

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

**ACCESO: LIBRE**

**CONCURSO-OPOSICIÓN PARA CUBRIR PLAZAS BÁSICAS VACANTES:**  
**FEA PSIQUIATRÍA - 2021 - EXAMEN APLAZADO**

**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 Organismo.**

- 
- 1 Dentro del marco del Modelo de Acreditación de Competencias Profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía, la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) establece tres niveles de certificación de competencias profesionales en función del cumplimiento de estándares. Señale cuál de las siguientes opciones es la correcta:**
- A) Avanzado, Óptimo y Excelente.
  - B) Avanzado, Experto y Excelente.
  - C) Básico, Avanzado y Excelente.
  - D) Básico, Experto y Excelente.
- 2 El Sistema Sanitario Público de Andalucía, según el artículo 47 de la Ley de Salud de Andalucía, se organiza en demarcaciones territoriales denominadas:**
- A) Áreas de Salud.
  - B) Zonas Básicas de Salud.
  - C) Demarcación Territorial de Salud.
  - D) Distrito Sanitario.
- 3 Según el Decreto 462/1996, de 8 de octubre, ¿cada cuánto tiempo hay que renovar los órganos colegiados de participación de los profesionales sanitarios del Área Hospitalaria?**
- A) Cada 2 años.
  - B) Cada 3 años.
  - C) Cada 4 años.
  - D) Cada 5 años.
- 4 El decreto que ordena la asistencia especializada y los órganos de dirección de hospitales dentro de la red asistencial pública de Andalucía, fue modificado en 1996. ¿Con qué objetivo?**
- A) Modificar los órganos directivos de los hospitales, introduciendo las Direcciones de Profesionales como una dirección más, diferenciada de la Económico-Administrativa y de la Dirección de Servicios Generales.
  - B) Dar mayores competencias a la Dirección Gerencia de los hospitales, para firmar contratos y acuerdos.
  - C) Introducir los cambios necesarios a nivel de los órganos asesores colegiados que constituyen el Hospital, y en concreto regular las Juntas Facultativas y las Juntas de Enfermería de los hospitales del Servicio Andaluz de Salud.
  - D) Establecer que los puestos de Director/a Médico y de Director/a de Enfermería se elijan por sufragio entre los profesionales del hospital de sus correspondientes categorías.

- 5 Aunque la ley que creó el Servicio Andaluz de Salud (SAS) es del año 1986 (Ley 8/1986, de 6 de mayo), ¿cuál es la norma vigente que establece su estructura orgánica?**
- A) Ley 2/1998, de 15 de junio.
  - B) Decreto 105/1986, de 11 de junio.
  - C) Ley 8/1986, de 6 de mayo.
  - D) Decreto 105/2019, de 12 de febrero.
- 6 ¿En cuál de los siguientes diseños o estudios epidemiológicos puede calcularse una incidencia?**
- A) Casos y controles.
  - B) Ensayos clínicos.
  - C) Estudios transversales.
  - D) En todos los anteriores diseños es posible calcular una incidencia.
- 7 Referido a la moda, como término estadístico, es cierto que:**
- A) Para un conjunto de datos, es el valor más frecuente, y puede no ser único.
  - B) Es una medida resumen de los datos bastante robusta y representativa de la distribución.
  - C) Su valor suele hallarse entre la mediana y la media de la distribución.
  - D) Todas las afirmaciones son correctas.
- 8 En un estudio de investigación se comparan dos tratamientos broncodilatadores inhalados para el asma persistente, conformándose los grupos mediante asignación aleatoria. Cada grupo recibe primero uno de los tratamientos durante cuatro semanas y, tras un periodo de lavado de una semana, recibe el otro tratamiento durante otras cuatro semanas. ¿Cómo se conoce este diseño?**
- A) Ensayo clínico cruzado.
  - B) Ensayo clínico factorial.
  - C) Ensayo clínico de grupos paralelos.
  - D) Ensayo clínico secuencial.
- 9 Referido al Parlamento de Andalucía, y según establece el vigente Estatuto de Autonomía de Andalucía en su texto legal reformado en el año 2007, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?**
- A) Es inviolable.
  - B) Está compuesto por un mínimo de 119 Diputados y Diputadas, elegidos por sufragio universal, igual, libre, directo y secreto.
  - C) Es elegido por cinco años.
  - D) Es el órgano representativo del pueblo andaluz, e independiente de la Junta de Andalucía.

- 10 Según el artículo 4 del Estatuto de Autonomía de Andalucía, la sede del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, es:**
- A) La ciudad de Antequera.
  - B) La ciudad de Sevilla.
  - C) La ciudad de Granada.
  - D) No está establecido formalmente en la Ley Orgánica y compete al Parlamento de Andalucía decidirlo.
- 11 La Ley 55/2003, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, NO contempla entre las retribuciones complementarias:**
- A) El complemento específico.
  - B) El complemento de atención continuada.
  - C) El complemento de carrera.
  - D) El complemento al rendimiento profesional.
- 12 Según la Ley 12/2007, de 26 de noviembre, para la Promoción de la Igualdad de Género en Andalucía, el Plan Estratégico para la Igualdad de Mujeres y Hombres se aprobará por:**
- A) Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía.
  - B) Consejería competente en materia de Igualdad.
  - C) Instituto Andaluz de la Mujer.
  - D) Parlamento de Andalucía.
- 13 En relación con el consentimiento informado, indique cuál de las siguientes respuestas se adecua a lo establecido en el artículo 8 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica:**
- A) El consentimiento será verbal en los procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores.
  - B) El consentimiento será verbal por regla general.
  - C) El paciente puede revocar verbalmente su consentimiento en cualquier momento.
  - D) El consentimiento será escrito por regla general, salvo en el caso de menores de edad.
- 14 Según el artículo 145 de la Constitución Española, los convenios celebrados entre Comunidades Autónomas deben ser comunicados a:**
- A) El Consejo de Política Fiscal y Financiera.
  - B) La Consejería de Presidencia u órgano equivalente de cada Comunidad Autónoma.
  - C) Las Cortes Generales.
  - D) El Ministerio del Gobierno competente en materia de Economía.
- 15 ¿Cuál de los siguientes muestreos es de tipo no probabilístico?**
- A) Muestreo sistemático.
  - B) Muestreo estratificado.
  - C) Muestreo de casos consecutivos.
  - D) Muestreo aleatorio simple.

- 16 Señala la definición correcta respecto a la psicopatología del lenguaje:**
- A) La glosomanía es un conjunto de manifestaciones verbales neoformadas, acumuladas sin preocupación sintáctica alguna y desprovistas de fijeza y significación propia.
  - B) La glosolalia es un lenguaje neológico personal, del propio enfermo, que utiliza un vocabulario y una sintaxis de su propia invención, pero con una significación "advertida", capaz de ser traducida.
  - C) El lenguaje particular y privado del esquizofrénico, ininteligible a una aproximación habitual, ha sido llamado criptolalia.
  - D) Todas ellas son ciertas
- 17 La descripción detallada de Bleuler de la esquizofrenia, fue determinante y ejerció una gran influencia, decisiva en el actual conocimiento de la enfermedad. Identifique la respuesta ERRÓNEA:**
- A) Describió como hecho central de la enfermedad, la "escisión del pensamiento", la expresión inapropiada y alterada del afecto, la disociación entre la afectividad y la voluntad, la voluntad y el intelecto.
  - B) Apoyó la noción de Kraepelin de que todos los esquizofrénicos terminarían en demencia.
  - C) Advirtió que algunos psicóticos presentan la existencia simultánea de dos tendencias opuestas.
  - D) Los síntomas primarios eran explicados por una lesión fundamental, que él consideraba como lesión cerebral, y los secundarios, debidos esencialmente a la reacción ante la enfermedad de la personalidad.
- 18 Señale la respuesta CORRECTA. El perfil profesional del psiquiatra se caracteriza, entre otros aspectos, por:**
- A) Tener una visión integral de la enfermedad, que incluye aspectos psicológicos de la patología orgánica así como la ayuda psicológica o psiquiátrica a pacientes de otras especialidades y a personal que forme parte de los equipos de salud.
  - B) Conocer y comprender las disciplinas psicológicas y psicosociales que han permitido adentrarse en una mejor comprensión del enfermo mental y esclarecer las complejas interacciones del individuo enfermo con su contexto social.
  - C) Responsabilizarse en la defensa, desarrollo y actualización de los aspectos científicos, profesionales, éticos y legales de la especialidad, evitando dejarse influir por injerencias políticas o de cualquier otra índole.
  - D) Todas las anteriores son correctas.
- 19 Según Freud, la psicopatología es fruto de:**
- A) Una fijación o ansiedad en el nacimiento.
  - B) Una fijación o una represión.
  - C) Una regresión o una fijación.
  - D) Ansiedad en el nacimiento o de una represión.

- 20 Se entienden como medidas restrictivas en Psiquiatría las siguientes, EXCEPTO:**
- A) Sujeción mecánica.
  - B) Uso de tratamientos inyectables de larga duración.
  - C) Permanencia en una sala de hospitalización cerrada.
  - D) Restricciones en la comunicación con el exterior del hospital (teléfono, visitas, etc.).
- 21 Señale la respuesta INCORRECTA acerca del Trastorno por Estrés Postraumático (F43.1, CIE-10):**
- A) El comienzo sigue al trauma con un periodo de latencia cuya duración varía desde unas pocas semanas hasta meses (pero rara vez supera los seis meses).
  - B) Pueden presentarse, entre otros síntomas, reviviscencias o pesadillas relacionadas con el acontecimiento traumático.
  - C) Suelen temerse, e incluso evitarse, las situaciones que recuerdan o sugieren el trauma.
  - D) El curso es fluctuante, tendiendo a la cronificación en la mayoría de los casos.
- 22 En el tratamiento del Trastorno Dismórfico Corporal, se recomiendan todas las siguientes acciones, EXCEPTO:**
- A) En las entrevistas clínicas, focalizarse en la excesiva preocupación, sufrimiento y el deterioro funcional.
  - B) Recomendar intervenciones cosméticas o quirúrgicas leves, que corrijan el aspecto corporal que preocupa al paciente.
  - C) Tratamiento farmacológico con ISRS o Clomipramina.
  - D) Psicoterapia cognitivo conductual.
- 23 Las complicaciones mayores debidas al consumo de cocaína son las siguientes, EXCEPTO:**
- A) Cerebrovasculares.
  - B) Epilépticas.
  - C) Distonía aguda.
  - D) Cardiacas.
- 24 Sobre los principios fundamentales de la biología molecular y genómica, se puede afirmar:**
- A) El ser humano parece ser menos complejo de lo que la mayor parte de los científicos había considerado, y posee aproximadamente unos 40.000 genes. De ellos, en estos momentos, se ha identificado la función de alrededor de 10.000 de estos genes.
  - B) Las modificaciones de la expresión genética están asociadas no sólo con el desarrollo del SNC, sino también con los complejos fenómenos de la función cerebral, como la memoria, el aprendizaje, la cognición y los estados afectivos.
  - C) Las modificaciones en la expresión genética son posiblemente un factor subyacente en la patogenia de muchos trastornos esporádicos o hereditarios relacionados con el SNC (Alzheimer, esquizofrenia, depresión...).
  - D) Todas las respuestas son ciertas.

**25 La constelación familiar está constituida por:**

- A) El sistema familiar ampliado.
- B) El progenitor sin custodia tras la separación o divorcio.
- C) Los individuos clave que funcionan como si fueran miembros de la familia.
- D) Todas las anteriores.

**26 De las siguientes, ¿cuál caracteriza a la alucinosis?**

- A) Percepción sin objeto real, en la que el sujeto que la experimenta cree en la realidad que experimenta.
- B) Percepción sin objeto real, en el que el sujeto que la experimenta no cree en la realidad de su experiencia.
- C) Percepción sin objeto real, en el que el sujeto que la experimenta la vivencia en su espacio interno.
- D) Percepciones experimentadas en el cuerpo que no provienen del sentido del tacto.

**27 El suicidio, desde el punto de vista sociocultural (según Durkheim), obedece a cuatro modalidades diferentes:**

- A) Cómo forma de castigo, como forma de renacer, como represalia y psicótico.
- B) Altruista, egoísta, fatalista y psicótico.
- C) Suicidio de huida, suicidio racional, suicidio en cortocircuito y suicidio teatral.
- D) Egoísta, altruista, anómico y fatalista.

**28 Indica qué afirmación es INCORRECTA sobre la psicopatología de la afectividad:**

- A) La distimia maníaca, alegre o expansiva, se caracteriza por exaltación vital, exaltación yoica, excitación psicomotora y alegría exaltada o irritabilidad.
- B) El psiquiatra suele aludir coloquialmente a esta distimia maníaca con el nombre de hipertimia, concepto más desarrollado por Bash y referido al incremento general de la actividad de los sentimientos, visto en la neurastenia, las neurosis, el carácter histérico y el síndrome psico-orgánico.
- C) La distimia desconfiada se caracteriza por la presencia mantenida de sentimientos de recelo y suspicacia que motivan una conducta defensiva. Se ve en cuadros paranoides y esquizofrenias.
- D) Todas son ciertas.

**29 ¿Con cuál de los siguientes términos definimos a todos aquellos estados de mutismo, reducción de la actividad motora y fluctuación de la conciencia?**

- A) Letargia.
- B) Obnubilación.
- C) Estupor psiquiátrico.
- D) Confusión.

**30 Dentro de la psicopatología de la atención, están descritas las pseudoaproxias. Se dan en:**

- A) Esquizofrenia.
- B) Cuadros orgánicos.
- C) Trastornos por estrés postraumático.
- D) Simulación, síndrome de Ganser y en comportamientos histéricos.

- 31 En los siguientes estados psicopatológicos es cierto que:**
- A) Las pseudoaproxias se observan en los estados hipocondríacos y en los pacientes obsesivos ruidadores.
  - B) Las paraprosexias son características de ciertos estados disociativos, como el Síndrome de Ganser.
  - C) Las pseudoaproxias son características de las simulaciones.
  - D) Todas las anteriores son ciertas.
- 32 ¿Con cuál de las siguientes pruebas puede ser medida la conceptulización?**
- A) Benton Line Orientation Test.
  - B) Thematic Apperception Test.
  - C) Wisconsin Card Sorting Test.
  - D) Continius Performance Test.
- 33 ¿Cuál de las siguientes NO es una técnica de neuroimagen funcional?**
- A) DTI.
  - B) SPECT.
  - C) PET.
  - D) RMNf.
- 34 ¿Las lesiones de qué región cerebral reducen las respuestas inhibitorias y llevan a que el individuo se torne irresponsable, impulsivo, descuidado, y pierda la habilidad para planear y tomar decisiones?**
- A) Corteza occipital.
  - B) Corteza prefrontal orbitofrontal lateral y medial.
  - C) Amígdala.
  - D) Córtex temporal.
- 35 ¿Cuál de las siguientes características NO es propia del cuadro confusional agudo?**
- A) Hay afectación del nivel de conciencia.
  - B) El comienzo es brusco.
  - C) Es irreversible.
  - D) Aparece como consecuencia de una causa orgánica.
- 36 Con respecto a las anomalías estructurales que pueden hallarse por técnicas de neuroimagen en la Esquizofrenia, señale la respuesta INCORRECTA:**
- A) Incluyen, entre otras, dilatación de los ventrículos laterales y del tercer ventrículo.
  - B) Dichas alteraciones son específicas y podrían considerarse diagnósticas.
  - C) Algunas de estas alteraciones están presentes en menor grado en familiares no afectados de los pacientes.
  - D) Puede encontrarse atrofia cortical global con predominio prefrontal.

- 37 El cannabis es una de las sustancias ilegales más consumidas en la actualidad en todo el mundo. Indique que afirmación, sobre sus farmacológicos y clínicos, NO es cierta:**
- A) El cannabis puede precipitar flashbacks después de semanas o meses de abstinencia.
  - B) La intoxicación no produce efectos cardiovasculares o respiratorios que amenacen la vida, pero sí puede producir delirium tras consumo de grandes dosis.
  - C) La aparición de sintomatología ansiosa es dependiente de la dosis y es frecuente en consumidores poco experimentados.
  - D) Todas son ciertas
- 38 Todos los siguientes son criterios diagnósticos para el trastorno paranoide de personalidad, EXCEPTO:**
- A) Vislumbrar significados ocultos amenazadores en observaciones inocentes.
  - B) Elegir casi siempre actividades solitarias.
  - C) Preocupación por dudas no justificadas acerca de la lealtad de los amigos.
  - D) Reticencia a confiar en los demás.
- 39 Con respecto a la tricotilomanía, señale la respuesta CORRECTA:**
- A) Suele iniciarse en edades tempranas de la vida (15-16 años).
  - B) La mayoría de los casos que se presentan en la primera infancia tienden a cronificarse en el tiempo.
  - C) Suele cursar de forma crónica, continua e insidiosa.
  - D) Los escasos pacientes con un inicio tardío de esta patología muestran un peor pronóstico.
- 40 En la sintomatología del trastorno de ideas delirantes, ¿cuál de las siguientes respuestas NO es correcta?**
- A) Es frecuente encontrar una actividad delirante desorganizada.
  - B) La afectividad está bien conservada, con ausencia de la sintomatología negativa propia de los pacientes esquizofrénicos.
  - C) En general, se mantiene integrada la personalidad, sin que aparezcan comportamientos extravagantes.
  - D) Se mantiene conservada la capacidad de adaptación al entorno sociolaboral.
- 41 ¿Cuál de los siguientes NO es un factor que se asocie con riesgo de recurrencia de la Depresión?**
- A) Presencia de síntomas residuales.
  - B) Antecedentes de haber sufrido maltrato infantil.
  - C) Trastorno de personalidad comórbido.
  - D) Edad tardía de aparición del episodio depresivo.
- 42 En el trastorno obsesivo compulsivo (TOC), los tipos de conjunto de síntomas obsesión/compulsión incluyen todos los siguientes, EXCEPTO:**
- A) Suciedad y contaminación.
  - B) Contar y comprobar.
  - C) Acaparamiento.
  - D) Distorsiones de la imagen corporal.

- 43 Señale la respuesta FALSA con respecto a los signos que pueden indicar que el dolor lumbar es de origen no orgánico:**
- A) Reacciones exageradas del paciente durante el examen.
  - B) Aumento de resultados físicos positivos al pedírsele a un paciente que repita un movimiento.
  - C) Sensibilidad superficial.
  - D) Ninguna de las anteriores.
- 44 Con respecto al Trastorno de Personalidad Paranoide, señale la respuesta INCORRECTA:**
- A) La prevalencia oscila entre el 2% y el 4% de la población general.
  - B) Las personas afectas raramente buscan tratamiento por sí mismas.
  - C) Se diagnostica con más frecuencia en hombres que en mujeres.
  - D) Cuando acuden a consulta, la sintomatología es fácilmente evidenciable en la entrevista clínica.
- 45 Señale la respuesta CORRECTA. ¿Qué características definen a la Personalidad Histriónica?**
- A) La exuberancia, los bruscos cambios de humor a partir de la percepción de pequeñeces.
  - B) La teatralidad, la superficialidad y la aparente falta de sinceridad.
  - C) La tendencia a deformar la realidad y a refugiarse en lo fantástico.
  - D) Todas las anteriores son correctas.
- 46 Señale la respuesta INCORRECTA respecto al Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad:**
- A) Los pacientes generalmente tienen relaciones tormentosas con los demás.
  - B) Los pacientes pueden experimentar repetidos y marcados cambios de humor a lo largo de un mismo día.
  - C) En el manejo terapéutico debe restarse importancia a la ideación suicida.
  - D) Son frecuentes los sentimientos de vacío.
- 47 El Síndrome de Piernas Inquietas es causa frecuente de insomnio crónico, y puede estar asociado a diversas enfermedades médicas. Señale cuál de ellas:**
- A) Neuropatías periféricas.
  - B) Anemia.
  - C) Enfermedad pulmonar crónica.
  - D) Puede asociarse a todas ellas.

- 48 La mayoría de las personalidades comparten algunos rasgos esenciales. Señale la respuesta FALSA en relación con los rasgos presentes en la Personalidad Antisocial:**
- A) Las personalidades antisociales y paranoides comparten características: tienden a ser hipersensibles, interpretan comentarios inocentes como ofensas encubiertas, se encolerizan fácilmente y algunas veces tiene problemas con la ley. Ambos encuentran motivos malévolos en los demás para justificar su agresividad. El antisocial suele mostrarse indiferente ante la posibilidad de ser detenido o castigado, en cambio, el paranoide se muestra hipervigilante y en continua tensión. Esta tensión o inquietud es poco frecuente en la mayoría de los antisociales
- B) Las personalidades antisociales, histriónicas y límites a menudo son manipuladoras e impulsivas, y las tres tienden a actuar de forma exagerada en ocasiones.
- C) El desdén hacia las normas sociales suele inducir a confusión entre las personalidades narcisista y antisocial. Ambas explotan a los demás en su propio beneficio, sin embargo, el narcisista es más pasivo y menos consciente de hacerlo que el antisocial. Los esquemas del narcisista no incluyen la ruptura de promesas explotadora del antisocial, sino que su pretenciosidad centrada en el sí mismo le conduce a pensar que los demás simplemente se lo deben, mientras que el antisocial es desleal y despiadado de forma deliberada.
- D) Todas ellas son ciertas.
- 49 Con cuál de las siguientes entidades diagnósticas son compatibles las siguientes manifestaciones clínicas: "El trastorno se caracteriza por la alteración y la singularidad de la interacción social, así como la limitación de los intereses y conductas. No existen retrasos significativos del lenguaje o del desarrollo cognitivo".**
- A) Autismo atípico.
- B) Síndrome de Asperger.
- C) Autismo infantil.
- D) Ninguna de las anteriores es correcta.
- 50 En el Trastorno de Rett, todas las afirmaciones son ciertas, EXCEPTO:**
- A) Durante los primeros 5 meses de vida postnatal alcanzan habilidades motoras acordes con su edad.
- B) Entre los 2 y los 4 años de edad comienzan a desarrollar una encefalopatía con una serie de rasgos característicos.
- C) La mayoría de las pacientes manifiesta respiración desorganizada mientras permanecen despiertas.
- D) Durante el sueño, la respiración habitualmente se normaliza.

- 51 Señale la respuesta INCORRECTA sobre el Trastorno de Ansiedad de Separación en la infancia:**
- A) Este trastorno se diferencia de la ansiedad normal de separación por su gravedad, que es de un grado estadísticamente anormal.
  - B) La ansiedad de separación que comienza en una edad no adecuada al momento evolutivo (por ejemplo, durante la adolescencia), debe codificarse también en esta categoría
  - C) El diagnóstico requiere que no haya alteraciones generalizadas del desarrollo de la personalidad.
  - D) La ansiedad se acompaña de un comportamiento social significativamente restringido.
- 52 El objetivo más importante de la psicoterapia, en el paciente suicida, es:**
- A) Los aspectos éticos.
  - B) La reducción del estrés.
  - C) El entrenamiento en habilidades sociales.
  - D) El establecimiento de una alianza terapéutica.
- 53 El suicidio se asocia con frecuencia a la presencia de trastornos mentales. Señale la afirmación correcta:**
- A) El riesgo de suicidio en los trastornos psicóticos es 30-40 veces mayor que para la población general.
  - B) En la depresión mayor existe un riesgo de suicidio 20 veces mayor respecto a la población general.
  - C) En el trastorno afectivo bipolar el riesgo de suicidio es 15 veces mayor que en la población general.
  - D) Todas son ciertas
- 54 Sobre la elaboración y ratificación del Plan Individualizado de Tratamiento (PIT) del paciente con Trastorno Mental Grave (TMG), es cierto que:**
- A) Todos los pacientes con TMG confirmado contarán con un plan personal de atención denominado plan individualizado de tratamiento (PIT). El PIT se concretará en un documento que deberá especificar, para todas y cada una de las áreas evaluadas, los datos más relevantes sobre: necesidades detectadas, intervenciones previstas, profesionales responsables, dispositivos implicados y mecanismos de seguimiento y revisión periódica.
  - B) El PIT no tendrá que ser consensuado entre los profesionales y el paciente. El paternalismo y el principio de beneficencia son mejores criterios que cumplir las directrices ético-legales existentes sobre derechos y deberes en cuanto al respeto de la autonomía del paciente.
  - C) La ratificación del PIT debe ser realizada por la comisión de TMG, presidida por el director de la UGC de SM y en la que participan representantes de los distintos dispositivos de Salud Mental, de Atención Primaria y FAISEM.
  - D) Las respuestas A y D son ciertas.

- 55 Entre las complicaciones generales de la anorexia nerviosa se encuentra:**
- A) Leucocitosis.
  - B) Alcalosis hiperpotasémica.
  - C) Arritmias cardíacas.
  - D) Hipercloremia.
- 56 A un niño que regurgita y vuelve a masticar la comida, se le puede diagnosticar de:**
- A) Trastorno de la conducta alimentaria en la infancia o niñez.
  - B) Pica.
  - C) Trastorno de rumiación.
  - D) Eneuresis.
- 57 El autismo infantil:**
- A) Se trata de un trastorno generalizado del desarrollo, definido por la presencia de un desarrollo alterado o anormal, que se manifiesta a partir de los tres años.
  - B) Predomina en las chicas, con una frecuencia tres a cuatro veces superior a la que se presenta en los chicos.
  - C) Son constantes las alteraciones cualitativas de la comunicación.
  - D) Según la CIE-10, excluye el Síndrome de Kanner.
- 58 Señale la respuesta INCORRECTA con respecto al Trastorno de Personalidad Dependiente:**
- A) Las personas que lo padecen son incapaces de tomar decisiones sin recabar un excesivo consejo y reafirmación por parte de los demás.
  - B) Tienden a buscar la soledad.
  - C) Evitan los puestos de responsabilidad.
  - D) El trastorno se caracteriza por un patrón generalizado de conducta dependiente y sumisa.
- 59 A un paciente que se muestra excesivamente preocupado por su propia apariencia y por llamar la atención de los demás, es muy probable que se le diagnostique un:**
- A) Trastorno histriónico de la personalidad.
  - B) Trastorno antisocial de la personalidad.
  - C) Trastorno obsesivo de la personalidad.
  - D) Trastorno paranoide de la personalidad.
- 60 Dentro de los criterios diagnósticos de la CIE-10 para el Trastorno Adaptativo:**
- A) Los síntomas pueden variar tanto en su naturaleza como en su gravedad en distintos momentos.
  - B) Los síntomas tienen que aparecer como máximo 3 meses después de exponerse a un factor estresante psicosocial.
  - C) En la reacción depresiva leve no es superior a los 3 meses.
  - D) Ninguna de las respuestas anteriores es cierta.

- 61 Con respecto a la hipocondría, todas las afirmaciones son ciertas, EXCEPTO:**
- A) Los síntomas del trastorno son considerados una demanda de la aceptación del rol realizada por una persona que se enfrenta a problemas aparentemente salvables y con solución.
  - B) La escuela psicodinámica del pensamiento ha formulado una cuarta teoría, en la que los deseos agresivos y hostiles contra los demás son transferidos a síntomas físicos.
  - C) Los síntomas pueden aparecer a cualquier edad, pero es más frecuente entre personas de 20 a 30 años.
  - D) El 80 % puede sufrir también trastornos depresivos o de ansiedad.
- 62 ¿Cuál de las siguientes patologías NO se incluye dentro del diagnóstico diferencial del Trastorno de Pánico?**
- A) Hipertiroidismo.
  - B) Enfermedad de Addison.
  - C) Síndrome de Cushing.
  - D) Todas son correctas.
- 63 De las siguientes, señala la respuesta correcta:**
- A) La tasa de mortalidad de los pacientes con Trastorno Bipolar es dos o tres veces superior a la de la población general.
  - B) La esquizofrenia tiene origen genético dominante.
  - C) Los antidepresivos tricíclicos son siempre de primera elección.
  - D) La proporción de pacientes con problemas sociales y económicos es muy escasa en el Trastorno Bipolar.
- 64 Ante una persona que en el plazo de unos pocos días presenta un cuadro clínico caracterizado por la convicción de que alguna de las personas cercanas han sido sustituidas por algún doble o personas extrañas, sin poder encontrar una explicación a ello, ¿cómo se llama el síndrome que presenta?**
- A) Clérambault.
  - B) Ganser.
  - C) Capgras.
  - D) Cotard.
- 65 En comparación con el subtipo hipoactivo de delirium, el subtipo hiperactivo se caracteriza por las siguientes manifestaciones, A EXCEPCIÓN DE:**
- A) Irritabilidad.
  - B) Inquietud.
  - C) Disfunción cognitiva más grave.
  - D) Hipervigilancia.
- 66 Entre las características del psicoanálisis clásico u ortodoxo se encuentran:**
- A) Tener como instrumentos terapéuticos el manejo adecuado de la transferencia y la contratransferencia.
  - B) Actitud de abstinencia y de atención flotante por parte del terapeuta.
  - C) La respuesta A es cierta.
  - D) Las respuestas A y B son ciertas.

- 67 ¿Cuál de las siguientes NO se considera una Terapia Cognitivo-Conductual de las denominadas "de tercera generación"?**
- A) Terapia de aceptación y compromiso.
  - B) Terapia cognitiva basada en la conciencia plena.
  - C) Terapia racional emotiva.
  - D) Psicoterapia analítica funcional.
- 68 ¿Cuál de los siguientes NO es un predictor de buena respuesta al tratamiento con Terapia Electroconvulsiva (TEC)?**
- A) Edad avanzada.
  - B) Síntomas psicóticos asociados al episodio depresivo.
  - C) Falta de respuesta al tratamiento con fármacos antidepresivos.
  - D) Respuesta temprana al tratamiento con TEC.
- 69 El tratamiento con litio está contraindicado en el primer trimestre del embarazo, debido al riesgo de producir anomalías congénitas. ¿Cuál es la anomalía que más frecuentemente produce?**
- A) Anomalía de Ebstein de la válvula tricúspide.
  - B) Espina bífida.
  - C) Labio leporino y hendidura palatina.
  - D) Focomelia.
- 70 Indique qué afirmación es FALSA respecto al litio:**
- A) La disminución de la cafeína disminuye el temblor fino del litio.
  - B) El litio se une mínimamente a proteínas y se elimina por vía renal al cabo de aproximadamente 24 horas.
  - C) La anomalía de Ebstein es muy infrecuente en la población general (1/20.000 recién nacidos vivos) y, aunque el riesgo global de dicha anomalía pueda ser mayor en relación con el uso del litio durante el embarazo, su prevalencia asociada al litio es muy baja.
  - D) El riesgo de aparición de neurotoxicidad por litio se incrementa en pacientes tratados con TEC y neurolépticos.
- 71 ¿Qué NO es indicación de los antipsicóticos?**
- A) Trastornos de conducta.
  - B) Psicosis tóxica.
  - C) Depresión psicótica.
  - D) Ansiedad fóbica.
- 72 El modelo general de sistemas tiene relevancia en la Terapia Familiar. ¿Cuál de los siguientes enunciados es falso en relación a dicho modelo?**
- A) Se basa en la teoría general de sistemas y sostiene que las familias son sistemas y que toda acción que tiene lugar en su seno induce una reacción en uno o más de sus miembros.
  - B) Las familias tienen límites externos y normas internas.
  - C) Se supone que cada miembro interpreta un papel y estos papeles son estables e inmodificables.
  - D) Todas las anteriores son verdaderas.

**73 ¿Cuál de estas aseveraciones es cierta?**

- A) Preguntar circularmente es incorrecto.
- B) Las preguntas reflexivas no son adecuadas.
- C) Entrevistar circularmente significa basarse en la retroalimentación recibida.
- D) Todas son falsas.

**74 La indicación fundamental de la clozapina es el tratamiento de la esquizofrenia resistente o refractaria a tratamiento. Señale la respuesta FALSA:**

- A) La dosis máxima no debería superar los 900 mg/día.
- B) Se recomienda iniciar el tratamiento con una pauta de 100 mg/día, en monodosis.
- C) Es conveniente dividir la dosis diaria en 2 ó 3 tomas, para reducir el riesgo de secundarismos.
- D) Para la mayoría de los pacientes, la dosis terapéutica se alcanza entre los 300-600 mg/día.

**75 En relación al antidepresivo trazodona, hay una afirmación que es FALSA:**

- A) Es fundamentalmente un ISRS, con efectos mínimos en la recaptación de noradrenalina o dopamina.
- B) El potente antagonismo de los receptores alfa1-postsinápticos explica la propensión a provocar hipotensión ortostática.
- C) Posee moderada actividad antihistaminérgica H1.
- D) Produce una intensa actividad anticolinérgica.

**76 Sobre la farmacocinética de las benzodiazepinas, diga qué respuesta es INCORRECTA:**

- A) Diazepam y clorazepato se absorben con mucha facilidad y actúan con rapidez.
- B) Lorazepam y clordiazepóxido presentan tasas intermedias de absorción y de inicio de acción. Ambos se absorben a velocidades similares en el tracto gastrointestinal, sin embargo, cuando se administra por vía intramuscular lorazepam presenta una absorción más fiable, rápida y completa.
- C) El diazepam es menos liposoluble que el lorazepam, por lo que los pacientes tienen menos posibilidades de presentar un inicio más rápido de la reducción de la ansiedad y de la aparición de los efectos adversos cuando toman diazepam.
- D) La liposolubilidad de una benzodiazepina influye en la velocidad con la que atraviesa la barrera hematoencefálica mediante difusión pasiva; a su vez, este parámetro determina la rapidez e intensidad del efecto.

**77 ¿Cuál de los siguientes diagnósticos NO está incluido en el Proceso Asistencial Integrado “Ansiedad-Depresión-Somatización” de la Consejería de Salud y Familias Andalucía?**

- A) Episodios depresivos.
- B) Trastorno obsesivo-compulsivo.
- C) Trastorno mixto ansioso-depresivo.
- D) Trastornos somatomorfos.

**78 En pacientes hepatópatas se recomienda:**

- A) Trazodona.
- B) Sertalina.
- C) Reboxetina.
- D) Venlafaxina.

**79 El espacio de colaboración entre Atención Primaria y Salud Mental en el Proceso Asistencial Integrado “Trastorno Mental Grave (TMG)” contempla las siguientes actividades, EXCEPTO:**

- A) Interconsulta y coterapia.
- B) Análisis de casos.
- C) Docencia e investigación.
- D) Todas son correctas.

**80 ¿Cuál de los siguientes NO es un factor de riesgo para sufrir mayor gravedad del síndrome de abstinencia a benzodiacepinas?**

- A) Interrupción brusca del tratamiento.
- B) Tratamiento a dosis elevadas.
- C) Tratamiento de larga duración.
- D) Benzodiacepinas de vida media larga.

**81 Identifica la afirmación FALSA respecto a la fluoxetina:**

- A) Es eficaz en el tratamiento de la eyaculación precoz, aunque se ha descrito que el incremento de la latencia hasta la eyaculación es mayor con la paroxetina que con la fluoxetina.
- B) Se metaboliza hacia norfluoxetina, que presenta actividad similar a la de fluoxetina en la recaptación de 5-HT.
- C) La semivida de eliminación de norfluoxetina es mayor (4-16 días) que la de fluoxetina (4-6 días)
- D) La semivida relativamente prolongada de la fluoxetina no ofrece una protección mayor frente al síndrome de discontinuación asociado a la interrupción súbita del fármaco, en comparación con los ISRS.

**82 De las inhibiciones de la inteligencia:**

- A) Las inhibiciones neuróticas se instalan sobre una organización neurótica de la personalidad básica.
- B) Las inhibiciones neuróticas son resultado del bloqueo que dicha actividad neurótica puede ejercer sobre la vida intelectual de la persona.
- C) Las inhibiciones falsas de la inteligencia son también llamadas síndrome de Ganser, pseudodemencia o síndrome del bufón.
- D) Todas ellas son correctas.

- 83 Sobre el uso de instrumentos/escalas en la evaluación del riesgo suicida, señale la correcta:**
- A) Su uso está generalizado en la práctica clínica.
  - B) El uso de dichos instrumentos debe ser considerado una ayuda que nunca sustituirá la evaluación clínica.
  - C) La escala SAD PERSONS goza de popularidad, pero no tiene ningún estudio que haya evaluado sus propiedades psicométricas. Ha sido recomendada para su uso en atención primaria.
  - D) Las respuestas B y C son correctas.
- 84 Señale la respuesta FALSA de entre las siguientes, que hacen referencia a indicaciones terapéuticas del litio:**
- A) Miastemia gravis.
  - B) Cefalea en racimos.
  - C) Tilotricomanía.
  - D) Insomnio refractario.
- 85 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?**
- A) La disociación se desencadena como un mecanismo de defensa, mientras que la represión responde a miedos o deseos ocultos.
  - B) La información disociada se mantiene fuera de la memoria durante un periodo de tiempo difuso, mientras que la información reprimida se mantiene fuera de la memoria durante un tiempo muy delimitado,
  - C) La información disociada está disfrazada y fragmentada, mientras que la información reprimida se almacena de un modo discreto y no transformado.
  - D) Ninguna de las anteriores.
- 86 En referencia al Programa Individualizado de Tratamiento (PIT) en el Proceso Asistencial Integrado “TMG”, señale la respuesta INCORRECTA:**
- A) Todas las personas con trastorno mental grave contarán con un plan denominado PIT en un tiempo máximo de 45 días.
  - B) No se debe tratar al paciente con TMG por un único profesional ya que la persona se debe beneficiar de un equipo multidisciplinar e intersectorial.
  - C) Se elaborará un plan de atención en colaboración con el paciente y familia tan pronto como sea posible después de la evaluación.
  - D) El PIT será el documento de referencia para la realización del conjunto de las intervenciones necesarias y para la atención continuada de las personas con TMG.
- 87 Los rasgos clínicos en los terrores nocturnos son los siguientes, A EXCEPCIÓN de:**
- A) El recuerdo del acontecimiento es mínimo.
  - B) Por lo general se presentan durante el primer tercio del sueño.
  - C) Tienen una duración característica de 20 a 30 minutos.
  - D) El síntoma predominante es la presencia de episodios repetidos de despertarse durante el sueño.

- 88 Una de las siguientes afirmaciones sobre cómo se utiliza el cuestionamiento socrático en el procedimiento de reestructuración cognitiva, NO es una explicación correcta:**
- A) En base a experiencias recientes del paciente, realizar una lista de evidencias a favor y en contra de mantener su afirmación.
  - B) Realizar experimentos conductuales para demostrar objetivamente la validez de las afirmaciones que realiza el paciente.
  - C) Estimular al paciente para que hable sobre sí mismo, y asociando libremente los temas que improvisa, ayudarle a entender la causa de lo que le pasa.
  - D) Buscar el significado de las palabras que el paciente utiliza para describirse a sí mismo, y analizar si todas las acepciones de la palabra son aplicables a su caso y a sus condiciones, finalmente, buscar descripciones más ajustadas a su propia realidad.
- 89 Señale la respuesta INCORRECTA sobre la Pica:**
- A) No suele responder a anomalías biológicas específicas.
  - B) Muchas veces se identifica cuando aparecen problemas médicos, como obstrucción intestinal, infecciones gástricas o envenenamientos.
  - C) Es más frecuente en el trastorno del espectro autista y la discapacidad intelectual.
  - D) Es casi siempre un trastorno persistente que puede mantenerse durante años de forma intermitente.
- 90 Los modelos psiquiátricos más importantes son todos los siguientes, EXCEPTO:**
- A) Médico.
  - B) Cognitivo.
  - C) Psicodinámico.
  - D) Sociológico.
- 91 En la tricotilomanía, todas las afirmaciones son ciertas, EXCEPTO:**
- A) Se observan alteraciones de la piel o el cuero cabelludo.
  - B) Puede ir seguida de tricofagia.
  - C) Puede causar prurito y cosquilleo en la zona afectada.
  - D) Los pacientes niegan la conducta y tratan de ocultar la alopecia.
- 92 Las complicaciones médicas de la bulimia nerviosa comprenden todas las siguientes, EXCEPTO:**
- A) Aumento de la amilasa sérica.
  - B) Hipocloremia.
  - C) Hiperpotasemia.
  - D) Elevación o disminución de bicarbonato.

- 93 Dentro de las recomendaciones de "no hacer" en el Proceso Asistencial Integrado "Trastorno Mental Grave" (TMG), es FALSO que:**
- A) Los medicamentos deben utilizarse para el trastorno por inestabilidad emocional, para síntomas aislados o comportamiento asociado con el trastorno como el riesgo de repetición de conductas autolíticas.
  - B) No se debe valorar y tratar al paciente por un único profesional.
  - C) Se recomienda evitar la polifarmacia, salvo en periodos breves de cambio de medicación o de forma individualizada en situaciones clínicas especiales y siempre de forma individualizada y no rutinaria.
  - D) Una vez detectada la persona con TMG, no se debe iniciar tratamiento antipsicótico en atención primaria, necesitando la intervención de una Unidad de Salud Mental para poder iniciar un tratamiento precoz especializado.
- 94 La idea muy impregnada afectivamente, que rige la actividad del sujeto, se denomina:**
- A) Idea delirante.
  - B) Idea sobrevalorada.
  - C) Idea obsesiva.
  - D) Idea deliroide.
- 95 El uso de las clasificaciones en psicopatología conlleva observar las siguientes consideraciones, EXCEPTO:**
- A) Las etiquetas diagnósticas son realidades en sí mismas.
  - B) Dada la versatilidad y complejidad de la conducta humana, las clasificaciones tienen un carácter hipotético.
  - C) Las categorías diagnósticas deben de entenderse como una serie de entidades de naturaleza hipotética que han de revisarse sistemáticamente basándose en la investigación empírica que paralelamente se desarrolla para su verificación.
  - D) Desde un punto de vista sociológico, si no son entidades reales en sentido estricto, su utilización acrítica puede tener consecuencias estigmatizadoras nefastas sobre el individuo que las recibe.
- 96 En cuanto a los estudios epidemiológicos, ¿Qué tipo de estudios se conocen también como estudios longitudinales?**
- A) Casos y controles.
  - B) Cohortes.
  - C) Estudios ecológicos.
  - D) Estudios de intervención comunitaria.
- 97 ¿Cuál de los siguientes términos psicopatológicos se corresponde con esta definición? "Se denomina así a la falta de control afectivo, existiendo estados afectivos o emociones que surgen de modo exageradamente rápido, que alcanzan una intensidad excesiva y que no pueden ser dominados".**
- A) Labilidad emocional.
  - B) Paratimia.
  - C) Ambitimia.
  - D) Incontinencia afectiva.

**98 En cuanto al juego patológico, señale la respuesta NO correcta:**

- A) En los manuales diagnósticos el juego patológico se clasifica como un trastorno del control de los impulsos, y más recientemente, dentro de un apartado de una categoría llamada adicciones comportamentales y a sustancias, que incluiría trastornos como el juego patológico, la compra compulsiva y las adicciones tecnológicas, entre otras.
- B) La conducta de juego debe considerarse desde una perspectiva dimensional, como un continuo, con niveles o estadios que reflejan el grado de implicación en el juego (desde el juego social y responsable, pasando por la conducta problemática y llegando a la conducta de juego patológica).
- C) No se conocen factores de riesgo biológicos y psicosociales que convenga estudiar e identificar, para el desarrollo de tratamientos más específicos y eficaces.
- D) Aspectos como la comorbilidad, el género y la edad, entre otras variables, son clave para decidir la indicación terapéutica más conveniente en cada caso, adaptando los programas estándar a las características concretas de cada paciente.

**99 Señala la respuesta INCORRECTA sobre la tricotilomanía:**

- A) Puede hacer su aparición en la infancia, la adolescencia o la edad adulta.
- B) Es más frecuente en el sexo femenino.
- C) Está relacionado habitualmente con bajo nivel intelectual.
- D) Recibe también el nombre de tricología. Fue descrita por Hallopeau. Consiste en una irresistible incitación de tirarse del cabello

**100 Señale la respuesta INCORRECTA sobre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH):**

- A) La hiperactividad puede ser más grave en determinadas situaciones y menos en otras.
- B) El diagnóstico de TDAH requiere la persistencia de síntomas disfuncionales que incluyan hiperactividad/impulsividad o déficit de atención en, al menos, dos situaciones distintas.
- C) Son rasgos característicos del TDAH la escasa capacidad de atención y la alta facilidad para distraerse, independientemente de la edad cronológica y el grado de desarrollo.
- D) En la escuela, los niños con TDAH a menudo muestran dificultades para seguir las instrucciones y necesitan atención complementaria e individualizada por parte de los profesores.

**CASO PRÁCTICO 1:**

Rocío es una chica de 19 años que acude a primera consulta en la Unidad de Salud Mental Comunitaria acompañada de sus padres. Su Médico de Atención Primaria la ha derivado porque desde hace unos seis meses ha comenzado con episodios de atracones seguidos de vómitos autoprovocados. Los familiares sitúan el inicio a partir de una dieta que siguió durante un mes. En la primera entrevista Rocío dice que siempre ha tratado de cuidar su peso porque "tenía tendencia a engordar", pero que hace unos meses unas amigas le dijeron que estaba "más gordita" y por eso quiso hacer dieta. Desde entonces, trata de comer muy poco porque no quiere engordar nada, pero al final "estalla" y se producen los episodios de atracones en los que come "todo lo que encuentra, sobre todo chucherías". Después de los atracones se siente "muy llena y culpable" y acaba provocándose el vómito. A pesar de estas conductas, no hay una pérdida ponderal y el IMC se mantiene dentro del rango de la normalidad.

**101 Con estos datos, ¿cuál es el diagnóstico que emitiría?**

- A) Anorexia nerviosa (F50.0).
- B) Anorexia nerviosa atípica (F50.1).
- C) Bulimia nerviosa (F50.2).
- D) Pica (F50.8).

**102 Tras la entrevista de acogida con Psiquiatra, a Rocío se le proporcionan citas con el resto de profesionales de la Unidad de Salud Mental Comunitaria para llevar a cabo un abordaje multidisciplinar del caso. Según el Proceso Asistencial Integrado (PAI) "Trastornos de la conducta alimentaria" (TCA), ¿en cuánto tiempo desde esta primera entrevista debe haberse realizado la evaluación multidisciplinar?**

- A) Un mes.
- B) Quince días.
- C) Dos meses.
- D) Cuarenta y cinco días.

**103 Tras la valoración multidisciplinar, y de acuerdo con la paciente, se decide iniciar tratamiento psicoterapéutico y tratamiento psicofarmacológico. Según el mencionado PAI TCA, ¿cuál sería la opción que elegiría para tratamiento psicoterapéutico?**

- A) Terapia basada en la mentalización.
- B) Psicoterapia interpersonal.
- C) Psicoterapia dinámica focal.
- D) Psicoterapia cognitivo conductual.

**104 ¿Y cuál sería el tratamiento farmacológico más indicado?**

- A) Sertralina con dosis objetivo de 200 mg/día.
- B) Fluoxetina con dosis objetivo de 60 mg/día.
- C) Fluoxetina con dosis objetivo de 20 mg/día.
- D) Citalopram con dosis objetivo de 40 mg/día.

**105 Lamentablemente, la evolución de Rocío no es favorable y, a pesar del tratamiento llevado a cabo en la USMC, los episodios de atracones y conductas purgativas son cada vez más frecuentes. Al mismo tiempo, se producen cada vez más conflictos en la relación con la familia y la paciente va presentando un progresivo aislamiento social a causa del trastorno que padece. En este caso, ¿qué intervención sería más adecuada siguiendo las indicaciones del PAI TCA?**

- A) Ingreso en Unidad de Hospitalización de Salud Mental.
- B) Derivación a Hospital de Día.
- C) Cambiar de Referente en la USMC.
- D) Derivar a programas ocupacionales no sanitarios.

**106 En caso de que la evolución continuara siendo desfavorable y hubiera que cursar un ingreso hospitalario, ¿cuál de las siguientes NO constituye un criterio de ingreso, atendiendo al PAI TCA?**

- A) Negativa absoluta a comer o imposibilidad de control de conductas bulímicas.
- B) Riesgo de autolesiones severas.
- C) Conflicto familiar severo que impida la posibilidad de aplicar las normas terapéuticas prescritas a domicilio.
- D) Todas las anteriores son criterios de ingreso hospitalario.

---

**CASO PRACTICO 2:**

Atiende en consulta a un hombre de 24 años de edad que es derivado por su Médico de Atención Primaria por "protocolo". En la consulta, el paciente cuenta que trabaja como Administrativo en el Ayuntamiento de su pueblo y que sufre mucho "estrés" en el trabajo. Refiere que: "Yo me encargo de las peticiones de subvenciones y esas cosas y siento mucha presión, estoy sobrecargado y muchas veces me voy varias horas más tarde de lo que me corresponde. El caso es que desde hace unos meses voy más lento con todo porque cuando termino de hacer cualquier trámite, me entra la duda y tengo que comprobarlo. Yo sé que es una tontería, pero no puedo evitar pensarlo. Empiezo a pensar que a ver si me he equivocado en algo y lo tengo que revisar porque es que si no lo hago no puedo con la ansiedad que me entra". Preguntado acerca de si esto le sucede solo en el trabajo, refiere que: "Al principio sí, pero ahora me pasa también en casa con cosas tontas. Tengo que mirar si he desconectado la plancha, si he cerrado la puerta, si he apagado el aire acondicionado...el caso es que lo miro y en cuanto me doy la vuelta me entra otra vez la duda y al final tengo que mirarlo tres o cuatro veces". Sin embargo, relata aún otra situación que le genera mayor angustia: "Un día iba conduciendo un poco más despistado y estuve a punto de saltarme un paso de peatones. Desde entonces, no puedo coger el coche porque me entra la duda de si habré atropellado a alguien porque no me haya dado cuenta. Ese pensamiento me atormenta mucho y por eso he dejado de coger el coche. Yo intento no pensarlo o no

hacer caso pero no puedo evitarlo". Más allá de la ansiedad que le generan sus "dudas" y la preocupación por lo que le está sucediendo, el paciente no refiere alteraciones importantes del ánimo. No hay antecedentes personales de interés y niega consumo de tóxicos.

---

**107 ¿Cómo calificaría las ideas que asaltan al paciente?**

- A) Ideas sobrevaloradas.
- B) Ideas delirantes primarias.
- C) Ideas delirantes secundarias.
- D) Ideas obsesivas.

**108 ¿Qué diagnóstico le parece más adecuado?**

- A) Trastorno Obsesivo Compulsivo.
- B) Trastorno de Ansiedad Generalizada.
- C) Trastorno Psicótico Agudo.
- D) Trastorno de Ansiedad Fóbica.

**109 ¿Cuál de los siguientes fármacos NO elegiría como primera opción para tratar a este paciente?**

- A) Venlafaxina.
- B) Sertralina.
- C) Fluoxetina.
- D) Fluvoxamina.

**110 Si se decidiera a pautar Fluoxetina, ¿cuál de las siguientes dosis le parece más recomendable para tratar exitosamente el trastorno que padece el paciente?**

- A) 20 mg/día.
- B) 20-40 mg/día.
- C) 40-80 mg/día.
- D) 20-30 mg/día.

**111 En caso de que a pesar de utilizar Fluoxetina, a las dosis seleccionadas, el paciente no tuviera una buena evolución, ¿cuál de las siguientes estrategias NO consideraría para tratar de alcanzar la remisión?**

- A) Asociar Terapia Cognitivo Conductual.
- B) Añadir Risperidona al tratamiento.
- C) Añadir Clomipramina a dosis bajas (además del tratamiento con Fluoxetina).
- D) Añadir Valproico al tratamiento.

---

### **CASO PRÁCTICO 3:**

María es una paciente de 35 años de edad que acude a su consulta derivada por su médico de Atención Primaria. Al parecer, hace tres años comenzó a presentar crisis de ansiedad y su médico le prescribió Alprazolam. Desde entonces, continúa tomando dicho fármaco, en dosis progresivamente creciente. Ella explica que ha tratado de dejar el Alprazolam por su cuenta en varias ocasiones, pero que no ha podido y al final ha

**tenido que pedirle a su médico que vuelva a recetárselas. De igual manera, algunas veces guarda cajas del medicamento por temor a que se le termine.**

---

**112 ¿Cuál de las siguientes opciones le parece MENOS recomendable en este caso?**

- A) Valorar si aún existe sintomatología ansiosa.
- B) Valorar si existen síntomas de abstinencia a Alprazolam.
- C) Valorar si existe consumo de otras sustancias.
- D) Dar el alta y recomendar continuar con el tratamiento con Alprazolam.

**113 La paciente comenta que desde hace mucho tiempo se siente "preocupada y tensa" todo el tiempo, "siempre con miedo a que le vaya a pasar cualquier cosa a mis hijos". Refiere además, sensación de opresión en el pecho frecuente, a veces con taquicardias, dificultad para conciliar el sueño y tensión muscular. Con estos datos, ¿Qué diagnóstico le parece más probable?**

- A) Trastorno de pánico (F41.0).
- B) Trastorno mixto ansioso-depresivo (F41.2).
- C) Trastorno de ansiedad generalizada (F41.1).
- D) Agorafobia (F40.0).

**114 Teniendo en cuenta la descripción del caso, ¿qué opción de las siguientes elegiría para tratar a la paciente?**

- A) Iniciar tratamiento con Sertralina.
- B) Iniciar tratamiento con Pregabalina.
- C) Aumentar dosis de Alprazolam.
- D) Iniciar tratamiento con Mirtazapina.

**115 Para abordar el problema con el uso del Alprazolam, ¿Cuál de las siguientes opciones elegiría?**

- A) Cambiar a una dosis equivalente de Diazepam y reducir la dosis progresivamente.
  - B) Mantener la misma dosis de Alprazolam porque no hay ningún problema en que continúe usando dicho fármaco.
  - C) Cambiar a una dosis equivalente de Midazolam y reducir la dosis progresivamente.
  - D) Suspender Alprazolam en una semana.
- 

#### **CASO PRACTICO 4:**

**Varón de 48 años, natural de Argentina, residente en España, donde ejerce la profesión de odontólogo desde hace años. Divorciado y sin hijos. Mantiene relación de pareja desde hace 3 años, con la que convive, junto a la hija menor de edad de ésta. En activo a nivel laboral en la actualidad. Su familia de origen, en su país natal. AP físicos: Alérgico a la penicilina. Fumador de 1 paquete/día. Bronquitis crónica. Apendicectomizado. AP psiquiátricos: Dependencia a cocaína con tratamiento de desintoxicación y deshabituación previo, en régimen de internamiento en centro, con abstinencia mantenida durante 6 años. No realiza tratamiento ni seguimiento en la actualidad. No enfermedad afectiva, ni psicótica, ni conducta suicida previas. AF: Suicidio. Epilepsia. Diabetes. Solicitan al psiquiatra de guardia la valoración urgente por sospecha de riesgo suicida en un paciente ingresado en el Área de Observación**

Camas (AOC) del servicio de urgencias hospitalarias. El paciente es atendido por el 061 tras accidente de tráfico. A su llegada al hospital se describe "estado lúcido, actitud de colaboración, aunque cierta inquietud, irritabilidad, ligera disartria, fetor enólico, midriasis, sudoración y las siguientes constantes: temperatura axilar 36,8°C, SpO2 99%, FC 110 lpm y TA 170/115 mm Hg. El ECG muestra ritmo sinusal regular, con PR normal, QRS estrecho y dentro de la normalidad y sin alteraciones del ST. A los 30 minutos, presenta crisis convulsiva que responde rápidamente a diazepam i.v. y oxigenoterapia, sin llegar a precisar cánula. Encontrándose en estado poscrítico, se procede a monitorización de constantes y paso a AOC. Se indica pauta de tiamina 100 mg i.m., y posteriormente sueroterapia. Se solicitan analíticas de sangre y de orina y pruebas de imagen. Se descartan fracturas, detectándose lesión inciso-contusa leve en región frontal y esguince cervical. El TAC cráneo no muestra alteraciones estructurales ni lesiones previas, ni patología hemorrágica aguda. Los resultados analíticos muestran resultados normales de las 3 series hematológicas. La bioquímica no aporta alteraciones en los niveles de glucosa, creatinina e iones (sodio, potasio y calcio). Los datos sobre función hepática aportan: GOT 60 U/L (0-40) y GPT 29 U/L (0-40). Y el sistemático de orina es normal. Por la clínica, los resultados y la evolución favorable, sin repetición de crisis comicial y la normalización hemodinámica y afectiva, tras el ttº con benzodiazepinas y sueroterapia, se plantea el diagnóstico médico de "convulsión en intoxicación aguda". Además del consumo de alcohol, se sospecha consumo asociado de otra droga/fármaco.

---

116 ¿Qué resultado NO esperarías encontrar positivo en la test de tóxicos en orina?

- A) Metadona.
- B) Cocaína.
- C) Anfetaminas.
- D) Antidepresivos tricíclicos.

**117 Una vez recuperado de la fase poscrítica, el paciente presenta cierto estado de inquietud, nerviosismo e irritabilidad/hostilidad, por lo que se decide pauta de sedación ligera con diazepam i.v. en perfusión lenta, para facilitar la tranquilidad y continuar su observación y estudio. No presenta más crisis comiciales, los controles hemodinámicos se normalizan y la tensión emocional y la clínica motora remiten. La mejoría sintomática se mantiene una vez retirada la sedación farmacológica tras 24 horas de estancia en el AOC. Se muestra entonces tranquilo, colaborador y comunicativo con el personal sanitario, llegando a comunicar que fue él mismo quien provocó la colisión de su vehículo, con la intención de morirse, después de meses de lucha interna entre sus deseos de vida y muerte. Ha verbalizado sentirse decepcionado ahora por no haber logrado su objetivo, después de tan difícil decisión de acabar con su vida y veladamente ha insinuado al DUE que volverá a intentarlo, porque su situación personal se le hace insoportable. Éste es el signo de alarma de riesgo suicida que motiva la solicitud de valoración psiquiátrica. El personal de AOC, llama nuevamente al busca informando al psiquiatra de guardia de los signos de alarma detectados, de que el paciente se está impacientando y demanda marcharse de alta. ¿Cuál sería la mejor actuación a seguir ante esta situación descrita?**

A) Indicar al médico responsable del paciente en el Servicio de Urgencias que, con la remisión de los síntomas de la intoxicación aguda, el riesgo suicida también habrá remitido y además el paciente habrá recobrado la competencia para hacerse cargo de su situación, por lo que deberá proceder al alta facultativa.

B) Si el paciente no desea esperar la valoración del especialista, al no estar ya bajo los efectos de las drogas y no describirse otra sintomatología sugestiva de trastorno mental, el paciente es competente para comprender y decidir, lo que no impide que pueda firmar el alta voluntaria.

C) Intentar persuadir al paciente de la necesidad de ser valorado y, si resulta infructuoso, se le deberá valorar lo antes posible, adoptando si es preciso las medidas que se consideren oportunas, especialmente cuando la persona continúa expresando intencionalidad suicida.

D) Ninguna de ellas es la adecuada.

- 118 Durante la entrevista con el psiquiatra se muestra inicialmente tranquilo, colaborador y cordial. Expresa abiertamente estar atravesando por una situación personal complicada desde hace medio año, que atribuye a diversos problemas, pero que no entra a detallar. Debido a todo ello, admite estar sufriendo emocionalmente desde hace unos 5 meses, describiendo sentirse en ocasiones tenso, desanimado, fácilmente irascible y desganado; aunque reconoce sí disfrutar de ciertas situaciones sociales cuando se expone a ellas. No describe tristeza patológica, ni falta de iniciativa, ni preocupaciones desproporcionadas. Niega afectación en su rendimiento diario en los días o las semanas previas, manteniendo la organización de rutinas, vida social y actividad laboral con la normalidad. Admite estar afrontando su situación abusando nuevamente de la cocaína, (clorhidrato de cocaína, por vía esnifada) desde hace 4 meses y medio, aumentando progresivamente las cantidades y la frecuencia de consumo, dado que le reconforta y le hace sobrellevar la situación. Inicialmente consumía los fines de semana y, en la actualidad, lo hace tanto en casa como en su lugar de trabajo, casi a diario. Minimiza o tiende a racionalizar algunos de los perjuicios detectados (aumento de gastos económicos, efectos negativos en el estado emocional...). Hasta ahora, ¿cuál sería la mejor aproximación diagnóstica al caso, asociada al intento suicida?**
- A) Episodio depresivo mayor (F32, CIE-10).
  - B) Abuso de cocaína, con intoxicación (F14.12-CIE-10).
  - C) Dependencia de cocaína, con intoxicación (F 14.22-CIE-10).
  - D) Las respuestas A y C son correctas.

**119 A la hora de analizar el acto autolesivo, describe haber tenido deseos de muerte a lo largo de los meses previos en numerosas ocasiones, asociados a los momentos de empeoramiento emocional, y no de forma persistente. En la última semana, coincidiendo con que la situación familiar se vuelve más tensa y él consume más cantidades de cocaína, describe evolución de los deseos de muerte a pensamientos suicidas, planteándose el poder llegar a materializarlos, pero sin tener un plan meditado para ello. La reciente discusión con su mujer precipitó un nuevo consumo de cocaína, lo que derivó en la definitiva planificación suicida: irse con su coche a una zona alejada, en un entorno rural, y hacer caer su coche por un barranco. Refiere haber hecho uso previamente de alcohol y haber consumido más cocaína para asegurar su determinación de paso al acto. Finalmente, éste resultó fallido debido a las limitaciones que los síntomas de la intoxicación provocaron en su capacidad de conducción. Lamenta haber sobrevivido. Manifiesta sentirse tranquilo, sin ansiedad en el momento actual. Desesperanzado ante su situación personal. Afirma tener deseos de muerte y pensamientos de suicidio, con intención de materializarlos aunque en el momento actual no tiene un plan concreto. Dado que no se dispone de familiar, se le ofrece la posibilidad de contactar con su pareja o un allegado, al objeto de poder hacerlo partícipe en las soluciones y poder acordar un plan de tratamiento ambulatorio con apoyo, dirigido a facilitar compañía tranquila y un ambiente seguro. El paciente se torna irritable y hostil, rechaza bruscamente que se contacte con cualquier familiar/allegado, manifestando no precisar tratamiento alguno, “ser dueño de mi vida” y demanda irse a casa lo antes posible. Una vez detectados los factores de riesgos, evaluado el estado mental, y valoradas las características del intento suicida, señala la respuesta FALSA:**

- A) Los factores de riesgo, la planificación de la conducta, la letalidad potencial del método y el lamento por el fallo del intento, son datos que pueden sugerir alto riesgo suicida inmediato.
- B) Las ideas pasivas de muerte, verbalizadas durante la entrevista, son un dato favorable en la evaluación del riesgo suicida en este caso concreto.
- C) La presencia de planes o ideación suicida persistente, junto al lamento por haber sobrevivido y la ausencia de apoyo familiar inmediato, indicarían necesidad de ingreso hospitalario tras un intento suicida fallido.
- D) Todas son ciertas.

**120 A medida que la entrevista continúa, el paciente se muestra cada vez más impaciente, reservado y reticente a cooperar con las recomendaciones de seguimiento ambulatorio y apoyo familiar. Rechaza que se contacte con un familiar o allegado, que facilite apoyo y acompañamiento durante las próximas 24 horas, argumentando no querer que su pareja sepa lo ocurrido ni conozca el problema del consumo activo de cocaína. Demanda el alta voluntaria, manifestando ser libre de decidir qué hacer con su vida y que de la suya ya está cansado. Intenta protagonizar salida repentina de la consulta de consulta e irse sin el alta facultativa. ¿Cuál sería la decisión clínica más correcta, una vez se disponen de todos los datos: factores de riesgo, características del intento suicida, estado mental, actitud frente al tratamiento, factores de protección...?**

A) Efectivamente el paciente tiene derecho a decidir libremente, así que no le impediría que se marchara, pero le rogaría que no lo hiciera sin cumplir antes con su deber de firmar el alta voluntaria.

B) Trataría de impedir la salida del paciente de la consulta, sin correr riesgos personales, mostrándole empatía ante su situación de malestar emocional y ofreciéndole apoyo, escucha activa y la seguridad que el medio hospitalario le puede ofrecer de inmediato. Se le informaría de que dado el estado de tensión emocional mostrado, dada la gravedad de la conducta autolesiva previamente protagonizada, los pensamientos suicidas verbalizados, la ausencia de apoyo inmediato y el consumo activo de cocaína, no es posible garantizar que no haya riesgo inmediato de suicidio en las próximas horas. Todo ello, lleva a recomendar como mejor medida terapéutica en su caso concreto, el ingreso hospitalario, incluso en contra de su voluntad, si no fuera posible obtener su consentimiento.

C) Ni discutiría, ni me opondría, ni le informaría de nada. Le permitiría marcharse libremente, haciendo uso de su derecho de autonomía.

D) Sea cual sea la decisión clínica que se adopte, se puede estar tranquilo porque, en los casos de suicidio, al clínico nunca se le puede exigir responsabilidad penal.

---

### **CASO PRACTICO 5:**

**Mujer de 47 años, soltera, sin hijos, pensionista. Vive con sus padres. Desde el punto de vista físico: no alergias medicamentosas, fumadora de 2 paquetes/día con EPOC, en tratamiento. Diagnosticada de Trastorno afectivo bipolar y Trastorno mixto de la personalidad, con el siguiente tratamiento de mantenimiento, tras el último episodio maníaco hace 6 meses: Risperidona 3 mg/día, Carbonato de Litio (Plenur) 400 mg/8h, Ácido Valproico (Depakine Crono) 1000 mg/día y Clonazepan (Rivotril) 2 mg/24horas. Es derivada desde su centro de salud para valoración psiquiátrica con carácter urgente, por desorientación y agitación psicomotriz, por sospecha de descompensación de trastorno bipolar. El familiar aporta que desde hace 2-3 días, tras varios días de toma errática de medicación y disminución de la ingesta oral tras ruptura de pareja, aprecian “nerviosismo...dice incoherencias...se le traba la lengua...confunde la noche y el día...anda con dificultad”. La paciente presenta regular estado general, estado de perplejidad, ausencia de respuesta verbal y colaboración, temblor, rigidez, inquietud psicomotriz y descoordinación motora. Se comenta el caso con médico de atención de urgencias, describiéndole la actual situación clínica de estupor y la alta sospecha de intoxicación aguda por litio, siendo preciso el estudio diagnóstico y los cuidados**

terapéuticos correspondientes. Dada la clínica motora y la falta de colaboración absoluta de la paciente, existen discrepancias ante la demanda planteada, sugiriendo que el cuadro es psiquiátrico. Se insiste en la petición de interconsulta urgente de estudio físico por médico de atención de urgencias, al objeto de descartar intoxicación por litio u otra patología urgente que pueda explicar el cuadro clínico, facilitándose pauta de sedación que permita la realización de pruebas complementarias.

---

**121 ¿Qué pauta de sedación NO sería recomendable en una sospecha de intoxicación por litio?**

- A) Midazolam.
- B) Haloperidol.
- C) Clonazepam.
- D) Clorpromazina.

**122 ¿Qué síntoma/signo de los siguientes no es propio de una intoxicación por litio?**

- A) Oliguria.
- B) Tinnitus.
- C) Hipertermia.
- D) Hiporeflexia.

**123 La litemia urgente muestra unos niveles de 4,5 mEq/L y la bioquímica una creatinina de 1,7mg/dL. La paciente presenta signos de deshidratación, sopor, desorientación, discurso incoherente, temblor, inquietud motora y diarrea. ¿Qué medida terapéutica de urgencia debería adoptarse de inmediato?**

- A) Realizar lavado gástrico con carbón activado, monitorizar a la paciente y aplicar tratamiento sintomático.
- B) Realizar lavado gástrico con polietilenglicol, monitorizar a la paciente, realizar diuresis forzada y pautar el tratamiento sintomático necesario.
- C) Solicitar la valoración de Nefrología para proceder a hemodiálisis.
- D) Mantener en Área de Observación Sillones con sueroterapia, repetir control analítico a las 3-4 horas y reevaluar el plan terapéutico según los resultados y la clínica.

**124** Tras varios días de estancia en Área de Observación Camas y posteriormente en UCI, se traslada a Medicina Interna con diagnóstico de “intoxicación aguda severa por litio y neumonía por aspiración”, para continuar observación y tratamiento. El caso evoluciona favorablemente, sin datos de neurotoxicidad/nefrotoxicidad que persistan tras la etapa aguda de la intoxicación. Desde Psiquiatría de Enlace e Interconsulta se decide, en ausencia de descompensación afectiva que exija la reintroducción inmediata de más psicofármacos, reintroducir de inmediato solamente el Depakine, como estabilizador anímico, y realizar seguimiento estrecho de la evolución clínica durante la hospitalización. Comienza a presentar dificultades en el sueño, afectándose la conciliación y no presentando insomnio de despertar precoz ni síntomas afectivos asociados. Se plantea introducir un hipnótico. ¿Cuál de los siguientes fármacos con acción hipnótica sería el menos indicado en un EPOC con reciente complicación aguda?

- A) Clometiazol.
- B) Trazodona.
- C) Zolpidem.
- D) Etumina.

**125** Al alta hospitalaria, por parte de Medicina Interna se añade el diagnóstico de HTA, hasta entonces desconocido. Si en su evolución clínica futura su psiquiatra considerara preciso, y así acordara con la paciente finalmente, la reintroducción del litio, ¿con qué tipo de antihipertensivos habría que tener especialmente cuidado por su capacidad de aumentar los niveles de litio en sangre?

- A) Tiacidas.
- B) Diuréticos de asas.
- C) Diuréticos osmóticos.
- D) Diuréticos ahorradores de potasio.

---

#### **CASO PRACTICO 6:**

Varón de 42 años de edad, casado, padre de 1 hijo menor. Empleado de la construcción, en activo. Vive con su familia, en una casa en el medio rural. AP físicos: Sin alergias medicamentosas ni enfermedades de interés. AP tóxicos: consumo de cannabis, sin datos de dependencia. Consumo esporádico de alcohol. AP psiquiátricos: No atenciones previas en salud mental. AF psiquiátricos: Intento suicida en patología mental grave, no aportándose el diagnóstico específico. Patología tiroidea. Acude al servicio de Urgencias por presentar exaltación anímica, aceleración ideoverbal y motora, e insomnio desde hace un mes. Describen nerviosismo diario, ánimo irritable, con reacciones ocasionales de desconfianza hacia familiares, especialmente ante las confrontaciones/críticas. Trato irrespetuoso hacia éstos, conducción temeraria e inicio en el consumo de cocaína, no siendo ninguno de estos aspectos habituales en su patrón habitual de comportamiento. El precipitante de su traslado al hospital son los altercados conductuales protagonizados de madrugada en el vecindario: comenzó a invadir fincas colindantes a la suya, saltando vallas y alambrados, en estado de intenso nerviosismo y exaltación, por creer que su esposa quería pincharle con una jeringa, situación que ella desmiente. Fue precisa la intervención de la Guardia Civil. Su esposa es quien facilita la mayor parte de la información durante la entrevista, dado el estado

**clínico del paciente: Hipoprosexia, con labilidad atenta. Aspecto físico descuidado, con llamativa delgadez, aseo deficiente y numerosas lesiones incisas superficiales (arañazos) en tronco y extremidades. Contacto hipertímico. Aceleración ideoverbal. Exaltación anímica, con labilidad afectiva: alternando momentos en consulta en los que manifiesta sentirse “estupendamente”, con otros de tranquilidad en los que admite él mismo admite que “algo me está pasando”, para después tornarse en irritable, hostil e impulsivo: se tira al suelo en varias ocasiones, negándose a continuar hablando, sentarse o tumbarse en la camilla para proceder a prescribir el sedante i.m. pactado previamente con él, por considerar que “ tú no eres médico, ni tú eres enfermera... sois policías secretas...”. Su mujer aporta que ha perdido peso y se ha deteriorado su aspecto físico en los últimos meses. Manifiesta estar desbordada tras 1 mes de convivencia diaria con su marido en dicho estado y tener serias dificultades para poder controlar su comportamiento, al tener que cuidar de su hijo menor de edad.**

---

**126 ¿Cuál debería ser la propuesta terapéutica desde el servicio de urgencias por parte del psiquiatra de guardia?**

- A) Dado que hay momentos en los que el paciente parece tener conciencia de ciertos síntomas, se le podría ofrecer tratamiento oral que facilitara continuar la entrevista, para así intentar negociar con el paciente un tratamiento ambulatorio, con el acompañamiento y supervisión familiar en su domicilio.
- B) Dada la gravedad clínica, con afectación del juicio de realidad y los posibles riesgos para sí mismo y/o terceros derivados de las manifestaciones conductuales del cuadro, podemos considerar el ingreso urgente e involuntario como la mejor opción terapéutica, solicitando el consentimiento por representación a su familiar, apoyándonos en el artículo 8 de la Ley de Autonomía del Paciente.
- C) Dada la gravedad clínica, con afectación del juicio de realidad y los posibles riesgos para sí mismo y/o terceros derivados de las manifestaciones conductuales del cuadro, podemos considerar el ingreso urgente e involuntario como la mejor opción terapéutica, solicitando el consentimiento por representación a su familiar, apoyándonos en el artículo 9 de la Ley de Autonomía del Paciente.
- D) No se podría hacer un ingreso involuntario urgente sin obtener previamente la pertinente autorización judicial.

**127 El psiquiatra responsable del caso en cuestión procedió a la sedación farmacológica del paciente, ante la amenaza verbal de éste de coger el dispositivo informático de la consulta y tirarlo. Aunque inicialmente fue reticente a ello, finalmente accedió y permitió cumplimentar la pauta i.m. (haloperidol 5 mg + midazolam 5 mg) siendo eficaz, junto con la desescalada verbal, y sin precisar contención mecánica ni la intervención activa del personal de seguridad (sólo su presencia física). Se procedió a ingreso urgente e involuntario a las 17:00 h, para estudio y tratamiento de síndrome psicótico a filiar, con el consentimiento por representación de su esposa. Se pauta tratamiento con paliperidona 9 mg/día + lorazepam (2'5mg – 2,5 mg - 5 mg) + midazolam 7,5 mg, si insomnio. Una vez en la planta, se solicitaron tóxicos en orina urgentes, ECG y analíticas programadas (hemograma, bioquímica y hormonas tiroideas). Un aspecto importante, junto a las decisiones diagnósticas y terapéuticas, son las relativas a formalizar el internamiento involuntario. Se deberá:**

A) Dar cuenta al tribunal competente lo antes posible del internamiento urgente e involuntario, y en todo caso, antes de las 17:00h del día siguiente, a los efectos de que se proceda a la preceptiva ratificación de dicha medida, que deberá efectuarse en el plazo máximo de setenta y dos horas desde que el internamiento llegue a conocimiento del tribunal.

B) Dar cuenta al tribunal competente lo antes posible del internamiento urgente e involuntario, y en todo caso, dentro del plazo de cuarenta y ocho horas, a los efectos de que se proceda a la preceptiva ratificación de dicha medida, que deberá efectuarse en el plazo máximo de setenta y dos horas desde que el internamiento fue comunicado.

C) Dar cuenta al tribunal competente lo antes posible del internamiento urgente e involuntario, y en todo caso, dentro del plazo de las 17:00 horas del día siguiente, a los efectos de que se proceda a la preceptiva ratificación de dicha medida, que deberá efectuarse en el plazo máximo de cuarenta y ocho horas desde que el internamiento fue comunicado.

D) Los ingresos involuntarios precisan de una autorización judicial previa, no puede solicitarse ésta después de adoptarse la medida terapéutica.

**128 En planta se objetiva los siguientes signos y síntomas que caracterizan el cuadro clínico: exaltación anímica persistente con nerviosismo y fácil irritabilidad a diario; en ocasiones siente desconfianza o suspicacia hacia familiares y/o el personal sanitario; expansividad; hiperactividad motora; disminución de la necesidad del sueño con insomnio global; hiperorexia, junto a conductas desinhibidas e impulsivas. Verbaliza de manera fluctuante, convicción de sentirse maltratado por familiares y/o personal, variando su presencia y consistencia según el estado de ánimo del momento, siendo sugestivo de ideación deliroide de perjuicio y precisando puntualmente medidas de contención farmacológica y mecánica por repercusión conductual añadida. No alteraciones de la propiedad del pensamiento. En ocasiones se aprecian soliloquios, en relación a discurso alucinatorio (manifiesta escuchar y hablar a veces con su hermano, fallecido hace años). ¿Qué orientación diagnóstica inicial, mientras se esperan los resultados de las pruebas complementarias y basándonos en la psicopatología y antecedentes, parece la más adecuada?**

- A) Psicosis tóxica.
- B) Episodio maníaco con síntomas psicóticos.
- C) Episodio maníaco sin síntomas psicóticos.
- D) Paranoia.

**129 Tras las pruebas complementarias (ECG, hemograma, bioquímica, hormonas tiroideas, tóxicos en orina y TAC de cráneo), caben destacar los siguientes resultados (entre paréntesis los valores normales): Tóxicos en orina positivos a cannabis. Bioquímica: GOT 99,3 U/L (0-40), GPT 115 U/L (5-40), fosfatasa alcalina 130 U/L (43-115). Colesterol 90 mg/dL (100 -200); sodio, potasio, calcio, magnesio, fósforo y resto iones, normales. Hormonas tiroideas: Tirotropina 0,01 UI/mL (0,40-4,20), Tiroxina libre 5,70 ng/dL (0,93-1,70), Triyodotironina (libre) 11,79 pg/mL (2-4,40). Resto de pruebas sin alteraciones significativas. ¿De qué manera cambiarían los resultados de las pruebas la orientación diagnóstica y terapéutica?**

- A) Si hay una enfermedad tiroidea que pudiera explicar la sintomatología afectiva y conductual, lo recomendable sería retirar los psicofármacos y solicitar el estudio y el tratamiento de la misma. No es un caso de Psiquiatría.
- B) Dado que la paliperidona y el lorazepam no están indicados en casos de daño hepático, ante los resultados analíticos, no deberían mantenerse como tratamiento. Debería plantearse un cambio de tratamiento sintomático.
- C) Si se ha detectado una causa tiroidea tratable que pudiera ser causa, influir en la evolución del cuadro actual o predisponer en la aparición de síntomas en el futuro del cuadro psiquiátrico motivo de ingreso, solicitaría interconsulta a Endocrino/Medicina Interna.
- D) Mantendría el mismo tratamiento psicofarmacológico, pautaría dosis bajas de levotiroxina y una vez al alta, le recomendaría control de la función tiroidea por su médico de Atención Primaria.

**130 En su evolución, se ampliaron los estudios complementarios. La ecografía mostró un tiroides aumentado de tamaño, con ecogenicidad disminuida y ecoestructura dishomogénea, con aumento de vascularización difusa. No se identificaron formaciones nodulares ni otros hallazgos destacables parenquimatosos. No se visualizaron adenopatías. Los hallazgos se relacionaron con cambios por probable tiroiditis aguda/subaguda. Y la autoinmunidad objetivó presencia de Ac antiperoxidasa: 462,4 UI/ml (1,0-32,0). Se asoció tiamazol al tratamiento, apreciándose mejoría progresiva de los parámetros analíticos. ¿Qué diagnóstico se emitiría al alta hospitalaria?**

- A) Trastorno afectivo bipolar, actual episodio maníaco con síntomas psicóticos + hipotiroidismo.
- B) Episodio maníaco con síntomas psicóticos + hipotiroidismo.
- C) Episodio maníaco con síntomas psicóticos + hipertiroidismo o tirotoxicosis.
- D) Trastorno afectivo bipolar, actual episodio maníaco con síntomas psicóticos + hipertiroidismo.

---

### **CASO PRACTICO 7:**

**Mujer de 51 años, con cuatro hermanos, casada, madre de dos hijos, que es derivada por su médico de Atención Primaria por desconfianza y cambios conductuales. No se conocen alergias, antecedentes somáticos ni psiquiátricos de interés. Su médico de cabecera le prescribió hace unas semanas diazepam de 5mg, si bien solo lo toma “a veces”. Como antecedentes familiares destaca la presencia de un hermano con diagnóstico de psicosis esquizofrénica de larga evolución, que cuenta con varios ingresos hospitalarios. La paciente ha sido su cuidadora principal desde el fallecimiento de su madre hace cinco años, recogiéndose algunas disputas desde entonces entre ella y otra de sus hermanas sobre cómo cubre las necesidades de su hermano. Hace 4 meses aproximadamente se describe que vivió una situación de estrés y tensión con su hermano, quien en un momento de irritación expulsó a la auxiliar de ayuda a domicilio que le asistía en casa. En ese momento la paciente sintió “miedo de mi hermano” y a pesar de que consideraba que su obligación era ayudarlo, decidió alejarse de él y no seguir asumiendo su cuidado diario. Días después del incidente, refiere haberse enterado de que la auxiliar despedida había hecho comentarios a terceros que ambas hermanas no “cuidaban bien a su hermano enfermo”, y que “tenían siempre la nevera vacía”. Desde ese momento, comienza a mostrarse cada vez más angustiada, a no querer salir de casa, a sentir que es objeto de todas las miradas y comentarios en el pueblo. Afirmando que “la gente habla mal de mí... sobre lo que he hecho con el dinero de mi hermano... sobre mis gastos... de cosas que no tienen por qué... que no cuidaba bien de mi hermano, que no me gastaba dinero suficiente, que lo tenía abandonado...”. Piensa que cuando va al supermercado todos la observan, interpreta como hostiles las miradas, las risas, los gestos y cualquier comentario. Tiene la sensación de que le susurran dónde tiene que ir a comprar las cosas, que vigilan los productos que mete en el carro y que se ríen por llevar una lista, ya que dice no recuerda bien lo que tiene que comprar. Cree que registran su basura para lo que ella tira. Refiere haber perdido el apetito y dormir mal. Reconoce que la situación hace que pida a sus hijos que de madrugada hablen en casa en voz baja, por considerar que “todo el vecindario está despierto, callado, pendiente**

de mi casa y de mí... escuchando lo que decimos...". No quería venir a consulta, ya que cree que no tiene ninguna enfermedad. Piensa estar experimentando una situación muy injusta, ya que considera haber cuidado de su hermano como de un hijo y no entiende por qué tiene que estar "en boca de la gente".

---

**131 ¿Cuál de las siguientes hipótesis diagnósticas reflejaría mejor el cuadro?**

- A) Trastorno de ideas delirantes o paranoia.
- B) Reacción paranoide.
- C) Delirio sensitivo de referencia.
- D) Las respuestas A y C son correctas

**132 ¿Cuál es la temática delirante o el delirio que define el cuadro clínico?**

- A) Delirio de Clérambault.
- B) Delirio de persecución.
- C) Delirio sensitivo de referencia.
- D) Delirio de Cotard.

**133 ¿Cuál de los siguientes síntomas psicóticos son los predominantes y los que sustentan el delirio en la patología de la paciente?**

- A) Ocurrencias delirantes.
- B) Percepciones delirantes.
- C) Alucinaciones delirantes.
- D) Interpretaciones delirantes.

**134 Alguno de los siguientes síntomas nunca están presentes en este tipo de cuadros. Señale cuál/es:**

- A) Autorreferencias.
- B) Robo del pensamiento.
- C) Delirio de influencia.
- D) Las respuestas B y C son correctas.

**135 La personalidad premórbida descrita es: tímida, retraída, hipersensible, con una ética escrupulosa, insegura con baja autoestima, particularmente inclinada a las luchas de conciencia y susceptible a los comentarios/ críticas de los demás. Tiende a sobrevalorar su culpa y a menospreciar su valor. Suele reaccionar con inhibición y contención emocional y no expresar al exterior sus vivencias, sino a retenerlas. La descripción se corresponde con:**

- A) Personalidad evitativa.
- B) Personalidad obsesiva.
- C) Carácter sensitivo (según Kretschmer).
- D) Personalidad esquizoide.

---

**CASO PRACTICO 8:**

**Paciente de 39 años, sin antecedentes psiquiátricos previos. Desde hace semanas comienza a presentar un ánimo triste, con disminución de la capacidad de atención y de la concentración, insomnio, hiporexia con pérdida ponderal, astenia y anergia intensas. Manifiesta ideas persistentes de culpa e ideas pasivas de muerte.**

---

**136 ¿Cuál es el diagnóstico más probable?**

- A) Episodio depresivo leve.
- B) Episodio depresivo moderado.
- C) Depresión bipolar.
- D) Trastorno depresivo recurrente.

**137 Según el Proceso Asistencial Integrado “Ansiedad, Depresión, Somatizaciones” de la Consejería de Salud y Familias de Andalucía ¿cuál es el tratamiento farmacológico que se recomienda en este caso?**

- A) Antipsicóticos.
- B) Estabilizadores del ánimo.
- C) Antidepresivos.
- D) Benzodiazepinas.

**138 Según el Proceso Asistencial Integrado “Ansiedad, Depresión, Somatizaciones” de la Consejería de Salud y Familias de Andalucía, dentro de los antidepresivos, ¿cuál sería el de primera elección?**

- A) Sertralina.
- B) Duloxetina.
- C) Paroxetina.
- D) Venlafaxina.

**139 ¿Cuál es el efecto adverso más frecuente que puede presentar un paciente al iniciar tratamiento con el antidepresivo de primera elección?**

- A) Plaquetopenia.
- B) Arritmias.
- C) Agitación psicomotriz.
- D) Nauseas.

**140 Según el Proceso Asistencial Integrado “Ansiedad, Depresión, Somatizaciones”, de la Consejería de Salud y Familias de Andalucía, ¿en qué situación estaría indicado el ingreso hospitalario del paciente?**

- A) Riesgo significativo de suicidio
- B) Autolesiones
- C) Abandono del autocuidado.
- D) Las respuestas A, B y C son correctas.

---

### **CASO PRÁCTICO 9:**

Al área de urgencias llega una mujer de 23 años acompañada de su madre y su hermana, estas dos últimas preocupadas, por el deterioro físico que presenta aquella, a quien se aprecia palidez y con una extrema delgadez. Las acompañantes refieren que desde hace años ha disminuido mucho su alimentación, pero que en los últimas semanas esta situación ha empeorado considerablemente, hasta llegar al estado en que se encuentra actualmente "dice que se ve gorda...mucho peor en los últimos meses". Tras valoración orgánica en urgencias, y dados los antecedentes que refieren de seguimiento en salud mental, se avisa a psiquiatra de guardia. En la entrevista que realiza este participan la paciente y su hermana. La primera se muestra con tendencia al mutismo y a la musitación, respondiendo en ocasiones con monosílabos, siendo la hermana quien responde la mayor parte de las preguntas. Refiere que su hermana tiene antecedentes de trastorno psiquiátrico con este mismo problema desde los 19 años, si bien ya manifestaba preocupación exagerada por su cuerpo años antes. Tiene un ingreso en unidad de hospitalización de salud mental un año atrás por este mismo problema, si bien no se encontraba tan mal como ahora, pero, en aquella ocasión, dice que su hermana pidió el alta hospitalaria voluntaria y nunca hizo ningún tipo de seguimiento. Cuando se le pregunta por lo que le sucede actualmente, dice "mi hermana no come nada hace mucho, ha perdido muchísimo peso, se marea en casa, no quería venir al hospital, la hemos obligado". La paciente a la exploración psicopatológica se muestra orientada en todos los planos, tiene un estado de ánimo hipotímico, sin llegar a estar depresiva. Se muestra quejosa, principalmente por haber sido obligada a venir al hospital. No presenta alteraciones sensorio-perceptivas, ni delirantes, solo muestra alteración de la imagen corporal "estoy gorda". Ha perdido 13,5 kilogramos en los últimos seis meses, siendo su peso actual de 35,1 kilogramos y su índice de masa corporal de 12,94. Muestra alteraciones patológicas significativas en el hemograma y en la bioquímica general.

---

**141 Según el Proceso Asistencial Integrado "Trastorno de la Conducta Alimentaria" de la Consejería de Salud de Andalucía, ¿cuál debería ser la actitud frente a esta situación?**

- A) Consejo dietético y alta a domicilio.
- B) Derivación urgente a atención primaria.
- C) Derivación urgente a equipo comunitario de salud mental.
- D) Hospitalización completa.

**142 Según el Proceso Asistencial Integrado "Trastorno de la Conducta Alimentaria" de la Consejería de Salud y Familias de Andalucía, ¿cuál de los siguientes criterios somáticos sería de indicación de hospitalización completa?**

- A) Pérdida de peso superior al 25% con respecto al previo en menos de 6 meses o al 10% en 1 mes.
- B) Temperatura por debajo de 36´5 °C.
- C) Potasio menor de 3´5 mEq/l.
- D) Las respuestas A, B, y C son verdaderas.

**143 Según el Proceso Asistencial Integrado “Trastornos de la Conducta Alimentaria” antes citado, ¿cuál de los siguientes es criterio de hospitalización completa?**

- A) Muy escasa disposición hacia el tratamiento, negativa absoluta a comer, cooperación con el tratamiento solo en un ambiente estructurado.
- B) Conflicto familiar que no asegure la posibilidad de aplicar las normas terapéuticas prescritas a domicilio.
- C) Embarazo de alto riesgo
- D) Las respuestas A, B, y C son verdaderas

**144 Tras decirse en ingreso de la paciente en la unidad de hospitalización de salud mental, y siguiendo las recomendaciones del Proceso Asistencial Integrado “Trastornos de la Conducta Alimentaria” de la Consejería de Salud y Familias de Andalucía, ¿cuál es el tratamiento psicofarmacológico de primera indicación?**

- A) Antidepresivos ISRS.
- B) Antipsicóticos a bajas dosis.
- C) Demorar prescripción psicofármacos hasta descartar causa orgánica en el origen de los síntomas psiquiátricos.
- D) Las respuestas A y B son verdaderas.

**145 Para continuar seguimiento una vez dada de alta la paciente de la hospitalización completa, y nuevamente siguiendo las recomendaciones del mencionado Proceso Asistencial Integrado “Trastornos de la Conducta Alimentaria”, ¿a cuál de los siguientes dispositivos habría que derivarla?**

- A) Hospital de Día de salud mental.
- B) Unidad Comunitaria de salud mental.
- C) Atención Primaria.
- D) Las respuestas A y B son verdaderas.

---

#### **CASO PRACTICO 10:**

Mujer de 25 años de origen nigeriano que vive en España desde hace cuatro años. Es derivada a la unidad de urgencias del Hospital desde la Unidad de Salud Mental Comunitaria un viernes a última hora de la mañana, dispositivo al que acababa de ser llevada, por primera vez, por unos amigos. En el informe de derivación se puede leer “paciente no conocida por nosotros, que presenta alteraciones de la conducta...imposible de manejar en su domicilio”. A la exploración se muestra obnubilada y con un comportamiento extraño, casi agitado. Los acompañantes refieren que esta mujer lleva un tiempo sin trabajo, que creen que antes trabajaba de prostituta y que consume diariamente porros y "quizás otras cosas". Vivía desde hace un mes con una de las personas que la acompañan, pero en los últimos días se la ve vagabundeando por la calle, sin alimentarse y hablando sola. Al psiquiatra de guardia le resulta imposible entrevistarla, ya que la paciente se muestra agitada, irritable y habla solo en un dialecto africano. La mediadora intercultural no está en el hospital y no regresará hasta el lunes próximo. El psiquiatra hace indicaciones al médico de puerta e informa que regresará para reevaluarla 12 horas más tarde. Transcurrido ese tiempo, la paciente ahora ya se encuentra tranquila, dispuesta a conversar, aunque resulta difícil entender lo que quiere decir, dado que apenas habla español. Al examen

psicopatológico presenta un nivel de conciencia conservado, parece estar orientada, se encuentra menos agitada, pero continúa muy irritable y se mantiene hiperalerta y suspicaz. No parecen objetivarse alteraciones patológicas estructuradas en el pensamiento, ni alteraciones sensorio-perceptivas, si bien esto es difícil asegurarlo debido a la barrera idiomática. En Diraya solo se tiene constancia de alguna consulta en atención primaria por obesidad y niveles altos de glucemia, sin antecedentes psiquiátricos registrados. Dado que el área de urgencias, por la presión asistencial, no dispone de espacio donde poder mantener a la paciente durante el fin de semana, se le solicita al psiquiatra que tome una decisión, o darle de alta o ingresarla. Se habla con la persona con la que convivía, comentando esta, y los otros acompañantes, que con la conducta que tiene no pueden llevársela. Se solicita una determinación de tóxicos en orina, dando positivo a cannabis y cocaína.

---

**146 Con los elementos que tiene el psiquiatra de guardia, ¿cuál considera que es la mayor dificultad que tiene el psiquiatra de guardia para realizar un primer diagnóstico presuntivo en área de urgencias?**

- A) La singularidad cultural de los síntomas
- B) No disponer de antecedentes psiquiátricos en su historia de salud digital
- C) La barrera idiomática
- D) Las respuestas A, B y C son verdaderas

**147 En el área de urgencias, antes de decidir su estrategia terapéutica, ¿habría que realizar a la paciente algún otro tipo de exploración complementaria? De las siguientes, señale la respuesta más adecuada:**

- A) Hemograma y bioquímica general.
- B) TAC craneal.
- C) No solicitaría prueba complementaria y esperaría ver evolución en urgencias durante las siguientes 24 horas.
- D) Las respuestas A y B son verdaderas.

**148 Se realizó una determinación de tóxicos en orina dando positivo a cannabis y cocaína. Durante la hospitalización, y con ayuda de la mediadora intercultural, la paciente reconoce haber tenido miedo de las personas con las que vivía y de las que se encontraba en la calle, e incluso en algún momento llegó a escuchar voces insultantes cuando se encontraba sola. En menos de una semana de hospitalización completa, y bajo tratamiento psicofarmacológico, el cuadro psicopatológico se resuelve completamente, consiguiéndose una restitución "ad integrum" del estado cognitivo/conductual previo, manifestando una autocrítica plena del episodio que motivó el ingreso hospitalario. Al alta hospitalaria, de los siguientes ¿cuál cree que sería el diagnóstico presuntivo más adecuado?**

- A) Manía sin síntomas psicóticos.
- B) Trastorno psicótico agudo polimorfo sin síntomas de esquizofrenia.
- C) Trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicótropas.
- D) Las respuestas A, B y C son verdaderas

**149 Tras la valoración en urgencias, y con la información que se ha podido extraer ¿cuál sería la propuesta terapéutica inicial más adecuada?**

- A) Alta de urgencias y derivación a Atención Primaria.
- B) Alta de urgencias y derivación a unidad comunitaria de salud mental.
- C) Alta de urgencias e ingreso en hospitalización completa de salud mental.
- D) Alta de urgencias y derivación a hospital de día de salud mental.

**150 Teniendo en cuenta los antecedentes médicos y el origen africano de la paciente, ¿cuál sería de los siguientes sería el primer tratamiento psicofarmacológico que estaría indicado durante la hospitalización?**

- A) Aripiprazol.
- B) Olanzapina.
- C) Clozapina.
- D) Las respuestas A, B, y C son verdaderas

**151 ¿Qué intervención psicológica ha demostrado ser claramente eficaz en prevenir y retrasar las recurrencias y hospitalizaciones en el trastorno bipolar?**

- A) Psicoeducación.
- B) Terapia cognitivo conductual.
- C) Terapia interpersonal.
- D) Terapia familiar sistémica.

**152 La riqueza asociativa mnémica hacia el pasado o mentismo hipermnésico (Henry Ey) suele encontrarse en:**

- A) Los sujetos maníacos.
- B) Los pacientes con TOC.
- C) Los pacientes con esquizofrenia.
- D) Los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria.

**153 La memoria explícita implica el recuerdo de:**

- A) Operaciones de rutina.
- B) Información disociada.
- C) Percepciones directas.
- D) Experiencias personales identificadas con uno/a mismo/a.



**Junta de Andalucía**

Consejería de Salud y Familias