



**1ª PRUEBA:** CUESTIONARIO TEÓRICO  
**2ª PRUEBA:** CUESTIONARIO PRÁCTICO

**ACCESO:** LIBRE

**CATEGORÍA:** FEA PSIQUIATRIA

**CONCURSO-OPOSICIÓN PARA CUBRIR PLAZAS BÁSICAS VACANTES:**

Resolución de 13 de abril de 2015 (BOJA núm. 74, 20 de abril)

**ADVERTENCIAS:**

- Compruebe que en su «**Hoja de Respuestas**» están sus datos personales, que son correctos, y **no olvide firmarla**.
- El **tiempo de duración de las dos pruebas** es de **tres horas**.
- **No abra** el cuadernillo hasta que se le indique.
- Para abrir este cuadernillo, rompa el precinto.
- Si observa alguna anomalía en la impresión del cuadernillo, solicite su sustitución.
- Este cuadernillo incluye las preguntas correspondientes a la «1ª PRUEBA: CUESTIONARIO TEÓRICO» y «2ª PRUEBA: CUESTIONARIO PRÁCTICO».

**1ª PRUEBA: CUESTIONARIO TEÓRICO**

- Esta prueba consta de 100 preguntas, numeradas de la 1 a la 100, y 3 de reserva, situadas al final del cuestionario, numeradas de la 151 a la 153.
  - Las preguntas de esta prueba deben ser contestadas en la «Hoja de Respuestas», numeradas de la 1 a la 100.
  - Las preguntas de reserva deben ser contestadas en la zona destinada a «Reserva» de la «Hoja de Respuestas», numeradas de la 151 a la 153.
- Todas las preguntas de esta prueba tienen el mismo valor.
- Las contestaciones erróneas se penalizarán con  $\frac{1}{4}$  del valor del acierto.

**2ª PRUEBA: CUESTIONARIO PRÁCTICO**

- Esta prueba consta de 50 preguntas, numeradas de la 101 a la 150.
  - Las preguntas de esta prueba deben ser contestadas en la «Hoja de Respuestas», numerada de la 101 a la 150.
- Todas las preguntas de esta prueba tienen el mismo valor.
- Las contestaciones erróneas se penalizarán con  $\frac{1}{4}$  del valor del acierto.

- Todas las preguntas tienen 4 respuestas alternativas, siendo sólo una de ellas la correcta.
- Solo se calificarán las respuestas marcadas en su «Hoja de Respuestas».
- Compruebe siempre que el número de respuesta que señale en su «Hoja de Respuestas» es el que corresponde al número de pregunta del cuadernillo.
- Este cuadernillo puede utilizarse en su totalidad como borrador.
- No se permite el uso de calculadora, libros ni documentación alguna, móvil ni ningún otro dispositivo electrónico.

**SOBRE LA FORMA DE CONTESTAR SU «HOJA DE RESPUESTAS», LEA MUY ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES QUE FIGURAN AL DORSO DE LA MISMA.**

**ESTE CUESTIONARIO DEBERÁ ENTREGARSE EN SU TOTALIDAD AL FINALIZAR EL EJERCICIO.** Si desean un ejemplar pueden obtenerlo en la página web del SAS ([www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud)).

- 1 La competencia que el actual Estatuto de Autonomía de Andalucía reconoce a nuestra Comunidad Autónoma en materia de sanidad interior está calificada en dicho Estatuto como:**
- A) Compartida
  - B) Delegada
  - C) Autónoma
  - D) Exclusiva
- 2 El IV Plan Andaluz de Salud afronta seis “compromisos”. Entre ellos no se encuentra el compromiso de:**
- A) Reducir las desigualdades sociales en salud
  - B) Aumentar la esperanza de vida en buena salud
  - C) Fomentar la gestión del conocimiento e incorporación de tecnologías con criterios de sostenibilidad para mejorar la salud de la población
  - D) Fomentar la gestión del conocimiento e incorporación de tecnologías con criterios de eficiencia para mejorar la rentabilidad de los recursos en salud
- 3 El Estatuto Marco del personal estatutario tipifica “La grave agresión a cualquier persona con la que se relacionen en el ejercicio de sus funciones” como una falta:**
- A) No existe tipificación en dichos términos
  - B) Falta leve
  - C) Falta grave
  - D) Falta muy grave
- 4 La Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente, establece en su art. 3 una serie de definiciones legales. Aquella que se identifica como “el soporte de cualquier tipo o clase que contiene un conjunto de datos e informaciones de carácter asistencial” se corresponde con el concepto de:**
- A) Datos clínicos
  - B) Información clínica
  - C) Historia clínica
  - D) Documentación clínica

**5 En relación a la organización de la prevención de riesgos laborales en los Centros asistenciales del SAS y dependencia de la Unidad de Prevención, indica la respuesta correcta:**

- A) Los centros asistenciales en los que se ubiquen las Unidades de Prevención, asumen entre sus funciones la de prestar a todos los demás centros del Área de Prevención la asistencia y asesoramiento que la misma tiene encomendada para la adecuada protección de la seguridad y salud de los trabajadores
- B) Cada Unidad de Prevención dependerá directamente de la Dirección-Gerencia del Hospital o de la Dirección del Distrito de Atención Primaria en que la misma se ubica
- C) A y b son correctas
- D) Cada Unidad de Prevención dependerá directamente de la Dirección competente en materia de Recursos Humanos del Hospital o de la Dirección del Distrito de Atención Primaria en que la misma se ubica

**6 El plan de calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2010-2014 plantea tres escenarios sobre los que se diseñan las líneas de acción quedan contenido al conjunto del plan: ciudadanos, profesionales y espacio compartido. Dentro de los objetivos marcados para los profesionales se encuentran:**

- A) Reforzar el compromiso, la autonomía y participación del profesional en su desarrollo competencial y la gestión de su conocimiento
- B) El profesional se constituye en agente facilitador del paciente en el recorrido por el sistema sanitario, en el desarrollo efectivo de los derechos y en la utilización de los servicios en el marco de la corresponsabilidad
- C) Desarrollar la estrategia en I+D+I ampliando su desarrollo a nuevas expectativas, como generadora de conocimiento y motor del desarrollo de Andalucía
- D) Todas son ciertas

**7 Según el Decreto 197/2007 de 3 de Julio por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los Servicios de Atención Primaria de Salud en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud, la Dirección de la Unidad de gestión Clínica:**

- A) En cada Unidad de Gestión Clínica existirá una Dirección que tendrá rango de cargo intermedio y dependerá directamente del Director de Salud del Distrito
- B) Su función es la de distribuir las actividades y los recursos económicos asignados
- C) Debe hacer efectiva la participación ciudadana en el ámbito de la Unidad de Gestión Clínica a través de los mecanismos establecidos por la Consejería competente en materia de Salud
- D) Todas son ciertas

**8 A propósito de voluntades vitales anticipadas de una persona:**

- A) A este documento tienen acceso los profesionales sanitarios, que se encuentren a cargo de su proceso clínico, aún con el paciente lúcido
- B) El derecho a realizar la declaración de voluntad vital anticipada puede ejercerlo toda persona mayor de edad, menor emancipada o aquella otra incapacitada judicial si no lo determina expresamente la resolución de incapacidad
- C) Los profesionales sanitarios no pueden consultar la Voluntad Vital de personas inscritas en otras Comunidades Autónomas
- D) El registro de voluntades puede hacerse exclusivamente en la Delegaciones de Salud

**9 En un estudio de investigación la pregunta a investigar debe reunir las siguientes características excepto:**

- A) Factibilidad
- B) Interesante para el investigador
- C) Ética y relevante
- D) Debe ser lo más amplia posible

**10 A una paciente inmigrante de 23 años sin antecedentes patológicos relevantes, que proviene de Rumanía y que no recuerda si ha sido vacunada, ¿que vacuna le administraría?**

- A) Solamente la del tétanos porque ya no es una adolescente
- B) Tétanos y difteria
- C) Tétanos, difteria, triple vírica y polio oral
- D) Tétanos, difteria, triple vírica y polio inactivada

**11 La gestión clínica en el Servicio Andaluz de Salud es un proceso de rediseño organizativo que permite incorporar a los profesionales en la gestión de los recursos utilizados en su propia práctica clínica.**

**En las Unidades de Gestión Clínica la actividad se desarrolla de acuerdo a diferentes objetivos, entre los que destacan:**

- A) Disminución del gasto farmacéutico
- B) Mejor control presupuestario
- C) Fomentar la implicación de los profesionales sanitarios en la gestión de los centros
- D) Ninguna es correcta

**12 ¿Cual de las siguientes herramientas resulta menos útil en la toma de decisiones sobre estrategias terapéuticas desde el enfoque de la gestión clínica?**

- A) La medicina basada en la evidencia
- B) Los informes de evaluación tecnológica
- C) La experiencia profesional individual
- D) Las búsquedas sistemáticas de información: Pubmed, Cochrane

**13 En relación con las habilidades comunicativas de los médicos:**

- A) No pueden ser evaluadas con métodos objetivos
- B) Mejoran la adherencia de los pacientes al tratamiento prescrito
- C) Se correlaciona con sus conocimientos científicos
- D) Se basan exclusivamente en la capacidad de comunicación oral

**14 El Plan andaluz del ataque cerebral agudo (PLACA). La activación del código ictus se realiza de acuerdo a los siguientes criterios. Señale la respuesta correcta:**

- A) Edad inferior a 85 años
- B) Situación previa al episodio de autosuficiencia
- C) La situación de coma, invalida la activación del código ICTUS
- D) Tiempo de evolución inferior a seis horas. Documentado por testigos

**15 El Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2010-2014. En las estrategias de desarrollo, contempla los siguientes escenarios, excepto:**

- A) Los ciudadanos
- B) La organización sanitaria
- C) Los profesionales
- D) La integración con el Sistema Nacional de Salud para la mejor cohesión y calidad del sistema sanitario

**16 En los aspectos diferenciales entre psicopatología y psiquiatría, "ES CIERTO", que:**

- A) La psicopatología es una ciencia en sí misma
- B) La atención de la psicopatología se centra en el hombre enfermo, indivisible por definición y solo accesible con un enfoque holístico
- C) La psicopatología se centra en el caso morboso individual
- D) La psiquiatría tiene por objeto el establecimiento de reglas y conceptos generales

**17 Diga cual de los siguientes enunciados, respecto al concepto de parafrenia, es correcto:**

- A) Las parafrenias se describieron inicialmente como un proceso mal definido, deteriorante, que se situaba entre las esquizofrenias paranoides y las psicosis con delirios mal sistematizados
- B) El término Parafrenia fue inicialmente creado por Karl L. Kahlbaum y descrito posteriormente por E. Kraepelin
- C) Eugen Bleuler introdujo el término Parafrenia en 1908
- D) Las respuestas A y B son correctas

**18 ¿Cual de las siguientes afirmaciones referida a los tipos de delirio es falsa?**

- A) El Delirio de Cotard es un delirio nihilista
- B) El Síndrome de Sosias o Síndrome de Capgras es un delirio de falsa identificación
- C) El síndrome de Ekbom es un delirio de infestación
- D) El síndrome de Clerambault es un delirio de autoinculpación

**19 Con respecto a la denominada antipsiquiatría, se suele aceptar que su mayor aportación ha sido:**

- A) Su papel como revulsivo dinamizador para otros modelos (médico, psicoanalítico,...), los cuales flexibilizaron sus límites e incorporaron aspectos psicológico-sociales
- B) La bondad del método antipsiquiátrico para establecer la diferenciación entre los aspectos éticos de la enfermedad mental y los aspectos puramente técnicos
- C) Está universalmente admitido que la antipsiquiatría no ha aportado nada trascendente a la Salud Mental, teniendo únicamente un valor anecdótico de tipo histórico-sociológico
- D) La demostración de la posibilidad racional de reintegración social de la práctica totalidad de pacientes psiquiátricos institucionalizados, hecho reflejado en el éxito de la reforma italiana liderada, entre otros, por Basaglia

**20 Sobre el estigma en salud mental:**

- A) La interacción y los contactos sociales son unas de las estrategias más útiles para afrontarlo
- B) Es independiente del diagnóstico clínico que tenga la persona
- C) España es un país pionero en estudios de investigación sobre el estigma
- D) Los psiquiatras deben asumir el protagonismo de la lucha contra el estigma

**21 Según la escuela de psicopatología de Cambridge, ¿que dimensiones hay que tener en cuenta en la formación de los constructos psicopatológicos?**

- A) El comportamiento
- B) El concepto
- C) El nombre
- D) Todas ellas

**22 El movimiento denominado "mesmerismo" aportó a la psicopatología:**

- A) El concepto de neurosis
- B) La necesidad de proporcionar un tratamiento humanitario a los pacientes
- C) La idea de que las enfermedades mentales tenían un sustrato orgánico
- D) La noción de una vida mental no consciente

- 23 En el "dejá vu" ¿que aspecto relacionado con la memoria está afectado fundamentalmente?**
- A) la evocación
  - B) el registro
  - C) la retención
  - D) el reconocimiento
- 24 Dentro de los Trastornos Formales del Pensamiento uno de los siguientes términos refleja el concepto de Cameron de incapacidad del paciente esquizofrénico para establecer conexiones adecuadas entre pensamientos sucesivos. Identifíquelo:**
- A) circunstancialidad
  - B) glosolalia
  - C) asindesis
  - D) perseveración
- 25 ¿En que área psicopatológica se ubica la ecopraia?**
- A) Atención y voluntad
  - B) Psicomotricidad
  - C) Esquema corporal
  - D) Inteligencia
- 26 Una de las siguientes definiciones "NO ES CORRECTA":**
- A) Ecopraxia: Repetición en eco de los movimientos realizados por el examinador
  - B) Coreia: Movimiento voluntario, rápido, regular y predominantemente proximal
  - C) Temblor: Movimientos rítmicos, involuntarios y regulares que aparecen en una parte del cuerpo alrededor de un punto fijo
  - D) Tics: Movimientos rápidos, repetitivos en el mismo grupo muscular, involuntarios e irregulares en el tiempo
- 27 La "sitiofobia selectiva" es:**
- A) Una forma especial de rechazo alimentario en la que el individuo se niega a la ingesta de determinados alimentos en determinadas circunstancias
  - B) Un temor normal de características fóbicas u obsesivas a lugares específicos
  - C) Un temor frecuente a determinados lugares en determinadas circunstancias
  - D) Un temor infrecuente al lugar en el que el individuo ha sufrido un trauma

**28 Diga cual de las siguientes definiciones de Alucinación no es correcta:**

- A) Percepciones corpóreas engañosas que no han surgido de percepciones reales por transformación, sino que son enteramente nuevas y se presentan junto y simultáneamente a las percepciones reales (Jaspers, 1980)
- B) Alucinar es aquel tipo de denotación anómala de objetos internos que convierte a estos en objetos externos (Castilla del Pino, 1984)
- C) Errores sensoriales como las experiencias hipnagógicas visuales y auditivas que ocurren en sujetos normales en estado de duermevela y que se experimentan con una falta de claridad y objetividad que hace que las personas posean conciencia de la irrealidad o carácter fantástico de aquellas (Hagen, 1868)
- D) Descripciones verbales de experiencias "sensoriales", con o sin insight, que no están justificadas por un estímulo relevante (Berrios, 1996)

**29 Plutchik y Van Praag (1989) conciben la conducta suicida y violenta como el resultado final de un impulso agresivo que se activa bajo determinadas condiciones. En relación a este modelo, señale la respuesta correcta:**

- A) Incluye entre los factores que dirigen la agresividad hacia la conducta suicida, la ansiedad, la ira, la tristeza y la impulsividad
- B) Incluye entre los factores que dirigen la agresividad hacia la conducta violenta, la ira, el enojo, el resentimiento y la impulsividad
- C) Sostienen que la base neuroquímica puede ser la desregulación del sistema serotoninérgico
- D) Todas son ciertas

**30 El "humor mórico" se presenta como una euforia insulsa, vacía y superficial con escasa irradiación afectiva, contacto viscoso, discurso perseverante y tendencia a la desinhibición sexual. Es característico de:**

- A) Esquizofrenia hebefrénica
- B) Lesiones del lóbulo frontal
- C) Oligofrenia
- D) Trastorno de personalidad antisocial

**31 Son dimensiones de la conciencia ( por oposición a la inconsciencia):**

- A) la vigilancia, la lucidez y la atención
- B) la lucidez, la percepción y la vigilancia
- C) el sueño, la vigilancia y la percepción
- D) la autoconciencia, la vigilancia y la lucidez



- 32 Dentro de la concepción psicoanalítica de la personalidad, el temperamento se asocia a:**
- A) El self
  - B) El Yo
  - C) El Ello
  - D) A y B son verdaderas
- 33 Dentro de las tendencias nosológicas psiquiátricas una orientación menos clasificatoria es la que aboga por trastornos cambiantes, como la descripción de la "psicosis única", debida a qué autor:**
- A) Meninger
  - B) Llopis
  - C) Pichon Riviere
  - D) López Ibor
- 34 La principal diferencia entre signo y síntoma es:**
- A) Signo es un indicador objetivo de un proceso orgánico y síntoma es un indicador subjetivo de un proceso orgánico y/o funcional
  - B) Signo es un indicador subjetivo y síntoma es un indicador objetivo del mismo proceso
  - C) El signo explica la enfermedad, el síntoma sólo la describe
  - D) Signo es un indicador de un proceso cognitivo y síntoma es un indicador de un proceso orgánico
- 35 En el siguiente fragmento de entrevista psiquiátrica ¿qué está haciendo el profesional?**  
**"Dice que para usted sólo es una amiga, pero también que no puede soportar la idea de que tenga relaciones sexuales con otra persona":**
- A) Recapitular
  - B) Parafrasear
  - C) Confrontar
  - D) Interpretar
- 36 En relación a la actitud del entrevistador respecto al paciente, nos permite realizar una exploración correcta:**
- A) Tener una actitud competitiva con el paciente con la intención de controlar y dominar la entrevista
  - B) No considerar las indicaciones del paciente o la familia, dada su no formación en psiquiatría
  - C) Dejar claro desde el principio quien es el médico y quien el paciente
  - D) Crear un clima de calidez y confianza

- 37 Dentro de los procedimientos de neuroimagen funcional ¿Qué técnica se está imponiendo en el estudio de la actividad cerebral de disitintos trastornos psiquiátricos por su escasa invasividad y su alta resolución temporoespacial?**
- A) Resonancia magnética funcional (RMf)
  - B) Tomografía computarizada por emisión de fotón único (SPECT)
  - C) Tomografía por emisión de positrones (PET)
  - D) Imagen mediante tensor de difusión (DTI)
- 38 Señalar la respuesta correcta en relación al síndrome neuroléptico maligno:**
- A) Se caracteriza por una triada característica: hipertension arterial, convulsiones y sudoración profusa
  - B) Los factores de riesgo son: edad avanzada, sexo femenino y diagnóstico de trastorno afectivo simultaneo
  - C) Los factores de riesgo son: agitacion aguda, juventud, sexo masculino, incapacidad neurologica previa, enfermedad física, deshidratación, aumento rápido de la dosis de antipsicótico, administración de fármacos de alta potencia y de preparados intramusculares
  - D) La asociación de Litio al tratamiento antipsicótico disminuye la probabilidad de que se produzca un síndrome neuroléptico maligno
- 39 ¿Los estudios de qué afamado psiquiatra avalan el concepto de recuperación en la psicosis, al encontrar mejoría y normalización en una parte significativa de sus pacientes?**
- A) Kraepelin
  - B) Bleuler
  - C) Jasper
  - D) Ey
- 40 Con respecto al diagostico en el niño de edad escolar (6-11 años) ¿cuáles de las siguientes vías de obtención de información no están indicadas?**
- A) Vías lúdicas
  - B) Vías plásticas
  - C) Vías dramáticas
  - D) Pruebas autoaplicadas

- 41 Los resultados de estudios familiares en gemelos y en niños adoptados ponen de manifiesto la importancia del componente genético en el desarrollo de la esquizofrenia. Señale la respuesta errónea de las siguientes:**
- A) Los gemelos monocigóticos son significativamente más concordantes que los dicigóticos para la esquizofrenia
  - B) En los familiares de enfermos esquizofrénicos aumenta el riesgo de desarrollar la enfermedad cuanto más cercano sea el grado de parentesco
  - C) El riesgo aumentado de desarrollar la enfermedad de los hijos de enfermos esquizofrénicos no disminuye aunque sean adoptados y criados por padres adoptivos que no padecen la enfermedad
  - D) Se observa una cosegregación familiar entre la esquizofrenia y el trastorno afectivo bipolar
- 42 La depresión tardía se presenta en personas de edad avanzada y, aunque no es una condición normal del envejecimiento, su prevalencia oscila entre el 4 y 30% en personas que viven independientemente, que viven en residencias o que están hospitalizadas. ¿Cuál "NO" es una característica de la depresión tardía?**
- A) Alteración en el procesamiento emocional
  - B) Menor presencia de síntomas somáticos
  - C) Frecuentes quejas o déficits cognitivos
  - D) Alteraciones anatomofuncionales
- 43 ¿Con qué término se ha designado la siguiente situación familiar: Una madre tiene una experiencia repetida de comunicación con su hijo en la que emite un primer mandato prohibitivo o amenazador, un segundo mandato en conflicto con el anterior y un tercer mandato que impide a la víctima escapar de esa situación?**
- A) Pseudomutualidad
  - B) Doble vínculo
  - C) Irracionalidad familiar
  - D) Madre esquizofrenógena
- 44 ¿Cómo se denomina la condición de abuso de poder sin provocación y con intencionalidad, por parte de uno o más niños para infligir dolor o causar distrés a otro niño en repetidas ocasiones?**
- A) Bullying
  - B) Abuso escolar
  - C) Abuso emocional
  - D) Abuso laboral

- 45 Los estudios realizados con mujeres maltratadas encuentran que éstas tienen mayor prevalencia de: "señale la respuesta ERRÓNEA":**
- A) Trastornos de la conducta alimentaria
  - B) Síndrome de estrés postraumático, crisis de ansiedad, fobias
  - C) Abuso de sustancias
  - D) Depresión y riesgo de suicidio
- 46 ¿Que afirmación es "FALSA" con respecto a la fase de encrucijada y el proceso de adaptación de la emigración?**
- A) Se caracteriza por la ambivalencia
  - B) Puede darse a lo largo de todo el proceso
  - C) No se deben mantener lazos con su comunidad de origen
  - D) Se asocia con el sentimiento de añoranza
- 47 Señala la respuesta correcta respecto al 'Amok' (síndromes vinculados a la cultura):**
- A) Es el miedo a la muerte súbita propia o de familiares, asociado a la creencia de que puede acontecer por ruptura de algún tabú, por una maldición y por actos de brujería
  - B) Es característico de la cultura mediterránea y se da sobre todo en niños y mujeres. Se atribuye a la capacidad o poder que tienen algunas personas en la mirada causando el mal a la persona envidiada por alguna característica o posesión
  - C) Se trata de un síndrome psiquiátrico cuyo síntoma principal es el pánico agudo o reacción de ansiedad, a causa del miedo a la retracción de los genitales
  - D) Se trata de un ataque indiscriminado de homicidio en masa. El individuo en un estado semejante al disociativo empieza a correr sin cesar destruyendo todo lo que encuentra a su paso
- 48 La Terapia personal (Hogarty) es un programa global de intervención, basado en modelos de vulnerabilidad, que integra diferentes técnicas para favorecer la conciencia de la vulnerabilidad personal y mejorar el control de factores personales y del entorno. Cual de los siguientes enunciados con respecto a esta terapia es cierto:**
- A) Está indicada como terapia de intervención en las crisis agudas de la enfermedad en pacientes con esquizofrenia
  - B) Es un programa terapéutico que se desarrolla como terapia familiar integrada
  - C) Tiene evidencia experimental consistente en cuanto a su efecto en la prevención de recaídas, la mejora del insight, la expresión emocional y el funcionamiento personal de personas con esquizofrenia
  - D) No hay evidencia de su eficacia, pero es útil en los trastornos generalizados del desarrollo

- 49 Respecto a las 'psicoterapias con soporte empírico' o 'psicoterapias validadas', enunciamos a continuación varios aspectos en discusión a la hora de considerarlas con el mismo nivel de validez que en el caso de la medicina basada en la evidencia. Señale la respuesta correcta:**
- A) El empleo del ensayo clínico aleatorizado como método exclusivo de la evaluación de la eficacia de una psicoterapia; es una condición necesaria pero no suficiente
  - B) Tomar como objeto de intervención los diagnósticos clínicos, generalmente DSM. En psicoterapia, bajo un mismo diagnóstico clínico se pueden encontrar las más variadas estructuras psíquicas
  - C) El uso que se puede hacer del catálogo 'psicoterapias con soporte empírico' por partes interesadas, que negaría eficacia al resto, no financiándolas ni permitiendo su uso y desarrollo
  - D) Todas son correctas
- 50 Con respecto a la epidemiología del trastorno límite de personalidad, ¿cual de las siguientes afirmaciones es correcta?**
- A) Tiene una prevalencia del 10% de la población general
  - B) Se asocia con antecedentes familiares de esquizofrenia
  - C) Es tres veces más frecuente en mujeres
  - D) El diagnóstico por encima de los 32 años implica menos gravedad del trastorno
- 51 Señale la respuesta correcta respecto al suicidio en la esquizofrenia:**
- A) Se estima que alrededor del 80 % de los pacientes con esquizofrenia intenta suicidarse
  - B) Los índices de suicidio consumado en pacientes con esquizofrenia oscilan entre el 10% y el 15%
  - C) El riesgo es menor en pacientes jóvenes
  - D) El riesgo es el doble en mujeres que en varones
- 52 Cuales de los siguientes antipsicóticos sería de elección en una persona con diagnóstico de enfermedad de Parkinson y síntomas psicóticos?**
- A) Olanzapina
  - B) Risperidona
  - C) Haloperidol
  - D) Clozapina
- 53 ¿En la intoxicación idiosincrática por alcohol cual de las siguientes afirmaciones es "FALSA"?**
- A) Se caracteriza por la presencia de conductas impulsivas y agresivas
  - B) Suele acabar con sueño prolongado
  - C) Existe un claro recuerdo de los episodios
  - D) La edad es un factor predisponente

- 54 En el trastorno de ideas delirantes, ¿ cuál de las siguientes entidades diagnósticas está incluida?**
- A) Parafrenia tardía
  - B) Psicosis paranoide psicógena
  - C) Trastorno paranoide de la personalidad
  - D) Reacción paranoide
- 55Cuál de las siguientes afirmaciones "NO ES CIERTA" para el trastorno bipolar?**
- A) Se presenta con la sucesión de fases depresivas y maníacas, aunque pueden presentarse intervalos de normalidad
  - B) La TEC (terapia electroconvulsiva) es indicación terapéutica en el trastorno bipolar en casos de manía grave o resistente al tratamiento
  - C) La herencia admitida en el trastorno bipolar es de tipo autosómico dominante con penetrancia incompleta
  - D) El tratamiento del trastorno bipolar con carbonato de litio está indicado tanto en fase maníaca como para una terapéutica profiláctica
- 56 La razón básica por la que las pruebas de laboratorio (p.e., la prueba de supresión de dexametasona) no se utilizan para el diagnóstico de depresión es que:**
- A) Tienen demasiada poca sensibilidad
  - B) Tienen demasiada especificidad
  - C) Son muy costosas
  - D) No pueden superar a la entrevista clínica
- 57 Los llamados Trastornos de Despersonalización tienen como elemento nuclear las experiencias de extrañeza e irrealidad. Junto a ella se suelen manifestar otros componentes del cuadro. Señalar cuál de los siguientes NO constituye un elemento de los Trastornos de Despersonalización:**
- A) El sentimiento de automatización
  - B) La pérdida de la introspección
  - C) La autoobservación
  - D) La ausencia de subjetividad emocional
- 58 En qué trastorno de ansiedad la CIE 10 define como un criterio diagnóstico uno de los síntomas siguientes: Ruborización, miedo a vomitar, necesidad imperiosa o temor a orinar o defecar:**
- A) Trastorno de pánico(ansiedad paroxística episódica)
  - B) Fobias sociales
  - C) Agorafobia
  - D) Trastorno de ansiedad generalizada

- 59 El llamado "espectro obsesivo compulsivo" engloba un conjunto de trastornos que comparte con el Trastorno Obsesivo Compulsivo características clínicas, demográficas, etiológicas y farmacológicas. ¿Cual de los siguientes trastornos NO pertenece a este espectro:**
- A) Hipocondría
  - B) Trastornos del control de los impulsos
  - C) Agorafobia
  - D) Trastornos de la conducta alimentaria
- 60 ¿Cuál de los siguientes enunciados es correcto con respecto a los trastornos disociativos?**
- A) Los síntomas fluctúan en relación con el nivel de estrés
  - B) Los síntomas agudos suelen empeorar con tranquilizantes
  - C) Se produce una pérdida de memoria tanto de material relevante como irrelevante para la persona (episódica y semántica)
  - D) La memoria a corto plazo está más deteriorada que la memoria a largo plazo
- 61 En el Proceso Asistencial Integrado "Ansiedad, depresión y somatizaciones", el Plan Consensuado de Tratamiento (PCT):**
- A) Incluye la valoración de la comprensión del paciente sobre como funciona la terapia
  - B) Se comienza a elaborar en Atención Primaria y se sigue en la Unidad de Salud Mental Comunitaria si hay derivación del caso
  - C) Se elabora en un espacio de interconsulta Atención Primaria- USMC
  - D) Debe realizarse en el plazo de 30 días a partir de la primera visita con el facultativo de la USMC
- 62 Según la CIE-10, la preocupación persistente por la posibilidad de tener una o más enfermedades somáticas graves progresivas, puesta de manifiesto por la presencia de quejas somáticas persistentes o por preocupaciones persistentes sobre el aspecto físico, es característica de:**
- A) Disfunción vegetativa somatomorfa
  - B) Trastorno hipocondriaco
  - C) Trastorno dismórfico
  - D) Trastorno de somatización
- 63 La presencia de conductas de hipervigilancia corporal, con aumento del escrutinio y focalización en sensaciones corporales desagradables, caracteriza según Barsky a las personas con un trastorno:**
- A) De somatización
  - B) Hipocondríaco
  - C) De pánico
  - D) De la conducta alimentaria

- 64 En el Trastorno por Estrés Post Traumático, de las siguientes características relativas al hecho traumático hay una que psicológicamente se considera especialmente traumatizante. Se relaciona con que el trauma sea:**
- A) Repentino
  - B) Prolongado
  - C) Repetitivo
  - D) Intencional
- 65 Sobre la disforia de género ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?**
- A) Su tratamiento integral puede realizarse actualmente dentro del sistema público en todas las comunidades autónomas de España
  - B) En la mayoría de los casos la evolución del trastorno de aparición en la infancia es hacia la persistencia de la transexualidad en la adolescencia y edad adulta
  - C) El 20% de los casos presentan alteraciones cromosómicas, genitales u hormonales de algún tipo
  - D) La identidad sexual o de género se desarrolla en los primeros años de vida por lo que las causas de la disforia de género deben estar presentes antes de dicha edad
- 66 ¿Cuál de los siguientes "NO" es un criterio de hospitalización en los casos de Anorexia Nerviosa?**
- A) Bajada de peso persistente (25-30%) en menos de 3 meses o un porcentaje mayor en forma progresiva
  - B) Albúmina sérica < 2,5 ml ó transferrina < 100 mg/dl
  - C) Índice talla/ creatinina >60%
  - D) Trastornos hidroelectrolíticos severos (hipopotasemia, hipofosfatemia)
- 67 Señale cual de las siguientes "NO" se considera una característica común en los trastornos del control de impulsos:**
- A) Incapacidad para resistirse a la tentación de llevar a cabo una acción que perjudica al sujeto o a otras personas
  - B) Antes de llevar a cabo la acción aparece un aumento de activación
  - C) Durante el acto impulsivo, se experimenta una sensación de placer, liberación o gratificación
  - D) Después de ejecutar la acción no hay arrepentimiento, autoreproches o sentimientos de culpa
- 68 ¿Que medida está indicada dentro de la higiene del sueño?**
- A) Levantarse todos los días a la misma hora
  - B) Acostarse todos los días a la misma hora
  - C) Realizar ejercicio por la mañana
  - D) Comer abundantemente en la cena



**69 En relación al trastorno personalidad por dependencia, ¿cúal de las siguientes afirmaciones es cierta?**

- A) La principal diferencia con el trastorno de personalidad por evitación es que los sujetos evitativos restringen sus relaciones sociales mientras los dependientes buscan relaciones para depender
- B) La comorbilidad más elevada en patologías del eje II del DSM es con el trastorno esquizoide ya que ambos constituyen estructuras con fijaciones orales y presentan tendencia al repliegue social
- C) La comorbilidad más elevada con trastornos del eje I del DSM es, al igual que otros trastornos de personalidad del grupo C, con la esquizofrenia, los trastornos disociativos y somatomorfos
- D) Por la tendencia a establecer relaciones de dependencia, en estos pacientes no es recomendable una psicoterapia individual sistemática y es mejor un abordaje grupal o familiar

**70 ¿Cuál de las siguientes características "NO" es típica del trastorno de personalidad por inestabilidad emocional?**

- A) Incapacidad para desarrollar empatía
- B) Amenazas, o intentos, de actos autolesivos
- C) Dificultades o incapacidad para planificar o preveer acontecimientos futuros
- D) Humor inestable y voluble

**71 La depresión incrementaría el riesgo de recaída y mortalidad de la enfermedad coronaria por :**  
**(una de las siguientes es "FALSA"; identifíquela):**

- A) Porque la depresión incrementa el incumplimiento del tratamiento de ambos procesos (depresión y enfermedad coronaria)
- B) Porque la fracción de eyección del ventrículo izquierdo está disminuida en la depresión
- C) Porque la depresión incrementa la agregabilidad plaquetaria
- D) Porque la función del endotelio podría estar dañada o comprometida en la depresión

**72 ¿Cúal de las siguientes respuestas es correcta como recomendación de tratamiento en niños y adolescentes con trastorno bipolar?**

- A) En pacientes niños y adolescentes con TB I se recomienda el uso de Aripiprazol para el tratamiento agudo de las fases maníacas o mixtas, a pesar de existir riesgo de desarrollo de síntomas extrapiramidales y (aunque en un porcentaje menor) de reagudización de manía
- B) En pacientes niños y adolescentes con TB I se recomienda el uso de risperidona para el tratamiento agudo de los episodios maníacos o mixtos, teniendo en cuenta el riesgo de aumento de los niveles de prolactina y de peso
- C) En pacientes niños y adolescentes con TB I se recomienda el uso de quetapina para el tratamiento agudo de los episodios maníacos o mixtos
- D) Todas son correctas

- 73 Con respecto al insomnio en las personas mayores ¿cual de las afirmaciones "NO ES VERDADERA"?**
- A) El insomnio es más frecuente en los ancianos que en cualquier otro grupo etario
  - B) La apnea del sueño es común
  - C) El insomnio primario es relativamente raro, la mayor parte de las quejas relacionadas con el sueño son atribuibles a enfermedades sistémicas
  - D) El trastorno de ciclo sueño-vigilia es frecuente
- 74 ¿ De las siguientes señales de alerta de autismo cual corresponde a una edad más temprana, en menores de 12 meses?**
- A) Falta de interés en juegos interactivos simples
  - B) No responde cuando se le llama
  - C) No suele mostrar objetos
  - D) No mira hacia donde otros señalan
- 75 ¿Cuál de los siguientes tratamientos farmacológicos "NO" están indicados en un adolescente con trastorno bipolar?**
- A) Metilfenidato
  - B) Olanzapina
  - C) Carbonato de Litio
  - D) Lamotrigna
- 76 Señalar cual de las siguientes afirmaciones es "FALSA" en relación a la enuresis:**
- A) Se considera que la enuresis es primaria si el niño nunca se ha mantenido seco por un período mayor o igual a 6 meses
  - B) Se considera que la enuresis es secundaria si la enuresis aparece después de un período seco de al menos 6 meses
  - C) Se considera que la enuresis es monosintomática si no existen síntomas diurnos que sugieran patología neurológica o urológica de base
  - D) La enuresis se considera no monosintomática si coexiste con otras enfermedades que alteren o no la función del aparato urinario (por ejemplo, asma, diabetes mellitus)
- 77 Respecto al tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en la infancia y adolescencia, señale la respuesta "ERRÓNEA":**
- A) Los ISRS son el tratamiento farmacológico más aceptado
  - B) Las benzodiazepinas han demostrado su eficacia en estudios sistematizados para su uso en los trastornos de ansiedad de niños y adolescentes
  - C) El tratamiento de elección es la psicoterapia cognitivo-conductual
  - D) El tratamiento farmacológico debe plantearse para los trastornos de ansiedad de intensidad moderada-grave o cuando ha fracasado la psicoterapia

**78 Con respecto a los terrores nocturnos, es cierto:**

- A) Existe una causa orgánica que lo motiva
- B) Los episodios ocurren principalmente durante el último tercio del sueño
- C) Los recuerdos del acontecimiento son muy precisos
- D) La duración del episodio es menor de 10 minutos

**79 ¿Que tratamiento de los siguientes "NO" esta indicado en el trastorno de Gilles de la Tourette?**

- A) Haloperidol
- B) Fluoxetina
- C) Clonazepam
- D) Clonidina

**80 ¿Que % de éxito tiene el sistema de alarma como único tratamiento y de primera elección en la enuresis infantil?**

- A) 25%
- B) 45%
- C) 65%
- D) 85%

**81 Dentro de los trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje según la CIE-10:**

- A) Se incluye el tartamudeo
- B) Se incluyen trastornos atribuibles a anomalías neurológicas o a deterioros sensoriales
- C) El síndrome de Landau-Kleffner o Afasia adquirida con epilepsia es un trastorno de la comprensión y de la expresión del lenguaje que presenta el niño después de una normal adquisición del mismo
- D) La mitad de los casos se asocian con retraso mental

**82 Según el Proceso Asistencial Integrado Trastorno Mental Grave, en el tratamiento farmacológico de la esquizofrenia y trastornos relacionados (señalar la respuesta "FALSA"):**

- A) La continuación del tratamiento con antipsicóticos, por lo menos durante 6-9 meses después de un episodio agudo, reduce significativamente las tasas de recaída (grado de recomendación A)
- B) La Clozapina debe introducirse cuando se constate una pérdida de mejoría clínica satisfactoria después del uso secuencial a dosis recomendadas durante 6 a 8 semanas de al menos dos antipsicóticos, de los cuales uno al menos debe ser atípico
- C) Se recomienda cambiar de un antipsicótico clásico a uno de nueva generación aunque con aquel se obtengan resultados clínicos adecuados sin síntomas secundarios inaceptables
- D) Ante una recaída se debe emplear el fármaco que fue efectivo en el episodio agudo anterior

**83 ¿Cuáles de los siguientes trastornos de personalidad "NO" pertenece al Proceso Asistencial Integrado Trastorno Mental Grave?**

- A) Trastorno de la personalidad emocionalmente inestable
- B) Trastorno esquizoide de la personalidad
- C) Trastorno paranoide de la personalidad
- D) Trastorno asocial de la personalidad

**84 La terapia electroconvulsiva:**

- A) Debería considerarse una alternativa terapéutica en pacientes con depresión grave, fundamentalmente si existe necesidad de una rápida respuesta debido a alta intencionalidad suicida, deterioro físico grave o cuando han fallado otros tratamientos
- B) La TEC está indicada en el trastorno depresivo grave y resulta especialmente recomendable en situaciones donde puedan estar contraindicados los fármacos antidepresivos: embarazo, enfermedad médica o intolerancia a antidepresivos
- C) La TEC está indicada en el trastorno depresivo grave y resulta especialmente recomendable en para aquellas personas que prefieran la TEC, siempre que esté indicada
- D) Todas son correctas

**85 Señale cual de los enunciados siguientes respecto a la agomelatina es "FALSO":**

- A) Es un potente agonista de los receptores melatonérgicos MT1 y MT2, así como un antagonista de los receptores serotoninérgicos 5-HT<sub>2c</sub>
- B) Mejora el sueño sin producir sedación diurna
- C) No se han descrito efectos secundarios de tipo sexual, ni efectos adversos cardíacos, ni ganancia de peso, ni síndrome de abstinencia
- D) La eficacia antidepresiva se consigue a dosis de 75-100 mgr/día

**86 De los siguientes neurolepticos atípicos, hay uno que se considera que tiene un menor o nulo efecto sobre los niveles de prolactina en sangre. Identifíquelo:**

- A) Olanzapina
- B) Quetiapina
- C) Risperidona
- D) Paliperidona

**87 El tratamiento con Clozapina en la esquizofrenia:**

- A) Aumenta la mortalidad en los pacientes esquizofrénicos
- B) Debe utilizarse después de haber probado previamente tres antipsicóticos sin resultado
- C) Produce frecuentemente hiperprolactinemia
- D) Estudios epidemiológicos han indicado que su empleo tiene lugar mucho más tarde de lo que recomiendan las guías de práctica clínica y que está infrautilizada

- 88 ¿Cuál de las siguientes indicaciones acerca del uso de la hemodiálisis en la intoxicación aguda o crónica de litio es "FALSA"?**
- A) Litemia igual o superior a 2 mmol/L, si el paciente toma habitualmente sales de litio
  - B) Litemia igual o superior a 1,5 mmol/L en la intoxicación aguda si el paciente no toma habitualmente sales de litio
  - C) Litemia inferior a 2 mmol/L en pacientes que presentan clínica neurológica, insuficiencia renal o fiebre
  - D) Litemias superiores a 1 mmol/L si han transcurridos 30 horas o más desde la última ingesta de litio, sobre todo en pacientes que lo toman habitualmente
- 89 ¿ Que situación clínica de las referidas supone mayor riesgo para la realización de Terapia Electro Convulsiva?**
- A) Embarazo
  - B) Síndrome Neuroléptico Maligno
  - C) Epilepsia mal controlada
  - D) Aneurisma Cerebral
- 90 ¿Qué tienen en común la terapia de Linehan para TLP y la terapia de aceptación y compromiso?**
- A) Son enfoques terapéuticos cognitivos de segunda generación
  - B) Son dos tipos distintos del grupo de psicoterapias de orientación humanista
  - C) Ambas utilizan como uno de sus fundamentos la Atención Plena (Mindfulness)
  - D) Las dos tienen como indicación fundamental los trastornos de personalidad
- 91 ¿A qué se refiere en psicoanálisis el término "proceso primario"?**
- A) Una insuficiencia preconscious que lleva al pensamiento operatorio
  - B) Hace referencia a la incapacidad de un sujeto para el insight
  - C) Se refiere, desde el punto de vista económico, a un pensamiento donde la energía está ligada a representaciones mentales estables
  - D) El tipo de funcionamiento del aparato psíquico que caracteriza al inconsciente
- 92 Uno de los siguientes objetivos es "FALSO", dentro de los objetivos que se plantea la terapia familiar:**
- A) Promover los roles relacionales adecuados entre los sexos y entre las generaciones
  - B) Resolver o reducir el conflicto patógeno y la ansiedad existente en la matriz de relaciones interpersonales
  - C) Disminuir la percepción y la satisfacción de las necesidades emocionales de cada miembro de la familia
  - D) Influir en la identidad y en los valores familiares para que los miembros se orienten hacia la salud y el crecimiento

- 93 Ante un paciente que acude a urgencias y presenta miosis puntiforme, bradicardia, hipotensión, hipotermia, depresión respiratoria y disminución del nivel de conciencia, hay que plantearse un diagnóstico probable de intoxicación por: (señale la respuesta correcta):**
- A) Opiáceos
  - B) Cocaína
  - C) Anfetaminas
  - D) Alucinógenos
- 94 El tratamiento asertivo comunitario se caracteriza por:**
- A) Prestación de la mayor parte de los servicios en el ambiente natural del paciente
  - B) Tiene claramente mayor eficacia que el tratamiento comunitario estándar de los equipos de Salud Mental
  - C) La tasa entre el número de pacientes de la población definida y el número de profesionales del equipo es de 20:1
  - D) Se inició en Europa donde ha tenido la mayor difusión
- 95 En el internamiento involuntario por trastorno psíquico (señalar la respuesta correcta):**
- A) El/la facultativo/a que lo decide debe comunicarlo en el plazo máximo de 24 horas al juez competente, quien deberá ratificar o dejar sin efecto la decisión en las 72 horas siguientes
  - B) El/la facultativo/a que lo decide debe comunicarlo en el plazo máximo de 24 horas al juez competente, quien deberá ratificar o dejar sin efecto la decisión en las 48 horas siguientes
  - C) En el caso de que se trate de un/ menor de edad basta el consentimiento de los padres y no requiere autorización judicial
  - D) Para dar el alta al paciente internado involuntariamente es necesaria la autorización judicial previa
- 96 ¿Cual de los siguientes grupos de fármacos debe evitarse en las demencias?**
- A) Antipsicóticos
  - B) Antidepresivos
  - C) Anticolinérgicos
  - D) Hipnóticos
- 97 Al cuerpo de conocimientos profesionales, tanto teóricos como prácticos, que pueden utilizarse para planear y llevar a cabo programas para reducir la duración de un número significativo de los trastornos que se presentan , se le llama:**
- A) Prevención primaria
  - B) Prevención secundaria
  - C) Prevención terciaria
  - D) Ninguna de las anteriores

**98 Con respecto a la promoción de salud mental en personas con trastorno mental grave, "ES FALSO":**

- A) Se aconseja enfocar los problemas de salud desde una perspectiva biospicasocial
- B) El aumento de la morbimortalidad se debe en muchos casos a la aparición de patologías concurrentes
- C) Los estilos de vida y los entornos en los que su vida se desarrolla, son factores determinantes de su nivel de salud
- D) La prevención, diagnóstico y el tratamiento no se ven dificultados por el hecho de padecer una enfermedad mental

**99 Señale el más frecuente de los siguientes motivos de interconsulta en psiquiatría de enlace:**

- A) Síntomas psiquiátricos
- B) Riesgo de suicidio
- C) Síntomas físicos sin explicación
- D) Afrontamiento de enfermedad médico-quirúrgica

**100 Respecto a la confidencialidad en el informe psiquiátrico, señale en cual de las siguientes situaciones, el psiquiatra NO debe revelar información del paciente:**

- A) Por obligación con la sociedad
- B) A instancias de empleadores y parejas
- C) Para informar a un familiar
- D) Para investigación médica





101 Mujer de de 65 años, separada desde hace 30 años, madre de 3 hijas. Vive con una de ellas. Recibe atención psiquiátrica desde hace más de 25 años por referir que "asistí a una sesión de espiritismo a donde fui buscando un hechizo para que volviera mi marido, y la vidente me echó mal de ojo. A lo mejor se vengó porque no le pagué, o a lo mejor fue mi suegra o la mujer que ahora está con mi marido. Un espíritu (el ser oscuro) me ha poseído. Se mueve y lo he visto salir ..es como un gusano. También siento sus pasos. El ser oscuro es de otro mundo y se me mete por el intestino hasta la cabeza, cuando salía por un lado del cuerpo se metía por otro. Es una bicha grande que ve por mis ojos. También veo un ser blanco revolotear sobre mí. A mí me hicieron una radiografía y me salió la bicha entre el pecho y la barriga aunque el médico dijo que eran gases. ¡Usted no sabe lo que he pasado! yo le pedía a Dios que se fuera porque no me dejaba vivir, ..este ser oscuro me embarazó, como si fuese la Virgen María pero en malo ..no sentí dolores pero sentí como se movía en el vientre y este se me quedaba vacío y salió una cosa por mis partes. Me busca para abusar de mí, todo su afán es meterse en el ovario o en la tripa. Muchas noches escucho como anda por la habitación y desde lejos me habla; escucho su voz unas veces de hombre y otras de mujer porque se representa de las dos maneras y que me dice que es un ángel y que yo soy su hermana. Ahora me habla menos, pero aunque no me hable conoce el pensamiento. Me han quitado mi ser. Lo he visto como ser celeste, como serpiente, como ovni, como calavera con capucha, también como hombre lobo y de mujer como santa Marta. Ahora voy a un espiritista que me cura con oraciones y me da consejos. Él me ha dicho que era una clase de maldición. También me dice que use hierbas, la malvaloca para limpiarme la sangre y cuando me la tomo siento salir a las serpientes y con ellas la sangre se derrama por las piernas. Las vecinas de la casa me tenían envidia porque yo era guapa y cantaba y por eso me han hecho brujería". En la edad, previa al climaterio, el cuadro se exacerbaba durante el periodo menstrual con mayor pujanza de estos contenidos. La adhesión al tratamiento es irregular, pero cuando muestra mayor adherencia no hay mejoría a partir de determinada dosis y aunque pueda disminuir la repercusión afectiva de sus ideas, mejore del sueño o se rebajen las percepciones anómalas, las creencias perduran con la misma convicción. Durante todos los años de atención ha mantenido el mismo discurso. Refiere sus síntomas sin dificultad; basta preguntarle para que verbalice estas vivencias fluidamente, tanto en privado como ante sus acompañantes, creencias que manifiesta sin ansiedad y con evidente expansividad. Cuando se le confronta, reacciona con cierta contrariedad y enfado, para inmediatamente volver a su narrativa. La temática central permanece, pero en las distintas consultas refiere diferentes o nuevas variaciones, de forma que parece inspirarse sobre la marcha. Por lo general nunca cuenta de igual forma lo que le pasa aportando elementos novedosos. No hay deterioro significativo. Se ocupa de gran parte de las tareas domésticas y parece aceptablemente adaptada al entorno. PREGUNTA: ¿Cuál de las siguientes hipótesis diagnósticas reflejaría mejor el cuadro de la paciente?

- A) Esquizofrenia paranoide continua
- B) Delirio fantástico
- C) Parafrenia
- D) B y C son verdaderas

- 102 ¿Cuál de las siguientes formaciones psicóticas es la predominante y sustentadora del discurso de la paciente?**
- A) Las ocurrencias delirantes
  - B) Las percepciones delirantes
  - C) Las alucinaciones auditivas
  - D) Las alucinaciones cenésticas
- 103 La temática delirante es de:**
- A) Posesión e influencia
  - B) Mágico esotérica
  - C) De perjuicio
  - D) De todas las anteriores (A, B y C)
- 104 El delirio de esta paciente está:**
- A) Bien sistematizado y con fuerte presión
  - B) Mal sistematizado y con fuerte presión
  - C) Bien sistematizado y con escasa presión
  - D) Mal sistematizado y con escasa presión
- 105 De los siguientes tipos de alucinaciones ¿cuál "NO" está presente el cuadro?**
- A) Alucinaciones hápticas
  - B) Alucinaciones hígricas
  - C) Alucinaciones cenésticas
  - D) Todas están presentes
- 106 Los siguientes síntomas están presentes en el cuadro "EXCEPTO" uno. Identifíquelo:**
- A) Nula conciencia de enfermedad
  - B) Pseudoalucinaciones (en el sentido de Jaspers)
  - C) Presencia de elementos erotómanos
  - D) Todos los síntomas referidos están presentes en el cuadro

**107** Paciente de 50 años, soltero, vive con su madre. Recibe atención desde que contaba con 24 años. En este periodo ha sufrido varios ingresos por conducta violenta con vecindario o en la vía pública donde toca un instrumento musical y recauda dinero.

El resumen siguiente es fruto de varias entrevistas en las que el paciente llega a hablar de "su esquizofrenia " y llega a aceptar que parte de sus síntomas "son de la enfermedad" Sin embargo mantiene una absoluta convicción y se irrita si se le contraría en lo que él entiende como la causa de su mal: los golpes de los vecinos. "Oigo como un murmullo y como una voz susurrada que viene de mi interior, lo pienso yo. Yo veo que muchas veces la energía se va de mi cuerpo, ..es como consecuencia de los golpes del vecino, pero lo denuncié porque me produjo deshinche (esguince) en el corazón. Hace año y medio que se fue pero me ha dejado una secuela de ponerme en tensión. A veces el mal estado que yo tengo se refleja en la gente. Me parece que voy a mosquear a alguien que, al mirarlo, le trasmito mi mosqueo. Yo siento que a veces me escuchan el pensamiento El mes pasado estuve fatal con la telepatía y escuchando voces, es como si mi pensamiento tuviese sonido. Escucho el mío y también 7 u 8 voces de otros de la calle...parece que, con lo que yo trasmito, no pueden evitar mirarme. Es como si al pensar algo las voces me vienen del exterior como comentando lo que he pensado o lo que iba a decir, es como si se anticipasen. A veces, veo como se me engrandece la raza, el espíritu, por dentro. Cuando se me achica se me produce la incontinencia; por el culo se me va la energía. Entonces me tapo los ojos o me pongo una faja para que se suba la energía. Porque con la incontinencia se me va la fuerza. Veo como colores en la mente que yo creo que serán de mis antepasados. La ternura y los sentimientos los veo como descompensados y se salen de sus colores; el amor lo veo celeste, el ánimo marrón. Como yo toco la guitarra es como el blues, pues me veo como de raza negra. Yo veo que la raza en la mente debe estar unida y si se abre no sé si es por los golpes que daba el vecino. Ahora llevo meses que lo huelo todo a quemado. Una veces parece que estoy más gordo, otras más delgado, otras veces me veo como un niño y otras como una persona mayor. Por las mañanas me levanto muy angustiado, como si tuviese los sentimientos de 7 u 8 años. Me da mucho miedo, me acuerdo de cuando iba al colegio y siento lo que sentía de niño y mi mente no lo soporta bien, ..no es un recuerdo; es una transformación. Es que en ese momento soy dos: el de 49 (años) y el de 7. También me pasa con los 24 años; cuando me transformo paso mucho miedo, ..Yo también estoy enfermo de los portazos que pegan los vecinos, ..me aceleran, ..cuando salen me tengo que preparar, ..ese descuido me afecta mucho, ..será por la esquizofrenia".

**PREGUNTA:** Uno de los siguiente síntomas (incluidos dentro de los síntomas de primer orden de Kurt Schneider) "NO" está registrado en el relato:

- A) Influencia del pensamiento
- B) Influencia de los sentimientos
- C) Sonorización del pensamiento
- D) Todos están incluidos

- 108 Uno de los síntomas siguientes (incluidos dentro de los síntomas de primer orden de Kurt Schneider) "NO" está registrado en el relato:**
- A) Voces comentadoras de los propios actos
  - B) Robo del pensamiento
  - C) Vivencias de influencia corporal
  - D) Todos están incluidos
- 109 Los siguiente tipos de alucinaciones, bien formadas y definidas, están presentes en el relato del paciente, excepto una, cuya naturaleza - respecto de si se trata de una representación o una verdadera alucinación -, es más dudosa. Identifica a esta última:**
- A) Alucinación visual
  - B) Alucinación olfatoria
  - C) Alucinación psicosensoial
  - D) Alucinación psíquica
- 110 Uno de los siguientes asertos acerca del cuadro del paciente es "FALSO":**
- A) Presenta escisión psicótica de la identidad
  - B) Presenta fenómenos de transformación corporal
  - C) Tiene nula conciencia de enfermedad
  - D) Todas las respuestas (A,B y C) son verdaderas
- 111 ¿Qué elemento de lo siguientes trastornos formales del pensamiento y el lenguaje detectas nitidamente en el relato?**
- A) Disgregación
  - B) Lenguaje incoherente
  - C) Verbigeración
  - D) Neologismos
- 112 Este paciente se ha tratado a lo largo de estos años con varios antipsicóticos. Al comienzo con neurolépticos típicos a dosis significativas ( Tioproperazina, Tioridazina, Haloperidol) y más tarde con neurolépticos atípicos (risperidona, olanzapina, paliperidona y amisulpride). Ultimamente se trata con decanoato de flufenazina depot 25 mg cada 15 días y risperidona 12 mg c/24 horas . El resultado ha sido escaso sobre la sintomatología presente en el relato aunque han mejorado los niveles de ansiedad y conductas violentas y ha permitido un mejor abordaje. En caso de empeoramiento o de buscar una terapia más efectiva ¿qué actitud terapéutica elegiría?**
- A) Aumentaría la dosis de risperidona
  - B) Añadiría otro neuroléptico como quetiapina o aripiprazol al tratamiento actual
  - C) Intentaría tratamiento con clozapina
  - D) Todas las propuestas terapéuticas señaladas son igual de válidas

**113 -¿Cuál sería el diagnóstico del cuadro?**

- A) Esquizofrenia residual
- B) Esquizofrenia paranoide
- C) Trastorno Esquizoafectivo
- D) Trastorno Esquizotípico

114 Paciente de 33 años, divorciada y sin hijos, la mayor de 2 hermanas, Cuando consulta, vive con los padres, su pareja y su hermana. Nivel cultural medio-bajo. Físico atractivo.

Hitos: en 2003 prejubilan a su padre. En 2004 conoce a su ex-marido por internet. En 2005 se casa y se traslada a la Comunidad Autónoma de su ex-marido. En 2007 se produce el ingreso del padre por "manía persecutoria" en la USMHG. En 2008 se divorcia y retorna a casa de sus padres. En 2009 tentativa autolítica de la hermana. En 2010, conoce a su pareja actual. En 2011, es atendida en interconsulta en el hospital donde se encuentra ingresada por HDA derivada de ulcus duodenal. Otros padecimientos (colon irritable, dermatitis seborreica)

Primera consulta en USMC en 2013. En un tono algo verborreico expone los motivos: "estoy agobiada y apenada; me siento una porquería, Desde que me divorcié estoy con eczema, colon irritable y la sensación de haber perdido 4 años de mi vida (años de casada) Mantiene aún un litigio con su ex-marido por la casa (bien ganancial) donde vivían. Desde hace 5 años se siente angustiada en locales con aglomeración de gentes. "Tampoco me encuentro bien en la calle. Últimamente: me dan desmayos sobre todo si voy sola, por eso me acompaña siempre mi pareja o mis amigas" Informa de insomnio de conciliación, pesadillas (imágenes intrusivas con situaciones traumáticas) sentimiento de fracaso, de impotencia, de autodepreciación del self. "Me he decidido a venir a consulta porque no puedo más, con todos estos problemas siento que puede conmigo, que me desborda y además llevo 3 meses en paro" (se ha empleado siempre como comercial).

Refiere que le generó mucho desconcierto y pánico la enfermedad del padre "ahora me da pena y temo que vuelva a recaer" En 2006 durante una visita que le realizaron los padres al pueblo donde ella vivía de casada " mi padre comenzó a decir que lo perseguían y estando en la calle salió corriendo. Cuando lo ingresaron (meses después) me lo ocultaron y cuando por fin me lo dijeron y lo vi en la sala de psiquiatría me parecía todo irreal, como que no te lo crees. Mi madre dice que mi padre se puso mal desde que lo prejubilaron (2003) porque se sentía un inútil, pero yo creo que se puso peor por irme yo. Él estaba agobiado y yo lo apoyaba mucho. Sin que se diese cuenta, yo rompía cosas en la casa para que él tuviese ocupación y de repente le dejé sin apoyo. Me salió novio y no fui capaz de decírselo: le dije que me había salido un trabajo fuera. Luego durante un año estuve sin venir." Respecto de su ex-marido dice que la conquistó escribiendo "porque si lo conozco en otro sitio no le hago ni caso". Convivieron durante 3 años, "hasta que me dejó por otra que era amiga nuestra. No estoy traumatizada porque no lo quería, ..Él pasaba de mí, prefería a los amigos, al fútbol, ..luego me enteré que le daba a la cocaína. Mi problema es que soy torpe e inocente y pienso que si me planto la gente me deja: Con mi ex-marido yo era sumisa pero luego me puse superagresiva; yo creo que me cogió miedo.

Mi pareja de ahora también le daba a la cocaína, pero ha cambiado, me apoya y me acompaña porque creo que lo que yo necesitaba era cariño". Refiere que su hermana sufrió un intento autolítico con fármacos, en 2009 al morir de un tumor su mejor amiga. "Un día en una discusión me dijo que yo tenía la culpa por haber presionado (años atrás) para que su amiga se fuese de nuestra casa donde vivía con mi hermana". La eché -explica-, porque me cogía mis cosas"

Como dato importante de su psicobiografía dice que desde los 8 a los 14 años fue objeto de abusos sexuales por parte de un allegado 3 años mayor que ella. "No me explico cómo se impuso a mi si solo tenía 3 años más que yo: recuerdo que me

amenazaba diciendo que si no me dejaba abusaría también de mi hermana. Tengo varios cacaos en la cabeza: esto de pequeña, lo de mi padre, mi divorcio con los años perdidos. Tengo pesadillas con que mi casa de casada se derrumba, con que me han hecho brujería, con que el que abusó de mí vuelve a intentarlo y lo mato" La paciente inició un plan de tratamiento que incluía prescripción farmacológica y entrevistas psicoterapéuticas. Se programaron 12, abandonando a la séptima sin despedirse. Desde la primera consulta acudía sola a la unidad y en la tercera informó de que había vuelto a trabajar de comercial en la calle (sin problemas) y en horario compatible con las entrevistas.

**PREGUNTA:** ¿Qué diagnóstico de los siguientes explicaría mejor la situación global de la paciente?

- A) Trastorno mixto ansioso-depresivo
- B) Agorafobia
- C) Trastorno histriónico de personalidad
- D) Disfunción vegetativa somatomorfa

**115 En la secuencia de hechos de la paciente ¿cuál es la queja o motivos de consulta ?**

- A) La ansiedad y la afectación del estado de ánimo
- B) Los sentimientos de minusvalía y de pérdida
- C) Los procesos corporales
- D) Todos (A,B y C) son motivos de la queja

**116 A la hora de formular el caso, en el apartado de análisis, sensu estricto, de como se ha producido la demanda es importante:**

- A) El análisis de las dificultades que preveemos
- B) Conocer por qué ha consultado en este momento concreto
- C) La motivación respecto del cambio
- D) A, B y C son verdaderas

**117 A la hora de formular el caso, señala cual de los siguientes no forma parte del listado de problemas y si de los signos de la paciente:**

- A) Manifiesta un curso del pensamiento lenguaje verborreico
- B) No ha podido cerrar el capítulo de su matrimonio
- C) Se siente desbordada y estancada en su vida personal
- D) No se clarifica respecto de aspectos y actuaciones claves en su biografía



- 118 De entre los siguientes elementos, identifica cual de ellos refleja el beneficio neurótico en este caso:**
- A) El trato protector y deferente de la familia, expresado en diversas circunstancias (ocultamiento, en su día, de la enfermedad del padre) e influencia en las decisiones tomadas en su ámbito (logró expulsar a la amiga de la hermana)
  - B) Conseguir el acompañamiento de familiares y amigas por los desmayos en la calle
  - C) La satisfacción de las necesidades de dependencia
  - D) A y B son verdaderos
- 119 De los siguientes factores históricos (todos significativos e interrelacionados) ¿cuál crees que se puede considerar más determinante e influyente a la hora de explicar el estado actual de la paciente?**
- A) Haber sido objeto de abusos entre los 8 y 14 años de edad
  - B) El periodo matrimonial, incluyendo sentimientos y acontecimientos sucedidos en el contexto de ese periodo
  - C) El paro
  - D) La tentativa suicida de la hermana
- 120 ¿Qué objetivo u objetivos realistas a trabajar, nos podemos plantear con esta paciente?**
- A) Mejorar la autonomía
  - B) Mejorar el sueño
  - C) Trabajar el modelo de relaciones y su repercusión en la autoestima
  - D) Todos
- 121 De las siguientes intervenciones ¿cuál descartarías en relación a los objetivos expuestos?**
- A) Terapia de exposición con prevención de respuesta
  - B) Terapia farmacológica
  - C) Terapia de exposición in vivo
  - D) Terapia breve de orientación dinámica
- 122 La paciente abandonó tras acudir a 7 entrevistas de 12 programadas. Las dudas que albergábamos acerca de que cumpliera el plan completo de tratamiento se basaban fundamentalmente en una de las siguientes respuestas:**
- A) En sus dificultades para afrontar la separación
  - B) En su nivel cultural
  - C) En sus rasgos de personalidad
  - D) A y B son verdaderas



- 123 Juanito es el más pequeño de cuatro hermanos. Tuvo dificultades al nacer y sufrió episodios de cianosis en las primeras 48 horas. Presentó un retraso moderado motor y del lenguaje que no fueron tan importantes como para que los padres pidieran ayuda. Era un niño tranquilo e introvertido, se mostraba pasivo a lo que se le decía. Nunca desarrollaba juegos imaginativos, tenía una coordinación pobre para los movimientos gruesos y fue algo más lento que sus hermanos en aprender a vestirse y a desarrollar otras tareas motrices. Hablaba poco pero su lenguaje y su vocabulario eran correctos; casi no utilizaba gestos al hablar y tendía a evitar el contacto ocular. No entendía correctamente los mensajes no verbales. En el colegio iba bien por su facilidad para la lectura y su buena memoria pero las matemáticas eran difíciles para él. Las notas escolares fueron disminuyendo cuando las materias fueron haciéndose más abstractas. Hacia los 7 años comenzó a interesarse por libros sobre los antiguos romanos y los restos arqueológicos de éstos. Llegó a recopilar gran cantidad de material sobre el tema y era capaz de recordar cualquier cosa que le preguntaran al respecto pero no de discutir ninguna teoría relacionada con el tema. Hablaba repetitivamente sobre esta materia. A los 8 años algún profesor recomienda que lo vean en Salud Mental ante las dificultades en las relaciones interpersonales y porque se hace objeto repetidamente de las bromas de sus compañeros. Con los datos expuestos ¿Cuál es el diagnóstico más probable?**
- A) Autismo infantil
  - B) Síndrome de Asperger
  - C) Autismo atípico en la edad de comienzo
  - D) Síndrome de Heller
- 124 A tenor de los datos clínicos y evolutivos con que contamos, ¿cuál es el pronóstico más probable?**
- A) Evolución variable, algunos casos de este trastorno tienen un progreso social y académico pobre mientras otros tienen buena evolución sobre todo académica, pero la mayoría sigue teniendo síntomas toda la vida
  - B) Mal pronóstico por el progresivo deterioro motor después de una etapa de meseta clínica
  - C) En la gran mayoría de estos casos existe un deterioro progresivo de las capacidades de interacción social siendo necesario el cuidado institucional finalmente
  - D) Buen pronóstico, en general este tipo de paciente logra tener independencia social y profesional
- 125 Para confirmar diagnóstico ¿cuál de las siguientes actuaciones es la más adecuada?**
- A) Valoración por equipo multidisciplinar con pruebas cognitivas y del lenguaje, función psicomotora, estilo de aprendizaje, y habilidades para la vida independiente
  - B) Exploración neurológica completa que incluya EEG, RM y PET
  - C) Determinar el CI con un WISC
  - D) Estudio metabólico y marcadores biológicos

**126 ¿Cuál será el tratamiento más apropiado?**

- A) Risperidona a bajas dosis y psicoterapia
- B) Entrenamiento en habilidades sociales y motoras, educativas y vocacionales
- C) Análisis del comportamiento aplicado (ABA) y medicación sintomática
- D) Dieta sin gluten, medicación sintomática eventual y terapia familiar

**127 Una mujer de 40 años acude por primera vez a consulta psiquiátrica presentando una sintomatología depresiva y ansiosa de tres años de evolución casi continua: astenia, pérdida de interés por actividades antes placenteras, sentimientos de inferioridad, llanto, sensación de desamparo. Se añade angustia, somatizaciones, eventualmente insomnio e ideas vagas sobre la posibilidad de tener un cáncer como su hermano.**

**Este hermano murió de leucemia hace cuatro años cuando contaba 40 de edad. Historia familiar cargada de diagnósticos de neoplasia en distintas localizaciones. Con estos datos el diagnóstico reúne criterios de:**

- A) Reacción depresiva prolongada
- B) Hipocondría
- C) Distimia
- D) Episodio depresivo moderado

**128 Al detenerse la anamnesis en la personalidad premórbida de la paciente destacan rasgos tales como: tendencia a la inhibición de la expresión de los sentimientos, sobre todo de las emociones negativas como la rabia o la angustia mientras que si expresan emociones positivas incluso en exceso. Así la paciente reconoce un afán de agradar a los otros y se muestra amable y sumisa, dispuesta a sacrificarse por los demás.**

**Este patrón de personalidad se corresponde con la llamada:**

- A) Personalidad tipo D
- B) Personalidad tipo A
- C) Personalidad tipo B
- D) Personalidad tipo C

**129** El caso evoluciona de forma crónica y la siguen revisando en la consulta de psiquiatría. Con el paso de los años en el cuadro clínico ha ido predominando la ideación repetida de padecer una leucemia como su hermano cuya muerte es nombrada en cada consulta y por quien sigue llevando luto. Estas preocupaciones le interfieren su vida; la cancerofobia se acompaña de una constante inquietud y un estado de ánimo triste con sentimientos de soledad y desamparo. Junto a esta psicopatología presenta múltiples somatizaciones siempre circunscritas al aparato urogenital: trastornos premenstruales, metrorragias, que siempre relaciona con algún trastorno hematológico. Por eso demanda repetidamente pruebas para descartar una leucemia y rechaza las opiniones médica que aseguran la banalidad de sus síntomas somáticos.

**Con esta evolución tenemos que cambiar el diagnóstico actual a:**

- A) Trastorno hipocondriaco
- B) Trastorno de somatización
- C) Disfunción vegetativa somatomorfa del tracto urogenital
- D) Dismenorrea psicógena

**130** Después de varios años sin consultar, la paciente acude de nuevo tras haber sido intervenida de un carcinoma bilateral de ovario y haber recibido quimioterapia. La psicopatología ha cambiado de nuevo siendo ahora lo predominante la semiología depresiva y cumpliendo criterios diagnósticos de depresión mayor.

**A tenor de este último capítulo de la historia clínica de la paciente ¿Qué afirmación de las siguientes es más correcta?**

- A) La gran carga genética que seguramente tiene la paciente ha determinado que finalmente aparezca el cáncer. Cualquier elemento psicopatogénico es despreciable en este caso
- B) Los rasgos de personalidad, las pérdidas y la clínica depresiva con vivencias de desamparo son elementos etiopatogénicos a tener en cuenta en la aparición del cáncer
- C) La psicopatología cambiante a lo largo del tiempo hace pensar ahora en la endogeneidad del trastorno afectivo que ha presentado distintas expresiones clínicas al modo de la "depresión enmascarada"
- D) Es un ejemplo claro de factores somáticos que influyen en lo psíquico: los abundantes antecedentes familiares de cáncer influyen en la aparición de los síntomas depresivos y de la cancerofobia. Y la aparición del cáncer en la paciente determina la clínica depresiva más severa

**131 Una mujer de 25 años es llevada por su esposo a urgencias en estado de agitación. El esposo informó que la paciente había estado "perfectamente normal" hasta la tarde anterior, cuando volvió del trabajo diciendo que "estaban sucediendo cosas raras en su oficina". Notaba que sus compañeros hablaban de ella, que habían cambiado de pronto y que se comportaban como si estuvieran actuando. Estaba convencida de que estaba bajo vigilancia y de que alguien escuchaba sus conversaciones telefónicas. Todo el día se había sentido como en un sueño, al mirarse al espejo no se había reconocido a sí misma. Se había puesto más y más ansiosa, incoherente y agitada durante el día y no había podido dormir nada durante la noche, que había pasado mirando por la ventana; varias veces había señalado varios cuervos en un árbol cercano y le dijo a su marido "los pájaros vienen". A la mañana siguiente su esposo la encontró de rodillas como si estuviera rezando, se golpeaba la cabeza contra el suelo y hablaba en forma incoherente diciendo que le habían encomendado una misión especial, que su jefe era un criminal, que había espías en todos lados y que algo terrible pasaría pronto. De pronto se calmó, le sonrió y le dijo que había resuelto convertirse al Islamismo, se puso exaltada, comenzó a reírse y a gritar, volvió a aterrorizarse y acusó a su marido de querer envenenarla. No tenía AP en salud mental, ni en consumo de tóxicos. Una hermana estaba diagnosticada de esquizofrenia. Su esposo la describía como extrovertida, sociable y "perfectamente normal".**

**Señale cual de las siguientes características, síntomas o signos, de los enunciados a continuación, "NO" está presente en esta paciente:**

- A) Pseudoalucinaciones
- B) Despersonalización
- C) Delirio agudo polimorfo
- D) Confusión emocional con bruscos cambios afectivos

**132 Señale el diagnóstico probable:**

- A) Trastorno psicótico agudo polimorfo con síntomas de esquizofrenia
- B) Trastorno psicótico agudo polimorfo (sin síntomas de esquizofrenia)
- C) Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico
- D) Otro trastorno psicótico agudo con predominio de ideas delirantes

**133 Esta paciente precisó ingreso en una Unidad de Hospitalización de Salud Mental en contra de su voluntad. De los datos expuestos el tipo legal de ingreso debería ser:**

- A) Involuntario con autorización judicial
- B) Involuntario programado con autorización judicial
- C) Involuntario con orden judicial
- D) Involuntario sin autorización judicial por urgencia médica y notificación posterior al juez (24 h.)

**134 Señale cual de las siguientes Recomendaciones del Consejo de Europa (2004. cap. 3, art. 17) sobre el ingreso involuntario y el tratamiento involuntario de personas con enfermedad mental es falsa:**

- A) La persona ha de sufrir un trastorno mental
- B) Las condiciones en que se encuentra la persona representan un riesgo significativo de daño para su salud o para la de otros
- C) No hay otro medio menos restrictivo de ofrecer la atención apropiada
- D) La opinión de la persona afectada no puede ser tenida en consideración

**135 Señale la respuesta correcta respecto al plan de actuación:**

- A) Debe incluirse en el proceso TMG por la sintomatología psicótica y afectación de varias áreas del funcionamiento personal y social y necesidad de un abordaje complejo
- B) No debe incluirse en el proceso TMG por no llevar una evolución de 2 años
- C) No debe incluirse en el proceso TMG (trastorno episódico) hasta que se confirme el diagnóstico
- D) Debe incluirse en el proceso TMG, a pesar de ser un trastorno episódico, hasta que se confirme el diagnóstico

**136 Mercedes en este momento tiene 64 años, hace 22, sin antecedentes psiquiátricos personales ni familiares, comenzó a presentar dificultades en el desempeño de su trabajo, profesora de instituto. Discutía con facilidad, abandonaba los claustros y las clases, no respetaba los horarios y mantenía conductas inadecuadas (agresividad verbal) con sus alumnos y compañeros. Las dificultades se extendieron a su domicilio, presentando enfrentamientos con su marido, sus dos hijos y su familia de origen. Tras más de dos meses de empeoramiento progresivo finalmente protagoniza un episodio de agitación y es ingresada en la Unidad de Hospitalización de Salud Mental. En su historia de ingreso se recoge un discurso desorganizado, sin claros contenidos patológicos, conducta caótica y dificultades en las relaciones con otros pacientes pasando de la entrañabilidad (incluyendo desinhibición sexual) a la irritabilidad. Atendiendo a los datos incluidos, ¿Cual de los siguientes diagnosticos considerarias "MENOS" probable?**

- A) Cuadro maniforme de origen orgánico
- B) Episodio disociativo
- C) Trastorno de personalidad
- D) Episodio afecivo de origen psiquiátrico

**137 Indagando en posibles desencadenantes se ponen de manifiesto la presencia de conflictos de pareja orientandose a nivel diagnóstico como un episodio disociativo e instaurandose 100 mg de Tioridazina y procediendo a su alta. Sin embargo, aunque el sueño se normalizó en parte y la conducta se ajustó ligeramente, Mercedes continuó sintomática iniciando múltiples tareas que no completaba con pérdida de rendimientos y dificultades interpersonales relacionadas con planes desproporcionados de futuro basados en una percepción de sus capacidades que no correspondían a la realidad. Ante los límites externos solía presentar irritabilidad y en una ocasión protagonizó una fuga en su automóvil que culminó en accidente de tráfico. No se objetivaron alteraciones en el contenido del pensamiento ni de la sensorio-percepción. Dicha situación se mantuvo y motivó 2 ingresos hospitalarios más hasta que se añade un nuevo fármaco. ¿A que familia de fármacos crees que podría pertenecer?**

- A) Hipnóticos
- B) Ansiolíticos
- C) Normotímicos
- D) Antidepresivos

**138 Durante los 2 años de siguiente se objetiva una mejoría clínica con recuperación global del rendimiento y la salud mental entre episodios. No obstante, presentaba recaídas frecuentes, más de 4 cada año en las que volvía a presentar la misma sintomatología, tratándose con un incremento de los dos fármacos de base (tioridazina y el fármaco al que se hacía referencia en el caso anterior). ¿Qué concepto clínico describiría la evolución de Mercedes?**

- A) Cicladora rápida
- B) Fase mixta
- C) Episodio disociativo
- D) Ciclotimia

**139 Dado el diagnóstico de la pregunta anterior, ¿Qué medida terapéutica considerarías más adecuada?**

- A) Terapia Electro Convulsiva
- B) Antidepresivo
- C) Reforzar tratamiento normotímico
- D) Antipsicótico clásico

- 140** Tras el reajuste farmacológico anterior Mercedes permanece más de 10 años asintomática, acompañando a su marido en un proceso oncológico y elaborando el duelo de forma adecuada, haciéndose cargo del cuidado de sus padres y de sus hijos aunque abandona su carrera profesional obteniendo una Incapacidad Laboral Total. A raíz del diagnóstico de patología mental de su hija, Mercedes comienza con disminución del estado de ánimo, apatía disminución del apetito, despertar precoz, sentimiento de culpa y contenidos de desesperanza, se produce una disminución de peso cuantificada de 25 kg y precisa apoyo externo para su autocuidado. ¿Cuál de los siguientes fármacos considerarías más adecuado en principio?
- A) Clomipramina
  - B) Duloxetina
  - C) Mirtazapina
  - D) Sertralina
- 141** Tras la nueva incorporación terapéutica, Mercedes se mantiene estable hasta los 62 años en que presenta un cuadro de desvanecimiento breve, relacionado con situación de estrés. Se solicita analítica aunque durante la espera de los resultados y en el mismo contexto de sobrecarga se produce un nuevo episodio por lo que se procede a ingreso voluntario para diagnóstico y evolución. En la planta se mostraba con conductas similares a las de su primer ingreso: inquietud psicomotriz, conducta desorganizada, alteración del patrón del sueño y labilidad afectiva. Destacar que a lo largo de los años se había añadido el diagnóstico de HTA, fibrilación auricular e hipotiroidismo a sus antecedentes personales. De nuevo, en el diagnóstico diferencial, cual de las siguientes entidades impresiona como "MENOS" probable con los datos de la evolución longitudinal de Mercedes:
- A) Episodio disociativo
  - B) Simulación
  - C) Cuadro confusional
  - D) Descompensación afectiva
- 142** En la batería de pruebas realizada para determinar su situación orgánica se objetiva una hiponatremia (127) en el contexto de Síndrome de secreción inadecuada de ADH de naturaleza yatrogenica ¿De los siguientes fármacos que estaba tomando en ese momento, cuales de ellos estarían relacionados con este hallazgo?
- A) Carbamacepina
  - B) Clorazepato dipotásico
  - C) Escitalopram
  - D) a y c son correctas



- 143 Finalmente es dada de alta con el siguiente tratamiento de salud mental: Olanzapina 10 mg 1-1-1; Ac Valproico de liberación prolongada 500 mg 0-0-2; Clonazepam comp 2 mg 0-0-1 y Lormetazepam 2 mg al acostarse si precisa. La clínica de ingreso se mantiene de forma atenuada precisando supervisión 24 horas con las dificultades que conlleva el que su hija también padezca una patología mental grave. En este punto, ¿qué medida "NO" incluirías en el plan terapéutico?**
- A) Realizar un reajuste farmacológico progresivo
  - B) Ampliar el sistema cuidador incorporando elementos externos
  - C) Transmitir la irreversibilidad del cuadro a la familia
  - D) Considerar su inclusión en el censo TMG dada su fragilidad física y el soporte familiar inadecuado
- 144 Tras 3 meses tras el alta Mercedes se encuentra progresivamente mejor, se ha organizado el ritmo circadiano y la conducta. En ese momento se encontraba con Olanzapina 10 mg 0-0-2; Ac. Valproico de liberación prolongada 0-0-1300 mg y Lormetazepam si precisa. No obstante se mantienen pensamientos negativos con respecto al futuro y la salud especialmente de su hija, se muestra asustada y exige su compañía refiriendo a menudo ideas de muerte y culpa. En este momento que medida considerarías apropiada para tratar esta sintomatología?**
- A) Reinstaurar escitalopram
  - B) Prescribir un antidepresivo dual
  - C) Ignorar la clínica teniendo en cuenta que se está ajustando en líneas globales y continuar con el reajuste
  - D) Prescribir Lamotriguina
- 145 En el momento actual la clínica depresiva ha mejorado tras la última medida terapéutica incluida relacionada con la pregunta anterior. En este momento se encuentra en un centro de mayores de forma transitoria aunque está empezando a salir acompañada de sus familiares y está pasando tiempo en su propio domicilio. Se queja de somnolencia y cansancio y desea la vuelta a su casa. ¿Qué medida considerarías "NO" oportuna en su plan terapéutico?**
- A) Continuar ajustando la medicación antipsicótica
  - B) Apoyar a los otros miembros de la familia para la colaboración en el cuidado
  - C) Solicitar ley de dependencia y teleasistencia
  - D) Considerar como definitiva la medida residencial



**146** María de 30 años, trabaja como actriz de teatro. Tiene pareja desde hace 10 años. Ha consultado con dos dietistas hace dos años (sin llegar a cumplir las dietas prescritas), a raíz de que su pareja le dijo "que era una gorda detestable". En el último año ha perdido 20 Kilos, pesaba 75 kilos y en la actualidad pesa 55 kilos. Mide 158 cm. Está aterrorizada con la idea de engordar. En el último año inició una dieta estricta: desayuna café solo con una galleta, almuerza una ensalada de lechuga y tomate, y cena dos lonchas de pavo cocido. Cuando la dieta dejó de causar una pérdida de peso suficientemente rápida comenzó a provocarse el vómito después de las comidas. Se ha descargado una aplicación en su móvil para saber el contenido calórico de lo que ingiere, también se obsesiona con el menú adecuado antes de ir a un restaurante. No soporta la idea de sentirse llena después de comer y le preocupa que su estómago esté "gordo". Tres o cuatro veces a la semana no puede resistir el impulso de "devorar compulsivamente"; en estas ocasiones puede llegar a ingerir, un pollo asado con una ración de patatas, dos paquetes de galletas, helados y lo que encuentre en el frigorífico; provocándose posteriormente el vómito. Nunca ha usado laxantes, ni diuréticos. Realiza ejercicio dos horas al día. Previamente no se había preocupado por su peso, hasta que su pareja hizo alusión a su aspecto. Actualmente cree que ha perdido el control en esta parte de su vida y esto la ha motivado a consultar con un especialista en Salud Mental.

**La situación de María es compatible con uno de los siguientes diagnósticos:**

- A) Trastorno por atracón
- B) Vómitos psicógenos
- C) Bulimia nerviosa
- D) Anorexia nerviosa

**147** Todas las siguientes complicaciones médicas son frecuentes en este caso, ¿"EXCEPTO"?

- A) Signo de Russell
- B) Caries y erosión del esmalte dental
- C) Hipertrofia de las glándulas salivares
- D) Osteopenia

**148** Dentro del diagnóstico que presenta la paciente es frecuente que presente comorbilidad con otros trastornos; con respecto a los trastornos de personalidad ¿cuál es el más "INFRECLENTE"?

- A) Trastorno dependiente de la personalidad
- B) Trastorno histriónico de la personalidad
- C) Trastorno esquizoide de la personalidad
- D) Trastorno de personalidad por evitación

**149 En este caso, la hospitalización de la paciente estaría indicada en los siguientes supuestos ¿"EXCEPTO"?**

- A) Durante el tratamiento ambulatorio la psicoterapia es prolongada y tormentosa
- B) Presenta alteraciones electrolíticas y metabólicas por conductas purgativas graves
- C) Presenta ideas suicidas y abuso de sustancias
- D) Los atracones están fuera de control

**150 ¿Cuál de los siguientes tratamientos sería de elección en este caso?**

- A) Anticonvulsivantes
- B) Terapia cognitivo- conductual
- C) Anorexígenos
- D) Carbonato de litio

**151 Señale cual de las siguientes pruebas de exploración neuropsicológica estructurada NO está recomendada por el Consenso Nacional de Demencias:**

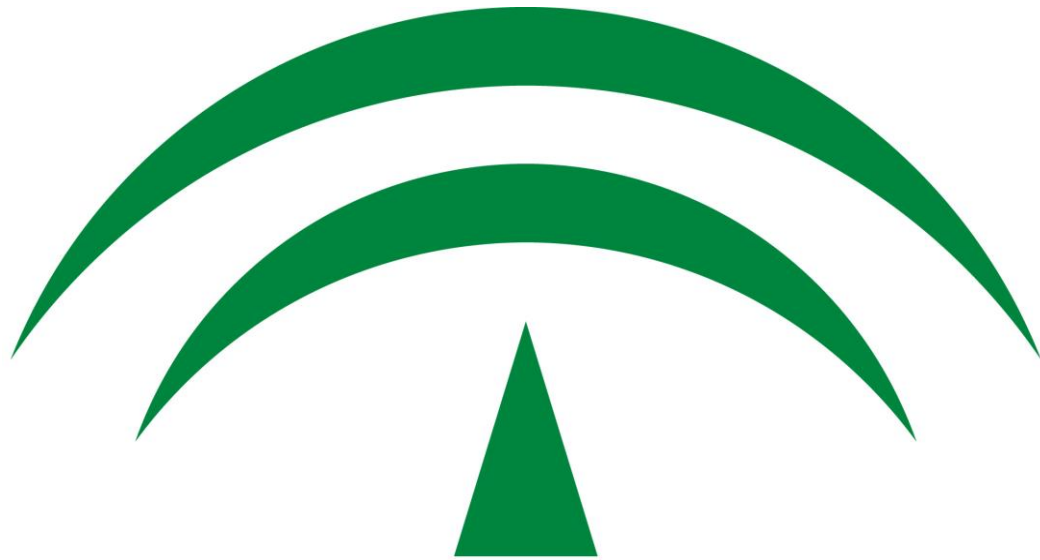
- A) Examen cognoscitivo Mini-mental
- B) Test de fluidez verbal categorial
- C) Test de Matrices Progresivas de Raven
- D) Test del dibujo del reloj

**152 En relación al tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad(TDAH), ¿Cual de las siguientes afirmaciones es correcta?**

- A) No debe recomendarse el tratamiento a largo plazo con Atomoxetina y Metilfenidato ya que disminuye su eficacia
- B) Antes de iniciar el tratamiento farmacológico debe hacerse de manera sistemática: anamnesis, exploración física y electrocardiograma,
- C) No hay evidencia científica que sugiera que la intervención psicológica mantiene efectos positivos sobre los síntomas del TDAH y de problemas de conducta referidos por los padres en el seguimiento a corto-medio plazo (3-6 meses)
- D) El tratamiento farmacológico y/o conductual debe considerarse como primera elección para el TDAH de niños y adolescentes teniendo en cuenta la edad del paciente, la gravedad de los síntomas, su repercusión funcional, y las características y preferencias de la familia

**153 La Comisión de Trastorno Mental Grave es el espacio de coordinación de los dispositivos de Área presidida por el coordinador del Área y en la que participan: :**

- A) Representantes de los distintos dispositivos de Salud Mental
- B) Representantes de los distintos dispositivos de Salud Mental y de Atención Primaria
- C) Representantes de los distintos dispositivos de Salud Mental, de Atención Primaria y FAISEM
- D) Representantes de los distintos dispositivos de Salud Mental y FAISEM



**JUNTA DE ANDALUCIA**  
**CONSEJERÍA DE SALUD**

**CONSEJERÍA DE SALUD**

**JUNTA DE ANDALUCIA**

