



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

ACCESO: PROMOCIÓN INTERNA

CATEGORÍA: FEA PSIQUIATRÍA.

CONCURSO-OPOSICIÓN PARA CUBRIR PLAZAS BÁSICAS VACANTES:

Resolución de 5 de julio de 2018 (BOJA núm. 134, 12 de julio).

ADVERTENCIAS:

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

1ª PRUEBA: CUESTIONARIO TEÓRICO

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

2ª PRUEBA: CUESTIONARIO PRÁCTICO

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

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

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

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

1 Según el art 68 Ley 55/2003, del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud “La suspensión firme determinará la pérdida del puesto de trabajo cuando exceda de...”:

- A) Dos años
- B) Un año
- C) Seis meses
- D) Seis años

2 Las Unidades de Prevención de riesgos laborales, en el ámbito territorial del SAS, atendiendo a las actividades preventivas asumidas, se clasifican en...

- A) Dos niveles
- B) Tres niveles
- C) Cuatro niveles
- D) Cinco niveles

3 El Comité de Seguridad y Salud es:

- A) El órgano paritario y colegiado de participación destinado dar el visto bueno y aprobar las actuaciones de la empresa en materia de prevención de riesgos.
- B) El Comité de Seguridad y Salud es el órgano paritario y colegiado de participación destinado a la consulta regular y periódica de las actuaciones de la empresa en materia de prevención de riesgos.
- C) El Comité de Seguridad y Salud es el órgano paritario y colegiado de participación destinado a la emisión de informes vinculantes para la empresa en materia de prevención de riesgos.
- D) El Comité de Seguridad y Salud es el interlocutor con la Autoridad Laboral en materia de prevención de riesgos en los distintos sectores de la Administración de la Junta de Andalucía.

4 El Sistema Sanitario Público de Andalucía se financia fundamentalmente con cargo a diferentes recursos excepto...

- A) Presupuestos de la Junta de Andalucía
- B) Rendimientos de tributos cedidos por el Estado
- C) Los recursos por la participación de la Junta de Andalucía en los Presupuestos del Estado
- D) Las cotizaciones a la Seguridad Social por actividad laboral

5 Las unidades docentes de medicina familiar y comunitaria están adscritas a...

- A) Distrito de Atención Primaria que determine la Dirección General competente en Asistencia Sanitaria
- B) Comisión de Docencia del Área Hospitalaria correspondiente
- C) Dirección del Área de Salud
- D) Unidad Provincial de Formación EIR

6 El artículo 87 de la Ley General de Sanidad establece que el personal podrá ser cambiado de puesto por necesidades imperativas de la organización sanitaria...

- A) Dentro de la zona básica de Salud o Área Hospitalaria de Salud.
- B) Dentro del área de salud.
- C) Dentro del ámbito del Servicio de Salud.
- D) El personal no podrá ser cambiado de su puesto titular de Centro, en ningún caso.

7 En el indicador de la tasa de mortalidad infantil (TMI) se incluye el número de los niños fallecidos:

- A) Menores de 1 año
- B) Menores de 14 años
- C) En las 24 primeras horas de vida
- D) Primeras semanas de vida, de 0 a 28 días

8 En el Manual de Acreditación de Unidades de Gestión Clínica de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) el estándar “Se respeta la intimidad y privacidad de la persona a lo largo de todo el proceso de atención” es:

- A) Un estándar del grupo I obligatorio
- B) Un estándar del grupo I no obligatorio
- C) Un estándar del grupo II
- D) Un estándar del grupo III

9 En planificación sanitaria, el método de priorización de Hanlon utiliza

- A) Criterios de magnitud, trascendencia, vulnerabilidad y relación coste/efectividad
- B) Criterios diferentes para cada problema a analizar a los que se les asigna previamente un peso específico a cada uno
- C) Criterios enunciados en forma de preguntas cerradas de opción única, en las que cada respuesta tiene un valor asignado de antemano
- D) Criterios de gravedad, magnitud o extensión, eficacia de la intervención y factibilidad del programa

10 ¿Los profesionales sanitarios andaluces pueden consultar las declaraciones de Voluntades Vitales Anticipadas inscritas fuera de Andalucía?

- A) No, porque el registro de voluntades vitales anticipadas es autonómico
- B) Si, porque el registro es común en todo el ámbito de la Unión Europea
- C) Si, porque el Registro de Andalucía está sincronizado con el Registro Nacional de Instrucciones Previas, pero no se podría en países distintos de España
- D) D Se puede consultar para todas las voluntades vitales inscritas en cualquier autonomía española y en los países de Portugal, Francia e Italia

11 Respecto al diagnóstico diferencial del Trastorno Facticio señale la respuesta ERRÓNEA:

- A) Tanto en la simulación como en el trastorno facticio los síntomas somáticos y/o psicológicos son fingidos o producidos intencionadamente.
- B) En los Trastornos Facticios la motivación no es obtener incentivos externos sino asumir el rol de enfermo.
- C) El 'síndrome de Munchausen' y el 'síndrome de Munchausen por poderes' están catalogados como simulación.
- D) En los trastornos somatomorfos los síntomas somáticos no son producidos intencionadamente.

12 Respecto al Trastorno de la conducta alimentaria y personalidad, ¿Cual de las siguientes afirmaciones es cierta?

- A) La bulimia nerviosa se asocia en un notable porcentaje a trastornos de personalidad del grupo B: trastorno de inestabilidad emocional y trastorno histriónico.
- B) La anorexia nerviosa se asocia a trastornos de personalidad en un alto porcentaje mientras que en la bulimia tal asociación es mucho menor.
- C) El trastorno de personalidad más asociado a la anorexia nerviosa es el trastorno límite de personalidad y a la bulimia el trastorno obsesivo y trastorno por evitación.
- D) La anorexia nerviosa se asocia con frecuencia a trastornos de personalidad, los más frecuentes trastornos del grupo A: esquizoide y paranoide.

13 De las siguientes propuestas terapéuticas usadas en el tratamiento del Trastorno por Dolor persistente somatomorfo (F45.4; CIE-10) ¿Cuál NO ha mostrado ser útil ni recomendable?

- A) Técnicas de biofeedback
- B) Técnicas de entrenamiento en relajación
- C) Uso de benzodiazepinas
- D) Uso de amitriptilina

14 Según la CIE-10, se incluye como trastorno "NO" orgánico del sueño:

- A) Disomnia.
- B) Síndrome de Kleine-Levin.
- C) Narcolepsia.
- D) Eneuresis.

15 ¿Cual de las siguientes competencias NO está incluida en el mapa de competencias del facultativo especialista de área en psiquiatría de la Junta de Andalucía?

- A) Calidad
- B) Trabajo en equipo
- C) Manejo de las Tecnología de la Información y Comunicación (TIC)
- D) Uso eficiente de los recursos

16 Respecto al Trastorno de la Personalidad Dependiente, señale la respuesta ERRÓNEA:

- A) No suelen tener una relación de largo plazo con una persona, sino depender de varias personas, simultánea y continuadamente.
- B) Son frecuentes los rasgos de dependencia en pacientes con trastorno histriónico y límite de la personalidad.
- C) En la 'folie à deux', uno de los dos suele presentar trastorno de la personalidad por dependencia; el miembro sumiso adopta el sistema delirante del otro, del que depende.
- D) Suelen sufrir incomodidad o desamparo ante la soledad, debido al temor exagerado de ser incapaces de cuidar de sí mismos.

17 De las siguientes indicaciones, señalar en cuál de ellas sería el clonazepan la benzodiacepina de primera elección como tratamiento o como coadyuvante de este.

- A) Trastorno Obsesivo Compulsivo
- B) Trastorno Bipolar
- C) Síndrome de piernas inquietas
- D) Todas son verdaderas

18 El cuadro delirante en el que el paciente afirma que un familiar (considerado habitualmente como un perseguidor) y un desconocido (al que se identifica erróneamente) comparten similitudes tanto físicas como psicológicas, se llama:

- A) Síndrome de Capgrás
- B) Síndrome de Fregoli
- C) Síndrome de intermetamorfosis
- D) Síndrome de los dobles subjetivos

19 El síndrome metabólico:

- A) Para ser diagnosticado como tal debe cumplir tres de las siguientes alteraciones: a) obesidad abdominal, b) hipertrigliceridemia, c) concentración alta de colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad, d) presión arterial elevada o e) glicemia en ayunas elevada.
- B) Para ser diagnosticado como tal debe cumplir tres de las siguientes alteraciones: a) obesidad abdominal, b) hipertrigliceridemia, c) concentración baja de colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad, d) presión arterial elevada o e) glicemia en ayunas elevada.
- C) Se denomina al conjunto de hipertensión arterial, hipertransaminemia y resistencia a la insulina.
- D) Se asocia menos al uso de Clozapina que a otros antipsicóticos.

20 ¿Que factor de los siguientes NO predispone al trastorno de ansiedad?

- A) Acontecimientos vitales estresantes
- B) Prolapso mitral
- C) Buena crianza
- D) Cannabis

- 21 En el proceso de la psicosis delirante, Conrad denominó a la fase consistente en el intento de búsqueda y hallazgo de un nuevo significado para los fenómenos psicológicos que irrumpen en el sujeto, como:**
- A) Anástrofe
 - B) Apofanía
 - C) Trema
 - D) Consolidación
- 22 Según K. Menninger en el acto de suicidio confluyen varios deseos. Uno de los siguientes es falso. Identifíquelo:**
- A) El deseo de morir
 - B) El deseo de matar
 - C) El deseo de ser matado
 - D) A, B y C, son verdaderas
- 23 ¿Cual de los siguientes síntomas es característico de las depresiones infantiles en relación a las del adulto?**
- A) Pérdida de interés o de la capacidad de placer.
 - B) Sentimientos de inutilidad o de culpa.
 - C) Humor irritable.
 - D) Fatiga o pérdida de energía.
- 24 ¿Cuales de los siguientes tipos de estudios proporcionan un mayor grado de evidencia?**
- A) Estudio de cohortes
 - B) Metanálisis de ensayos clínicos
 - C) Estudio de casos controles
 - D) Ensayo clínico
- 25 Todos los siguientes son trastornos del impulso excepto:**
- A) Juego Patológico
 - B) Manía
 - C) Cleptomanía
 - D) Piromanía
- 26 Un niño de 10 años presenta un patrón de conducta desadaptativo y persistente contactos deliberados para molestar a otras personas, miente con frecuencia y rompe promesas para obtener beneficios, rabietas excepcionalmente frecuentes y graves, frecuentes discusiones con los adultos, desafíos graves ante requerimientos u órdenes, con frecuencia culpa a otros de su mala conducta. Según la CIE-10 ¿cual es el diagnóstico más probable?**
- A) Trastorno disocial desafiante y oposicionista.
 - B) Trastorno disocial de personalidad.
 - C) Trastorno disocial en niños no socializados.
 - D) Trastorno disocial en niños socializados.

27 En relación a las alteraciones del lenguaje y pensamiento, señalar la respuesta correcta:

- A) Los Trastornos Formales del Pensamiento (TFP) son específicos de la Esquizofrenia.
- B) La perseveración es la repetición sin sentido de frases o palabras específicas.
- C) La disgregación se caracteriza por pérdida de la idea directriz, asociaciones laxas y no ser influenciable por los estímulos externos.
- D) La logoclonía es característica de los estados maníacos.

28 Con cual de las siguientes entidades diagnósticas son compatibles las siguientes manifestaciones clínicas:

perímetro cefálico normal en el momento del parto, desaceleración del perímetro cefálico entre los 5 meses y los 4 años de edad, pérdida de las capacidades motrices previamente adquiridas, grave alteración del lenguaje expresivo y receptivo, retraso psicomotor grave y movimientos estereotipados de las manos.

- A) Síndrome de Rett.
- B) Autismo infantil.
- C) Autismo atípico.
- D) Síndrome de Asperger.

29 La escala de Young se utiliza para evaluar:

- A) La depresión
- B) El insight
- C) Los síntomas negativos de la esquizofrenia
- D) La manía

30 Respecto a los trastornos del sueño en la infancia y adolescencia, señale el enunciado ERRÓNEO:

- A) El sonambulismo es más frecuente en varones y tiende a afectar a los miembros de una misma familia.
- B) No es peligroso despertar a la persona mientras tiene una pesadilla.
- C) Los terrores nocturnos son más frecuentes en niñas y no suelen afectar a los miembros de una misma familia.
- D) El sonambulismo suele iniciarse entre los 4 y los 8 años. Su prevalencia máxima se observa alrededor de los 12 años.

31 ¿Que elemento de los siguientes NO forma parte de la planificación anticipada de decisiones en Salud Mental?

- A) Imposición de las medidas coercitivas a seguir
- B) Designación del representante
- C) Preferencias de visita
- D) Signos de alerta y síntomas

- 32 La enfermedad conocida como esclerosis tuberosa de Bourneville, incluida en el campo de las facomatosis se distingue por la llamada triada de Vogt (crisis epilépticas, angiofibroma facial y trastornos mentales) Se puede sostener acerca de los trastornos mentales los siguientes enunciados, EXCEPTO que:**
- A) Los trastornos mentales están presentes en el 20% de los casos
 - B) La asociación de autismo y oligofrenia es típica
 - C) Son frecuentes los trastornos de la conducta y del carácter y, en algunos casos, presentan cuadros psicóticos.
 - D) A,B y C, son verdaderas
- 33 Psiquiatría y psicopatología, en tanto disciplinas científicas, se nutren de modelos teóricos, que se organizan en distintos paradigmas, uno de ellos el paradigma médico, también conocido como orgánico, biológico, mecánico o biofísico. Diga cual de los siguientes enunciados no es correcto:**
- A) El paradigma médico considera la conducta anómala una consecuencia de los cambios físicos y químicos que ocurren generalmente en el cerebro.
 - B) Las raíces de este paradigma médico se encuentran en Hipócrates. En psiquiatría fue reintroducido por Kraepelin al utilizar la parálisis general progresiva como paradigma de enfermedad médica.
 - C) En el paradigma médico no es relevante la desviación cualitativa de la norma estadística
 - D) Las críticas al paradigma médico, en general, se centran en la visión reduccionista de la enfermedad mental, sin que pueda ofrecer una descripción completa de la misma.
- 34 Ante la sospecha de una enfermedad desmielinizante se debe solicitar:**
- A) Una resonancia magnética cerebral (RMN)
 - B) Una tomografía computarizada cerebral (TAC)
 - C) Una Single Photon Emission Computer Tomography (SPECT)
 - D) Una punción lumbar
- 35 En uno de los siguientes trastornos mentales está más alterada la atención selectiva:**
- A) Depresión mayor.
 - B) Esquizofrenia.
 - C) Paranoia.
 - D) Trastorno obsesivo-compulsivo.
- 36 Respecto al concepto de resiliencia en rehabilitación, señale la respuesta correcta:**
- A) Fue introducido por Michel Rutter (1970) y se refiere a la capacidad de algunas personas para adaptarse, sobrevivir y aprender en las situaciones traumáticas.
 - B) Se refiere a la capacidad de las personas que viven en situaciones de exclusión para adaptarse a dichas situaciones.
 - C) Se refiere a la capacidad de algunas personas para adaptarse a situaciones desfavorables.
 - D) Actualmente, la adquisición de la resiliencia adecuada se trabaja fundamentalmente en los equipos de tratamiento asertivo comunitario a través de programas de continuidad de cuidados.

37 Una dismorfopsia es:

- A) Una anomalía en la integración perceptiva.
- B) Una anomalía en la estructuración de estímulos ambiguos, un tipo de ilusión.
- C) Una distorsión de la percepción.
- D) Una forma leve de alucinación (alucinosis).

38 Siguiendo el modelo teórico de cambio de Prochaska y Diclemente, habitualmente utilizado para comprender las fases de comportamiento de la mujer víctima de violencia de género, señalar la respuesta correcta:

- A) En la fase contemplativa la mujer no reconoce la violencia como un problema.
- B) A partir de la fase de decisión es imprescindible priorizar la protección y seguridad de la mujer y especialmente en la fase de acción.
- C) En la fase de preparación (decisión) el objetivo es fomentar la duda de la mujer respecto a su situación.
- D) En la fase precontemplativa se debe proponer la derivación como primera medida de la actuación en respuesta a la confidencia de la mujer.

39 Uno de los principales problemas a la hora de abordar la evaluación diagnóstica del entramado familiar es la delimitación de lo que constituye una 'familia funcional'. En este sentido, señale la respuesta ERRÓNEA:

- A) Frente al concepto idealista de familia normal, hoy sabemos que toda familia presenta dificultades cotidianas que deben ser afrontadas a lo largo de las distintas fases de su ciclo vital.
- B) La familia disfuncional no puede distinguirse de la funcional por la presencia de problemas sino por la utilización de patrones de interacción recurrentes que dificultan el desarrollo psicosocial de sus miembros.
- C) Una familia con escasos recursos económicos (familia empobrecida) evoluciona en la generalidad de los casos a una familia disfuncional.
- D) En una familia empobrecida pueden afectarse áreas como la educación y el desarrollo afectivo y relacional.

40 En la epidemiología psiquiátrica los estudios de alto riesgo son:

- A) Son estudios observacionales transversales.
- B) Son estudios longitudinales prospectivos.
- C) Son estudios de casos y controles.
- D) Son estudios del curso de la enfermedad.

41 Respecto al Trastorno Dismórfico Corporal (dismorfofobia), señale la respuesta ERRÓNEA:

- A) Una forma clínica casi exclusivamente masculina es la llamada 'dismorfia muscular', en la que el paciente se queja de apariencia endeble y poco musculosa.
- B) La queja dismorfofóbica es difícilmente distinguible de la ideación delirante.
- C) Suele iniciarse en la adolescencia. En una amplia muestra, Phillips y Díaz (1997) señalaron que el 70 % de los pacientes presentaba sintomatología característica antes de los 18 años.
- D) No es habitual que los pacientes desarrollen alteraciones conductuales de evitación, comprobación u ocultación

42 Señalar la respuesta INCORRECTA:

- A) La evidencia científica procedente de estudios observacionales bien diseñados, como estudios comparativos, estudios de correlación o estudios de casos y controles tiene un nivel de evidencia científica superior a la procedente de metanálisis de ensayos clínicos aleatorizados.
- B) Un grado de la recomendación A indica que hay evidencia científica que sugiere que los beneficios superan sustancialmente los riesgos potenciales.
- C) El nivel más bajo de evidencia científica y grado de recomendación en las Guías de Práctica Clínica, proceden de documentos u opiniones de comités de expertos y/o experiencias clínicas de autoridades de prestigio.
- D) Un grado de recomendación C indica que hay evidencia científica que sugiere que el balance entre los beneficios y los riesgos son demasiado cercanos para hacer recomendaciones generales.

43 Según el Proceso Asistencial Integrado Trastorno Mental Grave (PAI TMG), en el tratamiento farmacológico del trastorno afectivo bipolar:

- A) Para pacientes hipomaníacos está indicado el litio en monoterapia.
- B) La Carbamacepina es el tratamiento de elección para prevenir recaídas.
- C) En cicladores rápidos están indicados los antidepresivos.
- D) La Lamotrigina ha demostrado mas eficacia en el tratamiento de episodios mixtos o disfóricos.

44 Respecto al Modelo o Teoría de la Vulnerabilidad, señale la respuesta ERRÓNEA:

- A) La teoría de la vulnerabilidad fue enunciada por Zubin J., y Spring B. en 1977
- B) La idea básica de la teoría de la vulnerabilidad es que existen individuos más vulnerables que otros a padecer determinados trastornos psiquiátricos.
- C) Plantea que la sensibilidad a los factores del estrés (ambientales) estaría genéticamente determinada.
- D) Plantea que la sensibilidad a los factores del estrés (ambientales) está condicionada por los modelos de crianza y roles e interacción familiar.

45 "Es FALSO" que en el caso de que el paciente no pueda de manera duradera gestionar por sí mismo aspectos básicos de su vida, y no haya en su entorno familiar ninguna persona que pueda asumir estas funciones, las Instituciones Tutelares deben garantizar:

- A) La defensa judicial durante el proceso de incapacitación.
- B) La defensa judicial en los procesos de recapacitación.
- C) La curatela y/o tutela tras la resolución judicial de incapacitación.
- D) Las funciones deben ejercerse sin criterios restrictivos.

46 En "La manía á potu" (reacción patológica al alcohol) definida por Keller en 1977, una de las siguientes acepciones es FALSA.

- A) Es imprescindible la ingesta de grandes cantidades de alcohol de alta graduación.
- B) Se sigue de un comportamiento violento y sin sentido
- C) A continuación se produce un sueño prolongado
- D) Se produce una amnesia total o parcial del periodo de la alteración del comportamiento

47 ¿Cuál de los siguientes signos del criterio B de los cuadros incluidos bajo el epígrafe "Episodios Maníacos" (F30; CIE-10) comparten la Hipomanía (F30.0) y la Manía sin síntomas psicóticos (F30.1)?

- A) Aumento de la actividad o inquietud física
- B) Fuga de ideas o experiencia subjetiva de pensamiento acelerado
- C) Autoestima exagerada o idea de grandeza
- D) A, B y C son verdaderas

48 En el Trastorno Bipolar ¿cuál de las siguientes recomendaciones es FALSA?

- A) Utilizar el litio en monoterapia en los casos graves de manía aguda.
- B) En casos de manía aguda resistente se puede considerar la utilización de clozapina.
- C) No deben utilizarse la gabapentina, lamotrigina y topiramato en el tratamiento de la manía aguda.
- D) Se recomienda la utilización de valproato, en su formulación estándar o de liberación prolongada, en el tratamiento de la manía aguda.

49 En 1997 Swedo y col. describen una forma clínica de Trastorno Obsesivo infantil denominado PANDAS relacionado con un proceso autoinmune que provoca determinada bacteria. De las siguientes proposiciones acerca de este cuadro una es FALSA. Señálela.

- A) El anticuerpo monoclonal D8/17 es positivo en el 85% de los niños con PANDAS
- B) El comienzo del cuadro es súbito con exacerbaciones bruscas
- C) Se asocia con anormalidades neurológicas
- D) Hay asociación temporal entre exacerbaciones sintomáticas e infecciones por estafilococo aureus.

50 Señale la respuesta ERRÓNEA respecto a la pseudodemencia depresiva:

- A) Curso agudo
- B) Curso insidioso
- C) Funcionamiento cognitivo previo normal
- D) Buena respuesta a antidepresivos

51 ¿Cuál de los trastornos que se enumeran a continuación presenta las mayores tasas de comorbilidad con el trastorno obsesivo-compulsivo?

- A) Daño cerebral.
- B) Síndrome de Gilles de la Tourette.
- C) Trastornos de la conducta alimentaria.
- D) Depresión.

52 ¿Cuál de los siguientes síntomas NO se asocia con frecuencia a la enfermedad de Gilles de la Tourette?

- A) Tics motores múltiples.
- B) Coprolalia.
- C) Depresión.
- D) Déficit de atención o hiperactividad.

- 53 ¿Cuál de los siguientes criterios NO forma parte de los incluidos en el diagnóstico CIE-10 del Trastorno de Personalidad tipo Límite (F60.31)?**
- A) Facilidad para verse envueltos en relaciones intensas e inestables que, a menudo, terminan en crisis emocionales
 - B) Incapacidad para sentir culpa
 - C) Sentimiento crónico de vacío
 - D) Esfuerzos excesivos para evitar ser abandonados
- 54 Según la OMS (Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options. Geneva: WHO; 2004) señale a qué tipo de prevención primaria corresponde la siguiente descripción: 'Intervenciones dirigidas a individuos o subgrupos de la población cuyo riesgo de padecer un trastorno mental es significativamente más alto que el promedio, según evidencia comprobada por los factores de riesgo psicológico o social'.**
- A) Prevención universal.
 - B) Prevención selectiva.
 - C) Prevención indicada.
 - D) Prevención marginal.
- 55 Con respecto al trastorno de personalidad obsesivo "NO ES CIERTO" que:**
- A) El psicoterapeuta debería centrarse en la expresión de los sentimientos en lugar de recopilar descripciones exhaustivas de hechos.
 - B) Las reacciones psicológicas incluyen el perfeccionismo y la extrema necesidad de control.
 - C) Según la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª revisión (CIE-10), se refiere a él como trastorno anancástico de la personalidad.
 - D) El psicoterapeuta debería ser reservado y distante y evitar un actividad excesiva en el tratamiento.
- 56 "Se produce un enlentecimiento generalizado de toda la actividad motora. El paciente apenas mueve sus miembros, los gestos son extraños y la amplitud de los movimientos está reducida. Las porciones proximales de los miembros suelen permanecer fijas; sólo mueven las manos. El tronco está inmóvil con la espalda pegada a la silla. Con frecuencia arrastra los pies al andar y se aprecia una falta de flexibilidad en la zancada y en el braceo"**
- Esta descripción psicopatológica de Widlocher (1983) corresponde a:**
- A) Inhibición psicomotora
 - B) Catatonía
 - C) Síndrome parkinsoniano
 - D) Estupor
- 57 ¿Cuál de las siguientes alucinaciones NO forma parte de los trastornos perceptivos de la corporalidad?**
- A) Alucinaciones extracámpinas
 - B) Alucinaciones hígricas
 - C) Alucinaciones de Cramer
 - D) Alucinaciones hápticas

- 58 ¿Cuál de las siguientes formaciones psicóticas descritas por K. Jaspers NO está incluida dentro de lo que este autor encuadró como "vivencias delirantes primarias"?**
- A) las cogniciones delirantes
 - B) las percepciones delirantes
 - C) las representaciones delirantes
 - D) A, B y C, son verdaderas
- 59 En relación con las alteraciones de la percepción:**
- A) La alucinación hipnopómpica es una percepción falsa que ocurre al entrar en el sueño. No se considera un fenómeno patológico en general.
 - B) La alucinosis son alucinaciones, generalmente visuales, que se asocian con el consumo agudo de alcohol y que se acompañan de alteración de la conciencia.
 - C) La ilusión es una percepción distorsionada o malinterpretación de un estímulo sensorial externo real.
 - D) El fenómeno de estela es una sensación o alucinación causada por otra sensación.
- 60 Respecto a las alteraciones de la imagen corporal en la despersonalización, señale la respuesta correcta:**
- A) A menudo se asocian a alteraciones sensoperceptivas
 - B) Es infrecuente el sentimiento de extrañeza hacia partes del cuerpo que el paciente siente como si no le pertenecieran.
 - C) Son más frecuentes en mujeres entre los 20 y 40 años
 - D) Curiosamente, las experiencias de cambio en la imagen corporal no se acompañan de alteraciones en el esquema corporal.
- 61 Señalar la respuesta INCORRECTA en relación al suicidio:**
- A) La Escala SAD PERSONS es específica para la evaluación del riesgo suicida.
 - B) El riesgo de suicidio es mayor en aquellos que lo han intentado y en los que tienen antecedentes familiares de suicidio.
 - C) El dolor físico y psicológico comparten procesos comunes neuroanatómicos.
 - D) Según la pirámide de gradación del riesgo suicida, pensar en la muerte como descanso supone un riesgo menor que el temor a suicidarse.
- 62 Diga cual de las siguientes escalas de evaluación psicopatológica de la ansiedad NO tiene validación española.**
- A) GHQ-28 ítems (Cuestionario de Salud General). Goldberg, 1972
 - B) Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg. Goldberg, 1988
 - C) Escala de ansiedad de Beck. Beck, 1988
 - D) State and Trait Anxiety Inventory (STAI). Spielberger, 1958
- 63 Cual de las siguientes afirmaciones sobre los estados crepusculares es FALSA:**
- A) La conciencia se encuentra obnubilada
 - B) Son frecuentes en los estados disociativos
 - C) Son generalmente agudos y poco duraderos
 - D) Uno de los síntomas característicos es el automatismo

64 ¿Cual de los siguientes síntomas NO corresponde a diagnóstico de TDAH?

- A) Falta de atención
- B) Hiperactividad
- C) Hipermnesia
- D) Impulsividad

65 Qué autor acuñó el término "esquizofrenia"

- A) E. Kraepelin
- B) E. Bleuer
- C) S. Freud
- D) A. Meyer

66 En referencia a la psicopatología, diga cual de los siguientes enunciados es correcto:

- A) Epistemológicamente, no existe respuesta a la dicotomía conceptual entre una psiquiatría autónoma, separada de las neurociencias, y una psiquiatría reducida a las neurociencias.
- B) La psicopatología es la ciencia básica de la psiquiatría
- C) La función fundamental de la psicopatología descriptiva es la interpretación de la conducta patológica.
- D) Uno de los aspectos reconocidos como válidos en el paradigma psicodinámico es que concede la misma validez a los hechos observados que a las interpretaciones de esos hechos, al operar en el mismo nivel epistemológico.

67 La memoria emocional se encuentra en

- A) Amígdala
- B) Hipocampo
- C) Núcleo basal de Meynert
- D) Bulbo raquídeo

68 El Programa de Fomento de Relaciones Sociales de la Fundación Pública para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM) incluye los Clubes Sociales y su desarrollo se realiza en la mayoría de los casos a través de convenios de colaboración con:

- A) La administración local (ayuntamientos).
- B) Con el Servicio Andaluz de Salud (SAS) a través de la Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Salud Mental.
- C) Con el movimiento asociativo (Federación Andaluza de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES) y En Primera Persona).
- D) Con los servicios sociales de la Junta de Andalucía.

69 ¿Cuales de los siguientes aspectos NO es determinante cuando se realiza una historia enfocada en la rehabilitación de una persona con diagnóstico de enfermedad mental?

- A) Capacidades o puntos fuertes personales y del entorno
- B) Dificultades o fragilidades personales o del entorno
- C) Máximo grado de funcionalidad alcanzado en la biografía
- D) Diagnóstico Nosográfico

- 70 La terapia Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) se ha utilizado en el trastorno límite de personalidad. ¿Cual de las siguientes características es FALSA?**
- A) Breve
 - B) Individual
 - C) Se usa combinada con otros abordajes
 - D) Ha demostrado que puede reducir los síntomas y conductas problemáticas
- 71 ¿Cual de los siguientes aspectos NO es un objetivo de un programa terapéutico de la Anorexia Nerviosa?**
- A) Normalizar posibles alteraciones biológicas
 - B) Suprimir la actividad física
 - C) Corregir las distorsiones de la imagen corporal y otras distorsiones cognitivas
 - D) Intervenir en la problemática y relaciones familiares
- 72 ¿Cual de las siguientes preguntas esperarías encontrar en una entrevista motivacional?**
- A) ¿Que le pasa?
 - B) ¿Desde cuando le pasa?
 - C) ¿Con que lo relaciona?
 - D) ¿Por qué querría cambiarlo?
- 73 ¿ En que trastorno de personalidad se incluye la confusión con respecto a la identidad sexual como elemento definitorio del mismo?**
- A) Narcisista
 - B) Inestabilidad emocional tipo límite
 - C) Inestabilidad emocional tipo impulsivo
 - D) Asocial
- 74 ¿Cual de las siguientes definiciones corresponde al concepto de carácter?**
- A) Peculiaridad e intensidad individual de los afectos psíquicos y de la estructura dominante de humor y motivación.
 - B) Conjunto de reacciones y hábitos de comportamiento que se han adquirido durante la vida y que dan especificidad al modo de ser individual.
 - C) Pautas de pensamiento, percepción y comportamiento relativamente fijas y estables, profundamente enraizadas en cada sujeto
 - D) Recursos inconscientes utilizados para afrontar situaciones que suponen un conflicto para el individuo
- 75 ¿Cual de los siguientes trastornos de ansiedad tiene la misma frecuencia de presentación independientemente del sexo?**
- A) Trastorno de ansiedad generalizada
 - B) Fobia social
 - C) Trastorno obsesivo compulsivo
 - D) Trastorno de pánico

76 En relación a la historia clínica psiquiátrica ¿cual de las siguientes afirmaciones es FALSA?:

- A) La evolución constituye un apartado de la historia clínica independiente de la anamnesis.
- B) Los antecedentes personales están incluidos en la parte de anamnesis de la historia clínica.
- C) La epicrisis o situación actual o enfermedad actual, es aquella parte de la anamnesis que describe la situación clínica del paciente en el momento de crisis actual.
- D) Durante la entrevista clínica, lo mas indicado es aproximarse a la información que deseamos recabar con preguntas abiertas y focalizar posteriormente con preguntas cerradas en caso de que existan dudas sobre síntomas importantes para el diagnóstico.

77 Señala la afirmación correcta sobre los Centros de Día de Salud Mental en la red pública de Andalucía:

- A) Van dirigidos a cualquier usuario de los dispositivos de Salud Mental que cumpla criterios de TMG.
- B) El eje de trabajo concreto con cada paciente está marcado por el Plan Individualizado de tratamiento.
- C) Su elemento clave es la rehabilitación a través de la actividad ocupacional.
- D) Van dirigidos a pacientes graves con sintomatología activa pero no aguda.

78 En el tratamiento farmacológico de los trastornos de conducta alimentaria en la infancia y adolescencia:

- A) Los antidepresivos sólo están indicados cuando hay síntomas depresivos acompañantes.
- B) Los Inhibidores Selectivos de Recaptación de la Serotonina (ISRS) son los más utilizados.
- C) Los antipsicóticos están contraindicados.
- D) Los anticomiciales son los fármacos de primera elección en la bulimia nerviosa.

79 Señale la afirmación correcta con respecto a la enuresis:

- A) Hasta el 75 % de los casos tienen un familiar biológico de primer grado con antecedentes de enuresis.
- B) La concordancia es mayor en dicigotos que en monocigotos.
- C) La vejiga inestable es una de las principales causas.
- D) Si hay infección de orina, al tratar ésta la enuresis desaparece.

80 Entre las siguientes intervenciones terapéuticas ¿cual de ellas se caracteriza por intervenir de forma activa en el entorno del paciente?

- A) Trabajo social ortodoxo
- B) Equipo asertivo Comunitario
- C) Hospital de día
- D) Unidad de Hospitalización de salud mental

- 81 ¿Cual es la primera intervención en psiquiatría de enlace cuando se solicita la valoración de un paciente que niega su enfermedad física?**
- A) Confrontar la negación de forma directa
 - B) Adiestrar al personal para "que le lleve la corriente al paciente"
 - C) Entrevistarse con la familia
 - D) Asegurarse de que el paciente ha sido informado del diagnóstico y del tratamiento
- 82 Encontrarse en sitios en los que uno no recuerda como llegó es característico de**
- A) Trastorno de ansiedad
 - B) Psicosis
 - C) Personalidad histriónica
 - D) Disociación
- 83 En una depresión moderada-grave si la respuesta al primer tratamiento con ISRS es insuficiente, respecto al tratamiento farmacológico se recomienda:**
- A) Añadir un antipsicótico a pequeñas dosis u otro antidepresivo como mianserina o mirtazapina.
 - B) Investigar la adhesión al tratamiento y, si es correcta, cambiar a otro ISRS o a Venlafaxina.
 - C) Cambiar a un tricíclico.
 - D) Cambiar a otro ISRS y combinar el tratamiento con ejercicio físico pautado.
- 84 Señale el enunciado ERRÓNEO respecto a la teratogenia de fármacos eutimizantes:**
- A) El litio, administrado durante el primer trimestre del embarazo, ha sido relacionado con diversos tipos de malformaciones cardiovasculares, en especial con el Síndrome de Epstein.
 - B) La carbamazepina se ha asociado con un riesgo de espina bífida del 0,5 al 1 %
 - C) El valproato es mucho menos teratógeno que el litio, por lo que con frecuencia puede estar indicado su uso.
 - D) Actualmente los datos disponibles no aseguran el empleo de estos agentes sin riesgo para el feto.
- 85 El grupo Multifamiliar diseñado por J. García Badaracco se inscribe dentro del modelo:**
- A) Constructivista.
 - B) Psicodinámico.
 - C) Sistémico.
 - D) Terapia narrativa.

- 86 ¿Cuál sería el foco principal de trabajo de la terapia metacognitiva, incluida en la denominada tercera generación del paradigma cognitivo conductual?**
- A) Aplicación del método experimental en psicología para explicar la génesis y el mantenimiento de las conductas disfuncionales
 - B) Aplicación de técnicas para modificar las creencias disfuncionales y el procesamiento erróneo de la información
 - C) Testar la validez de los pensamientos modificando la manera en que los pensamientos son experimentados y regulados
 - D) Ninguna de las anteriores
- 87 Los siguientes síndromes congénitos se relacionan con discapacidad intelectual EXCEPTO**
- A) Síndrome de Down
 - B) Síndrome de X frágil
 - C) Síndrome de Klinefelter
 - D) Síndrome de Cri du Chat
- 88 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es "VERDADERA" respecto a la amnesia global transitoria?**
- A) El nivel de conciencia disminuye.
 - B) Es mucho más frecuente en mujeres.
 - C) Un episodio típico dura 24 horas.
 - D) La función cognitiva basal se recupera espontáneamente.
- 89 La aparición de la sintomatología paranoide se produce en un espectro amplio que comprende las siguientes situaciones, "EXCEPTO":**
- A) Personalidad anancástica: personalidad obsesiva.
 - B) Personalidad predispuesta: personalidad paranoide.
 - C) Desintegraciones sociales: inmigrados.
 - D) Desintegraciones de la personalidad: trastornos orgánicos de la personalidad.
- 90 Señale la respuesta correcta en relación a las actuaciones y responsabilidades profesionales del psiquiatra en la contención mecánica de un paciente (Proceso TMG):**
- A) El psiquiatra no tiene responsabilidad en la contención mecánica si ha sido indicada por enfermería.
 - B) Indica la medida, o la autoriza (o no), si ha sido instaurada por el personal de enfermería, en caso de urgencia y en su ausencia.
 - C) Coopera en la ejecución y supresión de la contención mecánica.
 - D) Dirige la contención y coordina su ejecución.

91 Ante el diagnóstico de demencia en un paciente anciano, ¿qué información debe darse al paciente y a su familia?

- A) Se recomienda informar del diagnóstico de demencia al paciente y a su familia sólo cuando exista un diagnóstico firme para no alarmar y generar iatrogenia innecesaria.
- B) En la demencia leve o moderada es posible informar al paciente lo que le permitirá expresar sus preocupaciones, dudas, y poder afrontar mejor las dificultades diarias. Conocer el pronóstico de su enfermedad le ofrecerá la oportunidad de tomar decisiones y planificar su futuro.
- C) Se recomienda dar información sólo a familiares sobre la demencia, su evolución, manifestaciones clínicas, tratamiento integral y soporte al cuidador, que les permita planificar su futuro.
- D) Las sesiones informativas grupales dirigidas a las familias no aportan nada a la información individualizada a cada familia que es la que reúne evidencia sobre su eficacia.

92 ¿Qué condición de las siguientes no es necesaria para que un paciente sea competente y pueda testificar judicialmente?

- A) Comprender la naturaleza de los cargos presentados contra él
- B) No tener una enfermedad mental
- C) Tener la capacidad de consultar con un abogado
- D) Comprender el procedimiento

93 ¿Cuál de los siguientes pensadores del periodo histórico previo a la Ilustración, propuso una concepción unitaria y holística de la relación mente-cuerpo, conocida como "paralelismo"?

- A) G. Berkeley
- B) F. Spinoza
- C) Juan Luis Vives
- D) T. Hobbes

94 Cual de las siguientes motivaciones de la actividad suicida, según la clasificación de Kurt Schneider "NO ES CIERTA":

- A) Suicidio de huida o suicidio racional.
- B) Suicidio en cortocircuito.
- C) Suicidio como represalia.
- D) Suicidio teatral.

95 La Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental

- A) Equivale al empoderamiento en el modelo de recuperación como objetivo para afrontar el estigma y a potenciar la autodeterminación.
- B) Se refiere a un consentimiento informado por el cual el paciente acepta un tratamiento o intervención médica que puede suponer un riesgo especial.
- C) Es un "testamento vital" dirigido a la toma de decisiones médicas en situaciones de grave riesgo para la vida con pérdida de capacidad para decidir.
- D) Recoge las preferencias negociadas sobre hospitalización, medicación, o cualquier intervención en caso de crisis con pérdida de competencia.

96 En concordancia con los principios establecidos en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU 2006), señalar la respuesta correcta:

- A) Las voluntades vitales anticipadas (VVAs) y la planificación anticipada de decisiones (PAD) regulan exclusivamente la toma de decisiones al final de la vida.
- B) Por Voluntades Anticipadas o Instrucciones Previas en Salud Mental, se entiende un documento que recoge la voluntad del /de la tutor/a del/de la usuario/a respecto a la atención sanitaria en Salud Mental (SM).
- C) La PAD en SM se basa en la sustitución en la toma de decisiones del /de la usuario/a por su tutor/a.
- D) La Planificación Anticipada en Salud Mental comprende un modelo en el que el/la usuario/a y el equipo de profesional de Salud Mental elaboran una planificación de los tratamientos y la medicación de Salud Mental, dentro de un proceso continuado de información, asesoramiento y diálogo.

97 Todos los siguientes son trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje, "EXCEPTO":

- A) Trastorno específico de la pronunciación.
- B) Trastorno de la expresión del lenguaje.
- C) Trastorno desintegrativo del lenguaje.
- D) Trastorno de la comprensión del lenguaje.

98 ¿Qué plataforma virtual constituye una de las principales herramientas de lucha contra el estigma en salud mental en Andalucía?

- A) Salud responde
- B) 1 de cada 4
- C) Comunica salud mental
- D) Psicoevidencias

99 Respecto al Trastorno Esquizoide de personalidad, ¿cual de las siguientes afirmaciones es cierta?

- A) La comorbilidad con categorías diagnósticas clínicas del eje I del DSM son abundantes.
- B) La psicoterapia de grupo está contraindicada en estos pacientes.
- C) Se diferencia con el trastorno de personalidad por evitación en que los pacientes de este último trastorno están aislados pero desean participar en actividades sociales.
- D) Los pacientes con personalidad esquizoide son personas excéntricas, y en este sentido tienen más similitudes con el paciente esquizofrénico que los pacientes esquizotípicos.

100 Cuando a personas que han sufrido un Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) se les pide que rememoren el trauma presentan, en las pruebas de neuroimagen, una actividad cerebral muy diferente de las personas que no han desarrollado un TEPT ¿cuál de las siguientes proposiciones obtenidas de dichos estudios es falsa?

- A) Los sujetos con TEPT suelen manifestar un tipo de conexiones cerebrales congruentes con una modalidad no verbal de rememoración mnémica
- B) En las pruebas de neuroimagen se observa la activación las redes neurales del córtex prefrontal y el gyrus cingulado anterior
- C) Los estudios por RM en veteranos combatientes, así como en mujeres objeto de abuso, demuestran una reducción del hipocampo que se correlaciona con el efecto del cortisol sobre los receptores glucocorticoides del hipocampo.
- D) Las observaciones ponen en entredicho el beneficio en el TEPT de las terapias puramente verbales y se sugiere la necesidad de explorar los métodos centrados en el cuerpo

Enriqueta tiene ahora 20 años y acude a nuestra consulta por presentar vómitos repetidos provocados por la paciente de forma "inevitable" ya que no puede soportar la sensación de plenitud gástrica y el dolor, por eso también bebe mucha agua después de comer. Inapetencia completa, amenorrea de cuatro meses, pérdida de peso sin desnutrición grave. La madre refiere que "la toma con el hermano que le insiste para que coma y han llegado incluso a la violencia física". Gran angustia en toda la familia. La evolución es de varios años ya.

Tiene conciencia de enfermedad pero la causa de todo cree que está en "los ovarios" porque cuando le viene la regla desaparecen los síntomas. Se añade psicopatología depresiva: apatía, tristeza, insomnio, angustia, pérdida de interés; que la paciente atribuye como reactivo a sus síntomas somáticos.

El cuadro clínico comenzó con 13 años poco después de la menarquia y de la muerte del padre. Los vómitos no eran entonces provocados y coincidían con la menstruación. Acudieron al sistema privado donde fue atendida por internistas, psiquiatras y ginecólogos y estuvo ingresada en varios hospitales. En todos estos años, sólo estuvo mejor durante cuatro meses coincidiendo con uno de los tratamientos.

Es la única hembra de cuatro hermanos. Relaciones sociales escasas, nunca ha salido con ningún chico ni muestra interés por hacerlo.

101 ¿Qué diagnóstico podemos emitir con estos datos?

- A) Anorexia nerviosa
- B) Disfunción vegetativa somatomorfa del tracto intestinal alto.
- C) Anorexia nerviosa atípica.
- D) Trastorno histriónico de personalidad

102 En una segunda entrevista se obtiene otro material complementario: Cuando le sorprendió la menarquia no acudió a la madre para decírselo. Su madre es descrita como "sin defectos". Ella era la "preferida" del padre. Preferiría ser un hombre "porque las mujeres tienen la regla". Cree que no se encuentra preparada para tener relaciones sexuales a causa de su enfermedad.

Con estos datos y los anteriores ¿Qué hipótesis psicogénica te parece más adecuada?

- A) La muerte del padre determina un cuadro depresivo como duelo complicado no resuelto. El trastorno afectivo determina el resto del cuadro.
- B) Se sabe homosexual y no lo acepta representando la enfermedad una manifestación de este problema.
- C) Dificultad para expresar verbalmente los afectos (alexitimia) existiendo en consecuencia una tendencia a la somatización.
- D) Falta de identificación con la madre, gran vinculación al padre, rechazo de la sexualidad que es sustituida simbólicamente por el vómito.

103 Antes de plantear el tratamiento ¿qué actuación de las siguientes es la más importante para preparar el plan terapéutico?

- A) Explorar y potenciar la motivación para una psicoterapia y valorar que orientación es la más adecuada.
- B) Revisar tratamientos farmacológicos previos, incluyendo el que determinó una mejoría prolongada.
- C) Descartar patología orgánica haciendo interconsulta a Medicina Interna,
- D) Derivar a psicólogo para que valore si está indicada una psicoterapia reglada.

104 En la tercera entrevista confirmamos que el trastorno de Enriqueta tiene gran repercusión familiar, sobre todo la madre y el hermano están muy implicados. Por otra parte la capacidad de insight de la paciente parece escasa y su motivación a un tratamiento psicoterapéutico también, de hecho ahora sabemos que en su recorrido por el sistema sanitario privado fracasaron varios intentos de seguir una psicoterapia reglada.

Con estos datos y los anteriores ¿Que plan de tratamiento es el más adecuado?

- A) Antidepresivos como primera opción combinables eventualmente con antipsicóticos o estabilizadores del ánimo. El abordaje psicoterapéutico parece inviable.
- B) Intervención psicoterapéutica con la familia, psicoterapia no introspectiva con la paciente, y acompañar con tratamiento farmacológico.
- C) Psicoterapia dinámica de apoyo y antidepresivos
- D) Psicoterapia familiar reglada.

Paciente adulto de 63 años, ingeniero de profesión, con antecedentes personales de Hipertensión Arterial, Hiperlipemia, tabaquismo y sin historia familiar de enfermedad mental o neurológica, que fue remitido por el psiquiatra que lo atendía (depresión en tratamiento con fluoxetina) a evaluación neuropsicológica por afasia progresiva. Desde hace un par de años el paciente nota episodios transitorios de obnubilación de conciencia, enlentecimiento psicomotor, dificultades para encontrar la palabra adecuada, tiene olvidos frecuentes, se considera despistado. En la entrevista clínica su familia comenta encontrarlo más irritable, ha perdido el interés en la lectura, ha dejado de conducir y no es capaz de manejar el teléfono móvil. Refiere problemas de memoria y tiene dificultades para vestirse. Depende de su esposa para casi todas las actividades de la vida diaria. En cuanto al lenguaje usa circunloquios, siendo poco fluido y anómico. En el estudio de la RMN muestra dilatación del sistema ventricular e infartos lacunares. El estudio SPECT cerebral muestra mayor hipoperfusión en zona parietal y frontal. Los resultados de la evaluación neuropsicológica, además de la ya diagnosticada afasia progresiva, muestran déficits cognitivos de atención, memoria y razonamiento verbal con enlentecimiento del tiempo de reacción.

105 Señale el diagnóstico más probable:

- A) Demencia en la enfermedad de Alzheimer.
- B) Demencia multi-infarto.
- C) Demencia en la enfermedad de Pick.
- D) Demencia en la enfermedad de Parkinson.

106 Señale la respuesta correcta en el diagnóstico diferencial entre Enfermedad de Alzheimer y Demencia Vascolar:

- A) Los enfermos con síndrome de Down tienen menor riesgo de desarrollar una enfermedad de Alzheimer.
- B) El comienzo y el deterioro suelen ser similares en ambos casos, insidioso, lento.
- C) En la enfermedad de Alzheimer primero se deterioraría la memoria; en la demencia vascular inicialmente nos encontraremos con una disminución de la fluencia del lenguaje oral y escrito.
- D) Según hallazgos postmortem, la coexistencia de ambos tipos puede ser tan frecuente como del 40 al 50 % de todos los casos de demencia.

107 Señale, en este caso y entre los siguientes fármacos cual NO estaría indicado para el tratamiento farmacológico de los síntomas cognitivos:

- A) Flunarizina.
- B) Nimodipino.
- C) Memantina.
- D) Propentofilina.

108 Señale la respuesta incorrecta entre las siguientes recomendaciones para el uso de antidepresivos en el anciano:

- A) Evitar ISRS, especialmente fluoxetina, si hay anorexia y pérdida de peso.
- B) Evitar ISRS si hay sintomatología extrapiramidal.
- C) Los ISRS no alteran las necesidades de anticoagulantes orales.
- D) No hay interacciones significativas entre antidepresivos y fármacos para la enfermedad de Alzheimer (inhibidores de la Acetilcolinesterasa o memantina).

109 Si apareciesen síntomas psicóticos o agitación, el fármaco de elección sería:

- A) Haloperidol.
- B) Risperidona.
- C) Clozapina.
- D) Trazodona.

Juan, tiene 32 años, trabaja como conductor de camiones y ha acudido a su Médico de Atención Primaria (MAP) porque se encuentra estresado y con sensación vertiginosa que le impide trabajar. Está casado y es padre de dos niños de 5 y 7 años. Su salud física y psíquica ha sido buena hasta el momento de la consulta. Centra su discurso en el problema físico y se muestra reticente a abordar los aspectos psicológicos de su malestar y a tomar ningún tipo de medicación.

110 ¿Cual sería la medida terapéutica desde Atención Primaria (AP) para iniciar el proceso terapéutico?

- A) Ignorar la petición, reconfortar a Juan y no dar más citas
- B) Derivar a salud mental especializada
- C) Prescribir un antidepresivo dual
- D) Realizar una escucha empática, valorar la pertinencia de la baja laboral y dar nueva cita para comprobar la consistencia y duración de la clínica

- 111 ¿En este punto que medida terapéutica no considerarías oportuna en el tratamiento de Juan?**
- A) Ofertar material de estrategias de afrontamiento
 - B) Incorporar ejercicio físico
 - C) Explicitar el circuito fisiológico de la ansiedad
 - D) Incrementar dosis de benzodiazepinas de forma indefinida
- 112 El MAP de Juan decide proponerle una baja laboral de 1 semana, prescribe una benzodiazepina como relajante muscular y da una nueva cita. Cuando le vuelve a ver Juan le comenta que no se ha tomado la medicación por miedo a la dependencia y que se encuentra peor a pesar de no estar trabajando. Se encuentra preocupado por todo, nervioso, con temores que le incluyen a él, a su familia y a su futuro laboral: "Y si no me siento bien, y si me engancha y si vuelvo a trabajar y tengo un accidente y si no vuelvo y me echan". Se siente así casi todos los días desde hace varios meses relacionándolo con demandas del entorno laboral que considera poco realistas y a las que no ha puesto límite por lo que se encuentra estresado. Su principal foco de preocupación es el vértigo por el que consulta ya que se acompaña de cefaleas, sudoración, palpitaciones y malestar general. ¿Cuál sería el diagnóstico más probable en este caso?**
- A) Distimia
 - B) Trastorno depresivo mayor
 - C) Trastorno de ansiedad generalizada
 - D) Agorafobia
- 113 Juan vuelve a las 8 semanas con incremento de los síntomas, sin tomar la medicación por miedo a los efectos y continuando con la baja laboral. En este punto se le deriva a Salud Mental Especializada donde se objetivan todos los datos recogidos en primaria y se explora la personalidad de Juan. Aunque siempre ha funcionado correctamente en todos los ámbitos de su vida, es poco comunicativo, estoico en la expresión de las emociones, con una red social limitada aunque suficiente y la tendencia al pensamiento concreto. ¿Cuál de las siguientes medidas parecería más oportuna?**
- A) Devolver a Atención primaria para que continúe su seguimiento
 - B) Prescribir ISRS
 - C) Mantener benzodiazepinas
 - D) Prescribir antipsicótico
- 114 Teniendo en cuenta la clínica y la evolución, ¿qué tratamiento farmacológico considerarías oportuno en este momento?**
- A) Duloxetina
 - B) Paroxetina
 - C) Sertralina
 - D) Venlafaxina

- 115 Tras una entrevista inicial prolongada Juan finalmente acepta iniciar un tratamiento con antidepresivos a la menor dosis terapéutica eficaz. A la semana acude refiriendo que no ha mejorado y que sigue presentando vértigos pero que además ahora tiene dolor de estómago con sensación de náuseas y sudoración profusa. ¿Cual de las siguientes medidas sería adecuada?**
- A) Recordar el periodo de latencia e indicar relajación con enfermería
 - B) Cambiar de antidepresivo
 - C) Suprimir el antidepresivo
 - D) Alta a primaria
- 116 8 semanas después Juan admite que se encuentra algo mejor, si no existen estímulos ni estrés no presenta vértigos pero estos reaparecen cuando se ve en situaciones tensas demandantes. Se sigue manteniendo dubitativo y expresa de nuevo preocupación tanto por la falta de respuesta como por el desarrollo de dependencia. ¿Qué estaría mas indicado en este punto?**
- A) Cambiar antidepresivo
 - B) Alta a Atención primaria con la misma dosis
 - C) Aumentar la dosis del antidepresivo prescrito
 - D) Retirar el antidepresivo
- 117 Tras las modificaciones farmacológicas Juan se encuentra bastante mejor. Se mantienen sus dificultades en la expresión de las emociones y los problemas para relacionarlos con las circunstancias externas. ¿Qué aspectos terapéuticos consideras que pueden ser útiles en este punto?**
- A) Incrementar el conocimiento de los circuitos de la ansiedad
 - B) Identificar los pensamientos negativos
 - C) Ampliar las estrategias de afrontamiento
 - D) Todas las anteriores
- 118 Varios seguimientos después Juan admite encontrarse asintomático, ha cambiado de puesto laboral y reconoce el peso del conflicto mantenido en su estado emocional. Se plantea su alta y derivación a Atención Primaria. ¿Qué medidas consideraríamos razonables en este punto?**
- A) Suprimir la medicación en este momento
 - B) Aconsejar mantener el tratamiento de forma indefinida
 - C) Mantener el tratamiento al menos 6 meses desde la mejoría franca y con la dosis con la que se ha obtenido y en función de los niveles de estrés reduciendo de forma progresiva la medicación
 - D) Cambiar el tratamiento

La paciente es una mujer casada de 25 años traída en ambulancia a urgencias del hospital por agitación. Entre sus antecedentes destaca una hermana diagnosticada de esquizofrenia. Niega consumo de tóxicos. Niega enfermedad física o mental previa. Cursó estudios universitarios. Buen ajuste socio-laboral y familiar. Acude acompañada de su esposo que refiere que había sido una persona perfectamente normal, extrovertida, sociable, hasta la tarde anterior cuando volvió del trabajo diciendo que “estaban sucediendo cosas raras en su oficina”. Había notado que sus compañeros hablaban de ella, que habían cambiado de pronto, y que se comportaban como si estuvieran actuando. Estaba convencida de que estaba bajo vigilancia y de que alguien escuchaba sus conversaciones telefónicas. Todo el día se había sentido como en un sueño. Al mirarse al espejo no se había reconocido a sí misma. Se había puesto más y más ansiosa, incoherente y agitada durante el día y no había podido dormir nada durante la noche. Había pasado casi toda la noche mirando por la ventana. Varias veces había señalado los cuervos en un árbol cercano y le dijo a su marido: “los pájaros vienen”. A la mañana siguiente su esposo la encontró de rodillas como si estuviera rezando. Se golpeaba la cabeza repetidamente contra el suelo y hablaba en forma incoherente diciendo que le habían encomendado una misión especial, que su jefe era un criminal, que había espías en todos lados y que algo terrible pasaría pronto. De pronto se calmó, le sonrió y le dijo que había decidido convertirse del Catolicismo al Islamismo. En ese momento se puso exaltada, comenzó a reírse y a gritar, y declaró que ella y su esposo podrían rezar al mismo dios a partir de ahora. Poco tiempo después estaba aterrorizada de nuevo y acusó a su marido de querer envenenarla. La paciente estaba asustada, perpleja pero orientada con respecto a tiempo, lugar y personas. Se la veía inquieta, se paraba y se sentaba, se movía por la habitación gritando, llorando y riendo. Hablaba en forma desordenada, cambiando de un tema a otro sin hilar. Algo ilegal estaba sucediendo en su oficina, dijo haber descubierto un complot secreto. Había micrófonos escondidos en todos lados y agregó: “los pájaros vienen”. Se preguntaba si el médico era un médico real o un “espía disfrazado”. Continuó hablando de “mi misión”, declaró que Jesús era un falso profeta, que Mahoma era el verdadero y que ella convencería al mundo de qué era lo bueno, y qué lo malo. De pronto comenzó a llorar, explicando que sus padres habían muerto y que deseaba encontrarlos en el cielo.

El examen físico sin hallazgos. Las analíticas de sangre, incluyendo la función tiroidea, estaban dentro de los límites normales, así como el Electroencefalograma y la TAC cerebral. Durante los primeros días de su ingreso, la paciente presentaba una sintomatología cambiante. Su estado de ánimo variaba de la tristeza a la exaltación y el contenido de su pensamiento cambiaba de la persecución al misticismo. En varias ocasiones salió de su habitación y se quejó de haber sentido gente que hablaba de ella, aun cuando no había nadie cerca. Cuando se le pidió que describiera lo que oía, habló de voces que venían del pasillo. Negó firmemente que las voces podían provenir de ella misma.

Se trató al paciente con neurolépticos típicos a dosis altas durante la primera semana, y con la mitad de la dosis la semana siguiente. Después de quince días, todos sus síntomas habían desaparecido. Posteriormente, se redujo la dosis progresivamente y luego se la suspendió por completo. Dos meses después del episodio, la paciente continuaba libre de síntomas.

119 ¿Cuál de estos síntomas NO está presentes?

- A) Cambios de estado de ánimo repentino
- B) Perplejidad
- C) Despersonalización con obnubilación de la conciencia
- D) Alucinaciones auditivas.

120 ¿Qué datos son significativos para el diagnóstico?

- A) El trastorno alcanzó su pico máximo en 24 horas
- B) Resolución en poco tiempo con recuperación completa en seis semanas.
- C) La paciente no tenía antecedentes psiquiátricos.
- D) Todos ellos.

121 ¿Cuál sería el diagnóstico más probable?:

- A) Trastorno psicótico agudo polimorfo sin síntomas de esquizofrenia, no secundario a situación estresante
- B) Esquizofrenia paranoide.
- C) Trastorno esquizoafectivo
- D) Trastorno psicótico agudo polimorfo con síntomas de esquizofrenia

122 Respecto al tratamiento farmacológico que enunciado es FALSO

- A) No estaría indicado tratamiento de mantenimiento con litio.
- B) El tratamiento de primera elección debe ser el que posea una mejor relación eficacia/seguridad.
- C) Las prescripciones farmacológicas iniciales son simples mientras que las posteriores tienden a incrementar la complejidad y el riesgo.
- D) Todos son ciertos

123 Respecto al límite final del Trastorno Mental Grave : Quedan fuera de esta definición funcional.

- A) Los pacientes en los que no se confirme un diagnóstico TMG tras la evaluación.
- B) Los pacientes en los que se confirma un diagnóstico de trastorno psicótico agudo y transitorio.
- C) Los pacientes con diagnóstico de Episodio Maniaco.
- D) Todos es cierto

A lo largo de su vida Luis había presentado múltiples fases depresivas mayores de características endógenas. Hasta 2003 no había ingresado nunca, en aquel momento tenía 57 años y expresó ideación autolítica. Fue dado de alta en 3 días con crítica adecuada de la misma y sin prácticamente ningún cambio farmacológico (citalopram 30 mg 1-0-0 y clorazepato dipotásico 10 mg 1-1-1). Permanece estable y asintomático 10 años más aunque en este tiempo es diagnosticado de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus Tipo II. En Julio de 2012 la familia refiere empeoramiento del estado del ánimo a raíz de varios factores de estrés de índole laboral (suspensión de pagos de la empresa que dirigía. Se mostraba apático, mutista, permaneciendo aislado en su dormitorio y con negativa a la ingesta y al contacto social. Su discurso era escaso y centrado en la vivencia de fracaso de su plan vital. Asimismo presentaba lentitud en los movimientos y torpeza mental.

- 124 ¿Cual de los diagnósticos no incluirías inicialmente en el diagnóstico diferencial?**
- A) Fase depresiva mayor
 - B) Deterioro cognitivo
 - C) Patología orgánica no neurológica
 - D) Trastorno adaptativo leve
- 125 Sospechando una nueva fase de su trastorno depresivo recurrente, su psiquiatra de la USMC incrementa la dosis de tratamiento prescrito (citalopram) y ante la falta de respuesta revisa los tratamientos previos que habían incluido sertralina, paroxetina y amitriptilina sin que existiera constancia de una buena respuesta a ninguno de ellos. ¿Qué opción terapéutica considerarías?**
- A) Incrementar la dosis de citalopram de nuevo
 - B) Duloxetina
 - C) Venlafaxina de liberación prolongada 75 mg
 - D) Paroxetina
- 126 Tras la modificación terapéutica previa Luis comenzó a presentar insomnio pertinaz, incremento de la ansiedad y disminución de la ingesta. ¿Teniendo en cuenta estos síntomas que fármaco antidepresivo crees que se prescribió?**
- A) Mirtazapina
 - B) Agomelatina
 - C) Bupropion
 - D) Duloxetina
- 127 Luis continuó empeorando a pesar de los cambios terapéuticos antidepresivos finalmente comenzó a expresar ideación delirante de ruina, culpa y posteriormente de celos con repercusión conductual en el seno familiar. Se procedió a ingreso hospitalario realizándose una valoración orgánica. ¿Que pruebas complementarias considerarías oportunas?**
- A) Bioquímica, incluyendo niveles de B12 y Hemograma
 - B) Serología Luética
 - C) TAC craneal
 - D) Todas las anteriores

- 128 Los hallazgos del tac cerebral son: Ligera hipoatenuación de sustancia blanca periventricular frontal y capsuloganglionar izquierda compatible con lesiones isquémicas crónicas. En la exploración por neurología se encontró temblor en ambos miembros superiores, alteración del equilibrio sin aumento de la base de sustentación y problemas en la deglución. Teniendo en cuenta esta información ¿Qué diagnóstico neurológico consideras más probable?**
- A) Enfermedad de Alzheimer
 - B) Demencia mixta fronto subcortical
 - C) Hidrocefalia normotensa
 - D) Demencia de cuerpos de Lewy
- 129 Paralelamente al aclaramiento diagnóstico se estaba procediendo al tratamiento de la sintomatología psicótica. Se instauró olanzapina a 20 mg objetivándose una ligera mejoría del sueño y de la reiteración de los contenidos delirantes depresivos. Desafortunadamente 10 días después se objetivó un incremento del temblor generalizándose a los 4 miembros y empeorando su capacidad de deglución. ¿ Que medida crees que se tomó?**
- A) Suprimir antipsicótico
 - B) Prescribir Risperidona
 - C) Prescribir Quetiapina
 - D) Prescribir Haloperidol
- 130 Al margen de las dificultades diagnosticas y farmacológicas se suma la situación de shock familiar, que en el caso de Luis es especialmente importante ya que existen distintos interlocutores con la expectativa de recuperación como en sus fases depresivas previas. Teniendo en cuenta estos factores ¿que elementos crees que deberían ponerse en marcha para facilitar la vivencia de toda la familia?**
- A) Dar información extensa pero fraccionada, veraz, no alarmista pero sin lugar a dudas para no crear falsas expectativas
 - B) Escoger un solo interlocutor y negarse a repetir la información
 - C) Coordinar las intervenciones de los distintos profesionales
 - D) Proporcionar información sobre asociaciones familiares

José es un niño de 7 años, escolarizado en segundo curso de Educación Primaria. Es el menor de tres hermanos, de 15 y 12 años respectivamente. Consulta por alteraciones del comportamiento y problemas de rendimiento académico. Su profesora informa que pierde fácilmente el control, tiene dificultades para controlar el comportamiento, tolera con dificultad los retrasos a sus demandas y exigencias; con los iguales son habituales las peleas físicas en situaciones de juego y los insultos. El niño presenta dificultades para mantener la atención y persistir en la realización de tareas escolares. Se cansa con frecuencia y abandona dejando los ejercicios sin finalizar. Tiene dificultades para seguir la lectura y comete errores de escritura continuos incluso cuando se trata de copiar textos. Se distrae fácilmente ante cualquier ruido, comentario o imprevisto que tenga lugar. Trabaja menos y de forma menos continuada que sus compañeros. Su ritmo de aprendizaje es lento y requiere supervisión continuada por parte de los profesores. El niño se muestra hostil ante cualquier sugerencia destinada a reorientar su trabajo. En casa tiene dificultades para cumplir las normas que rigen la vida familiar y son continuas las disputas y conflictos con los hermanos. Los padres para controlar su comportamiento, suelen recurrir a castigos desmesurados, que habitualmente incumplen. Se quejan de la atención y dedicación específica que el niño les exige cuando ha de hacer las tareas escolares en casa. Le ayudan y acompañan a diario mientras realiza las tareas, pues, en caso contrario, no efectúa las actividades escolares.

131 ¿Cuál es su diagnóstico?

- A) Trastorno negativista desafiante.
- B) Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.
- C) Autismo atípico.
- D) Trastorno reactivo del vínculo.

132 Dentro de los componentes en la evaluación diagnóstica de José, son imprescindibles todos los siguientes, ¿"EXCEPTO"?

- A) Entrevista clínica con los padres.
- B) Entrevista clínica con el niño.
- C) Pruebas de lateralidad cruzada.
- D) Evaluación del Coeficiente Intelectual.

133 Los expertos en neuropsicología han postulado tres modelos etiopatogénicos en esta entidad diagnóstica, todos los siguientes están incluidos, "EXCEPTO":

- A) Dietético.
- B) Descontrol inhibitorio.
- C) Energético.
- D) Déficit motivacional.

134 ¿En que tramo de edad se suele presentar el cuadro clínico típico como el de José y cumple más criterios diagnósticos y por tanto es el grupo de edad en el que el diagnóstico se realiza con más frecuencia?

- A) Niños pequeños: 1-3 años.
- B) Adolescentes: 13-18 años.
- C) Niños en edad preescolar: 3-6 años.
- D) Niños en edad escolar: 6-12 años.

135 ¿Cuál de las siguientes intervenciones o tratamiento no está indicada en esta entidad diagnóstica?

A) Apoyo escolar.

B) Antipsicóticos y antidepresivos ISRS.

C) Psicoeducación y entrenamiento a los padres en el manejo conductual de los síntomas.

D) Metilfenidato.

Paciente varón, de 20 años de edad, es remitido del Hospital a la Unidad de Salud Mental Comunitaria tras haber presentado un trastorno de características psicóticas de varios días de evolución. No existen antecedentes familiares psiquiátricos, ni personales durante la infancia ni la pubertad. Es el segundo hijo de una familia de clase social media-alta con buenas relaciones familiares. Siempre ha sido aficionado a la práctica de deportes, a la naturaleza y al cuidado de animales y tiene facilidad para establecer relaciones interpersonales. Comienza a consumir porros con su grupo de amigos, en una escalada progresiva, con 14 años de forma esporádica, con 16 años consumía todos los días. A los 17 y 18 años su consumo era diario de 4 a 5 porros, comenzando los problemas con los estudios. Termina el bachillerato y empieza estudios universitarios aumentando la escalada de consumo hasta 10 a 12 porros al día. Durante los dos años que estuvo en la Universidad no aprobó ninguna asignatura y poco a poco su aspecto era cada vez más descuidado, lentificado, con tendencia al desorden y al abandono de la higiene, y él describe que estaba “empanado todo el día”. En su casa los problemas eran cada vez mayores, con cambio de conducta, mentiras permanentes, distanciándose de su entorno familiar con conductas opositoras en relación a las normas. Decide irse a estudiar fuera de su ciudad. Unos meses después su consumo era de 15 porros diarios y ya ni siquiera intenta ir a clase. Poco a poco comienza a sentirse raro, con sentimientos de extrañeza ante sí mismo, muy inquieto y con un habla incoherente. Presenta alteraciones de conducta cambiando bruscamente de la tranquilidad a la inquietud y duerme mal. Sus amigos se asustan al ver su actitud y llaman a sus padres que lo ingresan durante 15 días. Siguió tratamiento con buena respuesta. Tras este ingreso el paciente no tuvo ninguna conciencia de enfermedad y negaba todo lo ocurrido. A “él” no le había pasado nada. Al cabo de unos meses de este episodio, reinicia el consumo de cannabis. Sus padres comienzan a percibir cambios en su comportamiento consistentes fundamentalmente en puerilismo y de nuevo abandono de la higiene personal y orden de sus cosas; se le olvidaba todo y se reía sin motivo, su consumo aumenta en menos de dos meses, llegando a fumar de nuevo entre 15 a 20 porros al día. Dos meses después vuelve a tener vivencias delirantes de autorreferencia y perjuicio, nota que en la televisión se dirigen a él. También que sus amigos hablan de él y es necesario un nuevo ingreso hospitalario durante un mes. Acude a consulta consciente y mal orientado auto y alopsíquicamente. Abordable y colaborador. Su actitud era adecuada, aunque algo regresado y con cierta suspicacia. Tenía conciencia relativa de enfermedad. Su aspecto era adecuado, limpio y aseado. Presentaba déficits cognitivos temporales (no recordaba bien el tiempo que había estado ingresado, ni tampoco era capaz de recordar con exactitud lo que ocurrió las semanas anteriores a su ingreso, teniendo una idea vaga y confusa), le costaba atender durante la entrevista. Su ánimo era ligeramente ansioso. En el resto de la exploración psicopatológica nada reseñable. Analítica incluido tóxicos en orina negativos. Fue evolucionando lentamente hacia la mejoría. Mantuvo abstinencia total de tetrahidrocannabinol, aumentando la comunicación interpersonal e intrafamiliar, logrando aún con muchas dificultades realizar proyectos futuros y recuperar la relación con su familia. No podía estudiar, ni memorizar nada, ni siquiera concentrarse durante un periodo corto de tiempo, en cambio durante unos meses aceptó asistir a cursos de formación y salía con frecuencia de casa con amigos no consumidores y comenzó una relación con una chica. Nueve meses después de este segundo episodio su nivel cognitivo había mejorado notablemente y mantenía una actitud muy positiva con su familia y su entorno. No presentaba ningún síntoma psicótico, ni ideación delirante ni tomaba medicación desde hacía tres meses. Los test de tóxicos en orina continúan siendo negativos.

136 ¿Cuál será la hipótesis diagnosticada más probable?

- A) Trastorno psicótico inducido por cannabis.
- B) Trastorno por ideas delirantes.
- C) Esquizofrenia indiferenciada
- D) Trastorno esquizotípico

137 ¿Qué tratamiento será el más apropiado?

- A) Carbonato de litio
- B) Antipsicóticos y ansiolíticos
- C) Antidepresivos y ansiolíticos.
- D) Anticomiciales

138 Qué síntomas no están presentes:

- A) Ideas delirantes de tipo autorreferencial.
- B) Fenómenos de despersonalización.
- C) Escasos síntomas de primer rango de Schneider
- D) Todos están presentes

139 ¿Cuáles son los síntomas predominantes?

- A) Trastornos de conducta autoagresiva.
- B) Nula conciencia de enfermedad en el primer y en el segundo episodio.
- C) La ideación delirante de perjuicio, autorreferencial y la angustia psicótica
- D) La ideación delirante de perjuicio, autorreferencial y alucinaciones visuales

140 Señale el enunciado falso:

- A) La característica esencial de los trastornos psicóticos inducidos por sustancias, es la presencia de alucinaciones o ideas delirantes que se consideran efectos fisiológicos directos de la misma.
- B) El diagnóstico diferencial entre un trastorno psicótico inducido y un trastorno psicótico primario se hace al considerar que hay una sustancia que está etiológicamente relacionada con los síntomas y debe hacerse teniendo en cuenta el inicio, el curso evolutivo y otros factores
- C) En los trastornos psicóticos primarios pueden preceder al inicio del consumo de alguna droga o producirse tras largos períodos de abstinencia.
- D) Todos son ciertos

Niño de 10 años (Fernando), adoptado con un año. Antecedentes familiares desconocidos. Hermana de 14 años, hija de los padres adoptivos. Estos padres se separan cuando Fernando tiene 5 años. Separación compleja y traumática, con cambios de custodia entre madre y padre, al punto que es la fiscalía de menores la que decide el régimen de custodia compartida.

Se presenta en el servicio de urgencias con su padre, y las fuerzas de seguridad. Grave agitación psicomotriz y agresividad hacia el padre desmesurada e incomprensible.

Desarrollo psicomotor normal, no alteraciones somáticas ni peculiaridades físicas.

Acude a la Unidad de Salud Mental Infantil (USMI) donde se trata y presenta una mala evolución. Se decide el ingreso en pediatría a cargo de salud mental.

Exploración: colabora en la entrevista, bien orientado, sin alteraciones en la forma lenguaje, con ideas predominantes de grandeza, y de perjuicio centradas en su padre, inquietud psicomotriz muy llamativa, explosiones de ira a pesar de la presencia de las fuerzas de seguridad, presenta agripnia importante desde hace semanas. Comenta ruidos en la cabeza que no precisa bien, tics faciales frecuentes. La conducta tiende a ser invasiva y muy desinhibida, y por lo tanto muy disruptiva, y a veces extravagante. Hipersexualidad manifiesta en algunos gestos.

Alteraciones conductuales desde hace varios años (los padres no saben precisar ya que siempre lo recuerdan alterado), lo que le ha llevado a tener numerosas expulsiones escolares por agresiones a compañeros y profesores, y su conducta invasiva.

Curiosamente hubo un período de varios meses en los que estuvo excesivamente tranquilo, incluso inhibido, pero siempre salpicados de episodios de gran irritabilidad. Sin embargo nunca fue un niño especialmente pegajoso.

Hemograma, bioquímica, perfil renal, hepático, metabólico, endocrino y electrolítico normal. Serología infecciosa sin hallazgos, pruebas de imágenes del Sistema Nervioso Central sin hallazgos. Electroencefalograma normal. La escala de inteligencia de Wechsler para niños revisada (WISC-R) da 89. Negativo en determinación de tóxicos.

141 ¿Cuál es el diagnóstico menos probable?

- A) Trastorno de vinculación de la infancia desinhibido
- B) Trastorno bipolar de inicio en la infancia
- C) Trastorno por déficit de atención con hiperactividad disocial
- D) Trastorno hiperactivo asociado a trastorno bipolar

142 En caso de buena respuesta a metildifenato descartaríamos

- A) Trastorno de vinculación de la infancia desinhibido
- B) Trastorno bipolar de inicio en la infancia
- C) Trastorno por déficit de atención con hiperactividad
- D) Trastorno hiperactivo disocial

143 En caso de mala respuesta al litio descartaríamos

- A) Trastorno bipolar de inicio en la infancia
- B) Trastorno por déficit de atención con hiperactividad
- C) Trastorno hiperactivo disocial
- D) Ninguna

144 En el trastorno bipolar de la infancia NO es típico

- A) Evolución más bien crónica que episódica
- B) Menos síntomas mixtos depresivos y maníacos
- C) Mayor psicopatología asociada
- D) Los episodios de manía o depresión no son severos

145 Una información relevante que no disponemos en la historia clínica es:

- A) Ecografía abdominal
- B) Antecedentes familiares
- C) Síntomas psicóticos
- D) Pruebas genéticas

Mujer de 47 años, casada y con dos hijos varones (22 y 19 años) que es remitida por su médico de familia por “protocolo”.

Trabaja como administrativa en una empresa agrícola.

Como antecedentes familiares refiere padre fallecido por embolia pulmonar a los 72 años, sin antecedentes de salud mental y madre fallecida hace 8 meses por cáncer de mama, la cual la describe como muy nerviosa y en tratamiento por su médico de familia con cloracepato 5 mg al día desde hace mucho tiempo. Tiene una hermana con cuadros depresivos.

Entre los antecedentes personales destaca hipotiroidismo en tratamiento por su médico de familia, estable según revisiones. Fumadora de 10 cigarrillos al día. Niega consumo otras sustancias (cerveza de vez en cuando).

A la entrevista acude con su marido. Este relata que ella no quería venir. Lleva casi dos meses mal, muy ensimismada y sin hacer nada, y ya no sabe que hacer. Comenta que lo pasó muy mal con la enfermedad de la madre y con su fallecimiento. Pero que no dejó de hacer su vida de manera normal. Ahora lleva un tiempo recordando nuevamente la situación y diciendo que tenía que haber hecho algo más.

Su marido la describe como una persona ansiosa, perfeccionista y trabajadora.

Poco a poco ella va entrando en la conversación.

Más o menos desde hace unas seis semanas ha dejado de acudir al gimnasio, lo que le relaja y le servía para estar con algunas amigas y disfrutar; también ha comenzado a aburrirse de su serie preferida y ya no la sigue. En general casi no ve la Televisión. Por las mañana se levanta ya cansada, refiere que el sueño no le repara, a pesar de despertarse a las 5 de la mañana.

Cuando le preguntamos si se siente triste, guarda silencio un rato. Entonces llora. Es su marido quien dice que la ve muy triste todo el día. También que ha dejado de ir al trabajo. Ella dice que le cuesta mucho centrarse y que teme equivocarse con las tareas, se ve inútil; incapaz de llevar las cosas sin errores continuos (su marido discrepa, la ve insegura pero no se equivoca tanto). Él piensa que no ha superado el fallecimiento de la madre y le sigue dando vueltas al tema. “Es que la echo mucho de menos” murmura ella. “Si hubiera estado más pendiente todavía estaría viva” , “me gustaría haber muerto también a mi” , continua diciendo. En la exploración niega idea autolítica, aunque no queda claro. Cuando el marido le comenta todo lo que hizo por la madre, ella asiente y comprende que no había nada más que hacer.

Come menos de lo habitual, parece que ha perdido 4 KG en los dos últimos meses.

También refiere nula actividad sexual en esos dos meses.

En las pruebas complementarias y analíticas realizadas por su médico de familia no se ha detectado nada significativo.

146 El diagnóstico más probable

- A) Episodio depresivo
- B) Trastorno de estrés postraumático
- C) Trastorno adaptativo, tipo reacción depresiva prolongada
- D) Síndrome de Ganser

- 147 En caso de incluir a la pacientes en el Proceso Asistencial Integrado Ansiedad, Depresión, Somatizaciones, con psicoterapia de baja intensidad, ¿qué no deberíamos hacer?**
- A) Ofrecer Guías de Autoayuda
 - B) Ofrecer Grupos Socioeducativos
 - C) Ofrecer Terapia de activación Comportamental
 - D) Orientarle en los beneficios del ejercicio físico y grupos de este tipo de actividades
- 148 Cuales de los siguientes síntomas hubiese descartado un Trastorno Adaptativo**
- A) Comportamiento disocial
 - B) Tristeza
 - C) Insomnio
 - D) Cualquiera de ellas puede aparecer en un Trastorno Adaptativo
- 149 En caso de que lo haya diagnosticado como un episodio depresivo ¿de qué tipo sería?**
- A) Leve
 - B) Moderado
 - C) Grave sin síntomas psicóticos
 - D) Grave con síntomas psicóticos
- 150 En este caso clínico usted que tratamiento hubiera iniciado**
- A) Orientarle en los beneficios del ejercicio físico y grupos de este tipo de actividades
 - B) Sertralina
 - C) Doluxetina
 - D) Dosulepina

-
-
- 151 ¿Cual de los siguientes NO es un criterio de ingreso hospitalario de personas con Trastorno de Conducta Alimentaria, según el Proceso Asistencial Integrado Trastorno de la Conducta Alimentaria (PAI TCA)?**
- A) Potasio < 3 meq/l ó Sodio < 130 mg/dl, y/o alteraciones en Electrocardiograma
 - B) Dificultades de diagnóstico diferencial.
 - C) Conflicto familiar severo que impida la posibilidad de aplicar las normas terapéuticas prescritas en el domicilio.
 - D) Pérdida de peso superior al 10% con respecto al previo en menos de 12 meses o al 5% en 6 meses.
- 152 ¿Cuales de las siguientes características es propia del trastorno de personalidad histriónico?**
- A) Grandiosidad
 - B) Necesidad de admiración
 - C) Teatralidad y expresión exagerada de las emociones
 - D) Fantasías sobre éxito ilimitado, poder o estatus social
- 153 ¿Cuál de los siguientes trastornos o tipologías no está incluido en el proceso Ansiedad, Depresión, Somatizaciones (ADS)?**
- A) Trastorno por estrés postraumático
 - B) Reacción depresiva prolongada
 - C) Trastorno obsesivo-compulsivo
 - D) Fobia social



JUNTA DE ANDALUCIA
CONSEJERÍA DE SALUD

CONSEJERÍA DE SALUD

JUNTA DE ANDALUCIA

