierte benzodicepinas
→ naloxona = revierte opioides (heroína)

. Refiere que es consumidor habitual de heroína desde los 18 años (actualmente, cerca de 0'5 gr/día, vía pulmonar), ocasionalmente consume cocaína (1-2 grs de cocaína, vía pulmonar) y bebedor diario de "unas 6 litronas de cerveza y 7 cartones de vino"; fumador de tabaco de liar (≥ 30 cigarrillos/día). Tiene prescrito un tratamiento por su médico de Atención Primaria, del cual solo toma el alprazolam (en pauta de abuso) y padece episodios de embriaguez frecuentes (23 vez/semana) Solicita activamente ayuda médica para dejar las drogas, porque no quiere volver a la cárcel y quiere curar la hepatitis. En función de los datos aportados, ¿cuál es el nivel de consumo de alcohol en Unidades de Bebida Estándar (UBE)? (2022 enero)

- a) 25 a 30 UBE.
- b) 35 a 40 UBE.
- c) 45 a 50 UBE.
- d) 55 a 60 UBE.
- e) Ninguna de las anteriores es cierta. *

→ UBES

- litrona cerveza = 5 UBES

- cartón vino (1L) = 10 UBES

→ 6litrona cerveza x 5 + 7cartones vino x 10 = 30 + 70 = 100 UBs

. ¿En función de los datos aportados, en qué fase del proceso de cambio (Prochaska y Diclementi) se encuentra este paciente? (2022 enero)

- a) Recaída.
 - b) Mantenimiento.
 - c) Preparación para la acción. *
 - d) Pré-contemplación.
 - e) Ninguna de las anteriores es cierta.
- "solicita activamente ayuda médica ..."

. En función de los datos aportados, ¿cuál sería el tipo de tratamiento más indicado para este paciente? (2022 enero)

- a) Programa libre de drogas. (*)
- b) Sólo consejo de salud y tratamiento sintomático para desintoxicación.

- c) Programa de mantenimiento con antagonistas opioides.
- d) Programa de comunidad terapéutica.
- e) Ninguna de las anteriores es cierta.

. ¿Cuáles son, según la OMS, los niveles de consumo de alcohol considerados como de riesgo para la salud? (2024 enero)

- a) >5 UBE/día en hombre y >3 UBE/día en mujer.
- b) >21 UBE/semana en hombre y >14 UBE/mujer.
- c) >40 grs etanol/día en hombres y >20 grs etanol/día en mujeres.
- d) Respuestas "A y B" son correctas.
- e) Todas las anteriores son ciertas. *

. Javier, 24 años. Acude a consulta en Unidad de Drogodependencias. Consume 1 gramo diario de cocaína esnifada desde los 18 años. El máximo tiempo que ha estado en abstinencia han sido 3 meses. Se va a ir a vivir a Londres dentro de un mes y quiere empezar ("una nueva vida", sin consumos. ¿En qué fase del proceso de cambio (teoría de Prochaska y DiClemente) se encuentra Javier? (2024 enero)

- a) Precontemplación.
- b) Contemplación.
- c) Fase de preparación al cambio. *
- d) Fase de acción.
- e) Ninguna de las anteriores es cierta.

. ¿A cuál de estos pacientes diagnosticarías de patología dual? (2024 enero)

- a) Hombre con diagnóstico de Dependencia a cocaína y VHC.
- b) Mujer con diagnóstico de Dependencia a cocaína y THC.
- c) Hombre con diagnóstico de trastorno esquizofrénico y que acude a urgencias en gran estado de ansiedad.
- d) Mujer con diagnóstico de Trastorno de personalidad límite y Dependencia alcohólica. *
- e) Ninguna de las anteriores es cierta.

→ patología dual = trastorno psiquiátrico (mental) + trastorno consumo

→ VHC + THC → NO son trastornos psiquiátricos

. Ingresa en planta de medicina interna un varón de 35 años, sin antecedentes médicos relevantes, para estudio de diarrea crónica. Al cabo de dos días, estando de guardia, te avisan porque el paciente se encuentra muy agitado. Acudes a valorarlo y encuentras un hombre sudoroso, taquicárdico, temblando, muy nervioso. Pide ayuda para que le quites "todos esos bichos que me andan por las piernas". ¿Cuál de estas afirmaciones es verdadera? (2024 enero)

- a) El cuadro clínico es compatible con un cuadro de abstinencia alcohólica. *
- b) Lo más probable es que el paciente haya desarrollado una encefalopatía hepática. y
- c) Se trata de un cuadro leve y, en general, autolimitado.
- d) Cuadro que remite sin tratamiento, pero hay que tranquilizar y acompañar al paciente en su "mal viaje".
- e) Ninguna de las anteriores es cierta.

→ alucinosis alcohólica = cuadro alucinaciones auditiva/visuales que aparecen frecuentemente en la abstinencia alcohólica.

. Posteriormente, ya consciente, el paciente refiere que en el último año estuvo en la cárcel (por 3ª vez en su vida) y que aún tiene asuntos judiciales pendientes (fundamentalmente, robos). Relata que, al entrar en prisión, en la madrugada del tercer día, tuvieron que ingresarlo en enfermería, ya que presentó un cuadro que se inició con insomnio, irritabilidad, náuseas y vómitos, taquicardia, intensa diaforesis, seguida de un intenso cuadro de agitación psicomotriz, con desorientación y alucinaciones. En función de los datos aportados, ¿podemos considerar que estamos ante un cuadro de: (2022 enero)

- a) Intoxicación por consumo de alcohol.
- b) Deprivación alcohólica y benzodiacepínica. *
- c) Intoxicación por consumo de alcohol y heroína.
- d) Intoxicación por consumo de alcohol y benzodiacepinas.
- e) Ninguna de las anteriores es cierta.

. José, tiene 58 años, labrador y ganadero de profesión y es traído por la familia Servicio de Urgencias del Hospital, presentando a la exploración: oftalmoparesia, ataxia y confusión, con pronunciado deterioro físico (muy delgado, telangiectasias en la cara, vientre ascítico, serología VHC positiva y gran aumento de transaminasas). Tiene historial previo en IANUS de atención en urgencias por múltiples situaciones de intoxicación etílica; ocasionalmente con presencia de cocaína.

Ha iniciado con su médico de cabecera algún tratamiento para dejar de beber, pero han fracasado y la familia, ya lo deja por imposible, mientras siga cumpliendo con su trabajo. Pero se han preocupado porque nunca lo habían visto así y lo trajeron a Urgencias. ¿En función de los datos aportados, cuál considera que es la respuesta válida? (2021 enero)

- a) Otro episodio de intoxicación etílica aguda.
- b) En el tratamiento se deberá administrar vitamina C.
- c) Síndrome de Korsakoff.
- d) Encefalopatía de Wernicke. *
- e) Todas las anteriores son ciertas.

→ encefalopatía Wernicke-Korsakoff = cursa en primer lugar con manifestaciones sobretodo neurológicas

- causa (+) frec = déficit tiamina → común en abuso alcohol

. Posteriormente, ya más consciente, el paciente refiere que en los últimos años, ha incrementado su consumo, bebiendo diariamente: "unas 6 litronas de cerveza, unas cuatro botellas de vino, siempre con comidas y por las tardes, en el bar con los amigos, toma dos cubatas "e si hai festa, que sexan catro ou cinco"; fumador de tabaco de más de dos cajetillas/día y ocasionalmente, si le ofrecen, toma algo de cocaína, ya que así aguanta más ("para as festas"). Refieren que su médico de cabecera ya intentó que dejara de beber, pero que sólo toma las pastillas de la depresión y para dormir (mirtazapina y diazepam), porque él sólo se emborracha una vez cada dos meses; sus amigos sí que lo hacen más frecuentemente, a lo mejor dos veces/mes. ¿En función de los datos aportados, cuál es el nivel de consumo de alcohol en Unidades de Bebida Estándar (UBE)? (2021 enero)

- a) 15 a 20 UBE.
- b) 25 a 30 UBE.
- c) 35 a 40 UBE.
- d) 45 a 50 UBE.
- e) Ninguna de las anteriores es cierta. *

→ UBEs => litrona cerveza = 5 UBEs / cartón vino (1L) = 10 UBEs

→ 5 litronas cerveza x 5 + 4 cartones vino x 10 = 25 + 40 = 65 mas cubatas

. Según los diagnósticos psiquiátricos aportados, ¿cuál de las siguientes hipótesis diagnósticas le parece que mejor describe el cuadro que presenta este paciente? (2021 enero)

- a) Patología adictiva múltiple.
- b) Patología psicótica.
- c) Patología depresiva.
- d) Trastorno de la personalidad.
- e) Patología dual.

→ Patología dual = trastorno psiquiátrico (depresión) + trastorno consumo (alcohólico)

. ¿En función de los datos aportados, en qué fase del proceso de cambio (Prochaska y Diclementi) se encuentra José? (2021 enero)

- a) Mantenimiento.
- b) Preparación para la acción.
- c) Contemplación.
- d) Pré-contemplación. *
- e) Ninguna de las anteriores es cierta.

→ En la fase de pre-contemplación, la persona:

- No reconoce su problema o no lo percibe como lo suficientemente grave.
- No tiene intención de cambiar a corto plazo.

"José niega la gravedad de su situación, refiriendo que solo "se emborracha cada dos meses" y minimizando su problema en comparación con sus amigos. Aunque su familia y el entorno reconocen la gravedad, él no muestra disposición al cambio. "

. ¿En función de los datos aportados, cuál sería el tipo de tratamiento más indicado para este paciente? (2021 enero)

- a) Ingreso y vitaminoterapia (complejo B). *
- b) Consejo de salud y tratamiento sintomático para desintoxicación.
- c) Programa de mantenimiento con interdictores alcohol.
- d) Ingreso en comunidad terapéutica.
- e) Ninguna de las anteriores es cierta.

S5-6: PSIQUIATRÍA E INTERCONSULTA Y ENLACE

. ¿Cuál de las siguientes AFIRMACIONES NO SE CORRESPONDEN a los principios básicos de la medicina psicosomática de Lipowski? (2022 enero)

- a) La relación establecida entre el paciente y aquellos que se ocupan de él influye en el curso de la enfermedad y en la eficacia del tratamiento.
- b) Salud y enfermedad son estados determinados por múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales, y no hay una línea clara de demarcación entre los dos.
- c) Los acontecimientos a un nivel cualquiera de organización, desde la molecular al simbólico, pueden repercutir en todos los demás niveles.
- d) Deben tenerse en cuenta los factores psicosociales al plantear medidas preventivas y terapéuticas.
- e) El diagnóstico médico debe limitarse a la identificación de una entidad clínica particular. *

→ Lipowsky (1969) = 6 principios básicos medicina psicosomática

- 1. "Salud y enfermedad son estados determinados por múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales, y no hay una línea clara de demarcación entre los dos"
- 2. "Los acontecimientos a un nivel cualquiera de organización, desde la molecular a la simbólica, pueden repercutir en todos los demás niveles".
- 3. "El diagnóstico médico, evidentemente, no debe limitarse a la identificación de una entidad clínica particular, sino que debe considerar además la situación total del paciente."
- 4. "Deben tenerse en cuenta los factores psicosociales al plantear medidas preventivas y terapéuticas".
- 5. "La relación establecida entre el paciente y aquellos que se ocupan de él influye en el curso de la enfermedad y en la eficacia del tratamiento"
- 6. "La psicoterapia puede ser eficaz cuando factores psicológicos contribuyen de manera significativa a la precipitación, mantenimiento o exacerbación de una enfermedad dada en una persona determinada"

. Los pacientes que han sufrido un infarto de miocardio tienen PEOR PRONÓSTICO cuando se asocia un cuadro depresivo por todos los siguientes factores EXCEPTO: (2022 enero)

- a) Activación plaquetaria.
- b) Mayor activación simpática medular adrenal.
- c) Aumento citoquinas inflamatorias.
- d) Consumen menos alcohol.
- e) Realizan menos ejercicio.

→ Lipowsky (1969) = 6 principios básicos medicina psicosomática ⇒ 4. "Deben tenerse en cuenta los factores psicosociales al plantear medidas preventivas y terapéuticas" → ej: cardiopatía + depresión = depresión post-IAM se asocia con riesgo de 1,6-2,7 veces mayor de peores resultados a los 24 meses que los pacientes que tienen un infarto y NO están deprimidos

- relación entre depresión y conducta

- factores conductuales = aumentan factores riesgo: consumir (+) alcohol + hacer (-) ejercicio + peor patrón sueño.
- factores biológicos = [ON] plaquetas + disfunción endotelial + activación simpática medular-adrenal + citoquinas inflamatorias.

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones con relación a LOS PSICOFÁRMACOS ES FALSA? (2024 enero)

- a) La asociación del antibiótico Linezolid (Linezolid) con un antidepresivo Inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina puede favorecer la aparición de un Síndrome Serotoninérgico.
- b) Antes de prescribir el haloperidol intravenoso debemos medir el intervalo QTc por el riesgo que tiene de prolongarlo, lo que favorece la aparición de arritmias ventriculares.
- c) El litio puede producir hipotiroidismo.
- d) El tratamiento de elección en pacientes epilépticos deprimidos es la Mianserina. *
- e) El litio no se debe administrarse con Antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) como por ejemplo el ibuprofeno, porque favorece el aumento de los niveles de litio y una posible intoxicación.

→ Psicofármacos - interacción y efecto 2º:

- linezolid + ISRS = sd serotoninérgico
- haloperidol i.v. = prolongación QTc (riesgo FA)
- litio = cuadro hipotiroidismo + NO asociado a AINEs.

S7-8: URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS

. Acude un paciente al servicio de urgencias traído por su familia en evidente estado de agitación tras salir por la noche de fiesta. Se le realiza un control de tóxicos y sale positivo a anfetaminas y MDMA. El paciente presenta ideación delirante de persecución confundiendo sombras con personas, con verborrea, inquietud y episodios puntuales de heteroagresividad; el paciente, tras una conversación mantenida en el S. de Urgencias con el psiquiatra de guardia, admite que lo que le está ocurriendo debe estar provocado por todo lo que ha consumido y se encuentra muy asustado. Cuál sería el tratamiento de elección en primer lugar? (2022 enero)

- a) Diazepam.
- b) Tiaprizal.
- c) Haloperidol. *
- d) Risperidona.
- e) Clometiazol.

→ haloperidol = antipsicótico incisivo (no sedativo, antagonista dopamina), típico y muy barato => agitación psicomotriz + estados psicóticos agudos y crónicos.

. Ante un paciente que presenta agitación psicomotriz y sospechamos consumo enólico elevado, cuál de los siguientes tratamientos sería el MENOS indicado? (2022 enero)

- a) Tiaprizal.
- b) Haloperidol
- c) Levomepromacina. *
- d) Olanzapina.
- e) Risperidona.

→ manejo agitación psicomotriz - guía farmacológica => levomepromazina (sinogan) = cuidado:

- hipotensos
- alcohólicos = baja umbral convulsivo que sumado a derivación puede producir crisis epiléptica
- personas toman opiáceos = x deprimir centro respiratorio.

. La levomepromacina es un fármaco muy utilizado en caso de agitaciones psicomotoras. ¿Qué características presenta dicho fármaco? (Señala la respuesta FALSA): (2021 enero)

- a) Hay que tener cuidado en caso de pacientes con epilepsia ya que disminuye el umbral convulsivo.
- b) Deprime el centro respiratorio por lo que requiere tener precaución en caso de uso concomitante de opiáceos.
- c) Incrementa la Tensión Arterial por lo que es necesario un control de la misma a los 20-30 minutos de su administración. *
- d) No suele ser necesario la administración conjunta de biperideno ya que los efectos extrapiramidales no son muy frecuentes.
- e) Todas son correctas.

→ levomepromazina = antipsicótico sedativo típico

- cuidado pacientes hipotensos = en mujeres jóvenes requiere control TA
- alcohólicos = baja umbral convulsivo → sumado a privación puede producir crisis epiléptica
- tomando opiáceos = deprime centro respiratorio

. Nos encontramos en el Servicio de Urgencias un paciente de 47 años traído por su hermana describiendo que, después de llevar tiempo sin saber de él, ayer aparece en su casa contándole que su mujer lo ha abandonado y ha perdido el trabajo. Lo deja dormir en su casa y esta mañana empieza a estar cada vez más alterado, tembloroso, angustiado, con náuseas y vómitos. Al llegar a Urgencias se encuentra sudoroso y con temblor de reposo; reconoce estar en el hospital y el día que es, no recuerda el nombre del presidente del gobierno y en al comentarle que dice los meses del año al revés se lía al llegar al mes de julio. Al pasar un enfermero jovencito empieza a llamarlo por el nombre de su hijo y empieza a agitarse ¿Qué pauta de agitación sería la más indicada para suministrarle? (2024 enero)

- a) Haloperidol + Sinogán + Akinetón.
- b) Alprazolam sublingual.
- c) Haloperidol.
- d) Tiapride. *
- e) Olanzapina.

→ tiaprizal/tiapride = antipsicótico típico + agitación + privación alcohólica + cuadros delirios.

. Llega al Servicio de Urgencias una mujer de 25 años muy abatida y con bajo peso que refiere dificultades para deglutir que le produce babeo desde hace 2 horas. Nos relata que desde que rompió con su pareja hace 1 semana a penas come, no duerme y se pasa el día llorando. Ante la disminución de peso por los vómitos que le provoca la situación de angustia su madre la llevó al médico de cabecera que le pautó un medicamento común antiemético (metoclopramida -Primperán-) ¿Qué afirmación es la cierta de las siguientes? (2024 enero)

- a) Lo primero es darle un alprazolam sublingual para que se tranquilice.
 - b) Su tratamiento es biperideno. *
 - c) Se trata de una acatisia.
 - d) Estamos ante una Agitación situación reactiva que puede ceder con una entrevista empática y apoyo social y si no recurrir a benzodiacepinas.
 - e) Debemos iniciar un tratamiento antidepresivo ante la clínica que presenta.
- biperidino = corrector efectos extrapiramidales.

S9-10: PELÍCULA “UN HILO DE ESPERANZA”

. Varón de 43 años con diagnóstico de Esquizofrenia, en tratamiento con clozapina. Es posible que presente los siguientes efectos secundarios: (2024 enero)

- a) Sialorrea.
- b) Incontinencia urinaria.
- c) Agranulocitosis.
- d) Todos los anteriores. *
- e) Ninguno de los anteriores.