

**2º EXERCICIO: PARTE ESPECIFICA**

**INSTRUCCIÓN:**

1. - Non abra nin lea o interior deste caderno ata que se lle indique.
2. Esta proba consiste nun cuestionario eliminatorio de supostos prácticos da parte específica do programa, de 100 preguntas tipo test con 10 de reserva (as 10 últimas, da E101 á E110), que deberán ser contestadas entre os números **E1** e **E110**, no corpo principal da "FOLLA DE RESPOSTAS".
3. - O tempo total de realización do exercicio, é de **150 minutos**.
4. - Todas as preguntas teñen catro respostas alternativas, sendo unha a correcta. As respostas correctas sumarán **0,50** puntos, as non contestadas non terán valoración algunha e as contestadas erroneamente restarán **0,125** puntos.
5. - Comprobe sempre que o número de resposta que sinala na "FOLLA DE RESPOSTAS" é o que corresponde ao número da pregunta do cuestionario.
6. - Este cuestionario debe utilizarse na súa totalidade como borrador das respostas elixidas, para non marcar unha resposta ata estar totalmente seguro/a.
- 7.- A resposta correcta marcarase cun **X** ben feito dentro dos límites do recadro. De ter que anular algunha resposta, o recadro da resposta que se marcou incorrectamente ten que encherse por completo.  
  
Unha vez que se anule, xa non poderá recuperarse de novo dita opción de resposta.
8. - En caso de erro tipográfico ou de transcripción entre o texto editado en galego e o editado en castelán, do cuestionario bilingüe, prevalece este último aos únicos efectos da súa comprensión lóxica, sen prexuízo das aclaracións vinculantes que de viva voz poida advertir o tribunal durante a realización desta proba. Así mesmo, algúns termos técnicos, neoloxismos ou outras expresións de difícil correspondencia na tradución, poderán expresarse de maneira unívoca.
9. - Ao rematar o seu exercicio, no suposto de que non teña que realizar o exercicio de lingua galega, advírtao á organización para a súa recollida. Debe entregar a "FOLLA DE RESPOSTAS", no lugar que lle indique a organización, onde lle entregarán a última folla autocopiativa. Ao abandonar o recinto **NON** poderá levar ningún cuestionario de preguntas. O Servizo Galego de Saúde facilitaralle o acceso aos mesmos a través da páxina web: [www.sergas.es](http://www.sergas.es), logo de finalizados os tempos de exame. Se ten que realizar o exercicio de lingua galega, permaneza no seu lugar. Ao finalizar o exercicio, garde este cuestionario no chan, baixo o seu asento e espere as indicacións para realizar a continuación o outro exame, en unidade de acto.

**LEA DETIDAMENTE AS INSTRUCCIÓNS QUE FIGURAN NO REVERSO  
DA FOLLA DE RESPOSTAS PARA O SEU CORRECTO ENCHEMENTO**

**EXAME EN GALEGO**

**1. En relación á medida de síntomas transversais de nivel 1 do DSM 5, proposta para axudar aos clínicos a identificar outras áreas relevantes, no tratamento e o prognóstico do individuo, sinala a falsa:**

- A) A versión adulta inclúe o Dominio de disociación e a de nenos non
- B) A versión para nenos inclúe o Dominio de irritabilidade e a de adultos non
- C) A versión para adultos non pregunta por tentativas suicidas, a de nenos si
- D) A versión para adultos inclúe o Dominio de atención e a de nenos o de inatención

**2. Un home de 37 anos foi diagnosticado de Trastorno esquizofreniforme en remisión total 3 anos antes. Durante o devandito episodio oía voces que lle dicían que estaba enfermo. Hai 3 semanas, deprimiuse intensamente, con síntomas de insomnio, axitación psicomotora, indecisión, e pensamentos recorrentes de morte. Ao mesmo tempo, comezou de novo a oír voces que lle facían constantes comentarios acerca do seu comportamento e que lle dicían que era malvado e que estaba enfermo. O paciente non ten antecedentes de episodio depresivo maior nin de episodio maníaco, cal sería o diagnóstico adecuado?**

- A) Recidiva de Trastorno esquizoafectivo
- B) Trastorno esquizofreniforme
- C) Episodio depresivo, episodio único, con características psicóticas
- D) Outro trastorno do espectro da esquizofrenia especificado e outro trastorno psicótico

**3. Se medindo recordo cun test que use listas de palabras, obsérvase un decremento do rendemento observado, a medida que aumenta a lonxitude das listas, estamos ante un fenómeno de:**

- A) Inhibición retroactiva por desprazamento
- B) Fan falta máis probas para obter os datos que nos digan que tipo de fenómeno é
- C) Deterioración do efecto de recencia nunha persoa con algún tipo de demencia
- D) A perda de información en memoria a curto prazo depende dos fenómenos de decaemento temporal, interferencia e desprazamento

**4. A psicoeducación, e dentro do indicado na Guía de Práctica Clínica de NICE, debería ser considerado como:**

- A) Indistinguible da información de boa calidade, esixible no coidado estándar, e na adecuada relación relación coa familia.
- B) Un programa estruturado altamente especializado
- C) Un programa baseado claramente nos modelos bioquímicos de enfermidade mental.
- D) Un elemento máis dentro da instauración de calquera medicación, xa que os profesionais dan unha detallada explicación que queda plasmada nun contrato terapéutico.

**5. ¿Que subtipos de esquizofrenia establece o DSM 5?**

- A) Paranoide, hebefrénica, catatónica, indiferencia, simple, residual
- B) Paranoide, desorganizada, catatónica, indiferenciada, residual
- C) Paranoide, desorganizada, catatónica, indiferenciada, crónica
- D) O DSM 5 non describe subtipos

6. Efectuouse unha avaliación da intelixencia a un adulto coa escala de intelixencia para adultos de Wechsler (WAIS III). Para calcular o CI manipulativo teremos en conta a puntuación, entre outros, do seguinte subtest:

- A) Memoria de números.
- B) Historietas.
- C) Aritmética.
- D) Semellanzas.

7. Na práctica clínica ¿cal dos seguintes diagnósticos é infrecuente nunha persoa cun diagnóstico DSM 5 de trastorno por personalidade límite (compatible con CIE 10)?

- A) F10.1 Uso prexudicial de alcohol.
- B) F33.9 Trastorno depresivo recorrente sen máis especificación
- C) F45.2 Trastorno hipocondriaco
- D) F50.2 Bulimia nerviosa

8. Temos na consulta a un neno de 13 anos. Presenta un comportamento marcadamente desafiante, desobediente e provocador. Cometeu varios roubos en tendas, varias agresións, non vai ao colexio con frecuencia e moitas noites non volve a casa. Estas condutas levan producíndose desde hai máis dun ano. Segundo os pais o neno é moi bo pero a culpa téñena as malas compañías porque está así desde que hai dous anos forma parte dunha cuadrilla de delincentes. O diagnóstico segundo C.I.E.10 é:

- A) Trastorno disocial desafiante e oposicionista.
- B) Trastorno disocial en nenos socializados.
- C) Trastorno disocial desafiante e oposicionista e trastorno disocial en nenos socializados.
- D) A gravidade dos síntomas indica un trastorno de personalidade.

9. Un home de 46 anos, que estivo gravemente deprimido durante 2 meses, estivo convencido que tiña cancro de estómago durante as últimas semanas. Cal sería o diagnóstico adecuado?

- A) Trastorno depresivo
- B) Trastorno de síntomas sómáticos
- C) Trastorno de ansiedade por enfermidade
- D) Trastorno de conversión

10. Un paciente psicótico relátanos en consulta que oe determinadas voces só cando ten acesa (e con son) a televisión, escoitándoas xunto coas voces propias da emisión da TV. Ambas as percepcións recoñéceas como distintas e reais. Este fenómeno debemos consideralo:

- A) Alucinación autoscópica
- B) Alucinación reflectida
- C) Alucinación funcional
- D) Pseudoalucinación

**11. Estamos traballando cunha persoa que presentou durante varios meses síntomas que describía como voces que radiaban os seus pensamentos, dándose ó tempo unha inversión do ritmo sono-vixilia, abandono dos estudos e desorganización da súa actividade cotiá. Ten un diagnóstico de esquizofrenia indiferenciada (CIE 10). Neste momento atópase relativamente estabilizada en relación coa súa sintomatoloxía e o impacto da mesma na súa vida. Durante a entrevista preguntamos polo consumo de alcohol. ¿é relevante este dato?:**

- A) Si, xa que unha porcentaxe importante de persoas con esquizofrenia consumen alcohol (>20%), e este consumo afecta negativamente á súa evolución en termos de menor adherencia ó tratamento e de maior número de hospitalizacións.
- B) Non, xa que o tratamento con neurolépticos de feito diminúe o efecto reforzante do alcohol, dándose mesmo o efecto de diminución no seu consumo. É máis relevante preguntar polo consumo de cafeína e outras substancias estimulantes.
- C) Si, pero na mesma medida que para outros pacientes: para detectar posibilidades de abuso. De feito as cifras de abuso ou dependencia atopadas nos estudos de persoas con esquizofrenia en tratamento son parellas ás da poboación xeral.
- D) Si, xa que o consumo está asociado á necesidade de incremento nas doses de neurolépticos.

**12. Home con consumo prolongado de alcol que presenta unha deterioración notable e persistente da memoria para feitos recentes, alteración do sentido do tempo con dificultades para ordenar cronoloxicamente acontecementos do pasado, diminución da capacidade para aprender cousas novas e confabulacións. O resto de funcións cognitivas están relativamente ben conservadas. Padece o que se coñece como:**

- A) Síndrome de Kleine-Levin.
- B) Síndrome de Korsakov.
- C) Síndrome de Heller.
- D) Síndrome de Ganser.

**13. Denomínase paramnesia a:**

- A) A imprecisión na evocación
- B) Os erros na descrición dos estado de ánimo previos
- C) As pararrespostas
- D) O esquecemento como mecanismo de defensa

**14. Muller de 29 anos. Refire que desde hai meses presenta problemas de sono e que en moitas ocasións é incapaz de durmirse. Isto provócalle unha gran somnolencia que interfere coa realización das súas actividades cotiás. Determinamos que este trastorno está directamente relacionado co seu traballo como azafata nunha liña transoceánica. Por tanto o diagnóstico de acordo con C.I.E. 10 ha de ser:**

- A) Insomnio non orgánico.
- B) Hipersomnio non orgánico.
- C) Trastorno non orgánico do ciclo sono-vixilia.
- D) Non se pode diagnosticar un trastorno do sono pois hai un factor causal externo claramente identificado.

15. Home de 32 anos que acode a consulta obrigado pola súa esposa. Esta quíxase de que o seu marido non é capaz de manter unha erección suficiente para efectuar o coito. Na entrevista co home este refire que non ten moito interese polo coito, que tampouco lle interesa a masturbación nin a pornografía e que non ten pensamentos nin fantasías sexuais. Estamos ante un probable caso de:

- A) Disfunción eréctil.
- B) Desexo sexual hipoactivo.
- C) Fracaso da resposta xenital.
- D) Probablemente o que ocorre é que o marido é homosexual e por iso non mantén a erección ante unha muller.

16. A entrevista cun adolescente fíxose imposible xa que este non nos presta ningunha atención. Está completamente ocupado lendo e respondendo "whatsapp". Na exploración psicopatolóxica anotaremos a seguinte alteración da atención:

- A) Aproxia.
- B) Pseudoaproxia.
- C) Hiperproxia.
- D) Do exposto non se deduce ningunha alteración psicopatolóxica da atención.

17. Un destes diagnósticos NON é considerado un trastorno de personalidade no CIE 10, pero si no sistema DSM 5. ¿Cal é?

- A) Trastorno por personalidade esquizoide
- B) Trastorno por personalidade obsesivo-compulsiva
- C) Trastorno por personalidade antisocial.
- D) Trastorno por personalidade esquizotípica

18. Durante a entrevista clínica a persoa que o clínico ten diante describe unha situación na que non se atopa información clinicamente relevante en canto biografía. O que se atopa é unha perda de traballo con algunha dificultade económica e con retorno ó medio familiar. A persoa refire apoio dos amigos e da familia. Leva 4 meses nesta situación e considera que a está remontando. Sinala que o motivo da consulta fora máis ben a presión da súa nai, máis cá intensidade do malestar ou a interferencia na súa vida. ¿Que deberá facer constar o profesional no informe o clínico?

- A) Emitir diagnóstico con algún tipo de trastorno desadaptativo (F43.2)
- B) Utilizar algún código Z, do tipo Z56 (condicións de traballo) e Z59 (condicións económicas), para describir a situación da persoa xa que non podemos falar dun trastorno mental
- C) Convén agardar, xa que os episodios reactivos poden ser demorados no tempo.
- D) Emitir un diagnóstico de trastorno afectivo non especificado, dada a duración do cadro.

19. Muller de 20 anos que presenta un intenso medo a engordar e a ser obesa a pesar de estar nun peso correcto para a súa altura e idade. Ademais, cre que está gorda e debe baixar peso e que isto é moi importante desde o punto de vista social. O diagnóstico correcto é o de anorexia nerviosa?

- A) Non porque para poder diagnosticar anorexia nerviosa é necesario ter un peso corporal significativamente baixo.
- B) Non porque segundo DSM-5 é necesaria a presenza da amenorrea na muller.
- C) Non porque ao non estar a paciente moi delgada o diagnóstico correcto é o de bulimia nerviosa.
- D) Todas as anteriores son falsas.

20. Somos requiridos para facer unha avaliación de intelixencia a un grupo de nenos. Non é posible, por motivos de tempo, facer unha avaliación individual. Realizaremos unha avaliación colectiva co seguinte test:

- A) Matrices progresivas de Raven.
- B) Escala de intelixencia de Stanford-Binet.
- C) A escala de intelixencia para nenos de Wechsler (WISC).
- D) Ningunha destas escalas pode aplicarse de maneira colectiva.

21. No modelo de memoria de traballo Baddeley sinalou tres elementos: o Executivo Central e os sistemas subsidiarios (axenda visoespacial e bucle fonolóxico). No ano 2000 engadiu nos sistemas subsidiarios, outro elemento ao que denominou:

- A) Bucle episódico
- B) Sistema de control atencional
- C) Retén episódico
- D) Módulo perceptivo

22. A teoría da desesperanza inclúe a posibilidade de que os depresivos puidesen ser máis precisos na súa visión da realidade que os non depresivos, isto recibe o nome de:

- A) Precisión depresiva
- B) Proceso sesgado de atribución
- C) Realismo depresivo
- D) Isto non o di a teoría da desesperanza

23. Os pais dun neno informan de que esperta polas noites asustado. Non lle daban importancia pensando que é algo normal en nenos pero consultan porque lles dixeron que poden ser terrores nocturnos ou pesadelos. Á hora de distinguir entre ambos, unha das seguintes afirmacións é falsa:

- A) Os terrores nocturnos adoitan presentar unha maior descarga vexetativa que os pesadelos.
- B) Nos terrores nocturnos ao espertar non adoitan recordar o episodio mentres que nos pesadelos ocorre o contrario.
- C) Os terrores nocturnos adoitan producirse na fase R.E.M. do sono mentras que nos pesadelos adoitan ocorrer na fase III e IV.
- D) Os pesadelos poden ocorrer a calquera idade mentres que os terrores nocturnos raramente ocorren máis aló da puberdade.

24. Os trastornos afectivos, nas persoas de idade avanzada, con frecuencia presentan (fronte as persoas máis novas) unha expresión de síntomas, entre outros, caracterizada por:

- A) Un maior número de queixas somáticas ou de preocupacións hipocondriacas.
- B) Un menor número de ideas e tentativas autolíticas.
- C) Un maior número de episodios, máis breves, e con remisións completas entre eles.
- D) Un menor número de alteracións do sono.

25. Sinale como denomina Freud a operación por medio da cal o suxeito tenta rexeitar ou manter no inconsciente representacións (pensamentos, imaxes, recordos) ligados a unha pulsión. Prodúcese naqueles casos en que a satisfacción dunha pulsión (susceptible de procurar por si mesma pracer) ofrecería o perigo de provocar dispracer en virtude doutras esixencias. Pode considerarse como un proceso psíquico universal, en canto acharíase na orixe da constitución do inconsciente como dominio separado do resto do psiquismo.

- A) Desprazamento
- B) Inhibición
- C) Represión
- D) Denegación

26. Segundo Semerari a función metacognitiva inclúe todo o seguinte, excepto:

- A) A actividade autorreflexiva
- B) As estratexias de control ou mastery
- C) A capacidade de discriminación
- D) A comprensión dos estados mentais alleos

27. No pensamento cando as asociacións interrómpense porque hai unha interpolación de pensamentos que non gardan relación comprensible coa secuencia ou cadea de pensamentos que o noso interlocutor está a mostrarnos na conversación, estamos diante do que pode definirse como:

- A) Roubo do pensamento
- B) Pensamento concreto
- C) Descarrilamento
- D) Fuxida de ideas

28. Temos que facer unha avaliación da personalidade a un paciente. Desconfiamos de que esté motivado para dicir a verdade polo que vamos a elixir un test que conteña unha escala de sinceridade como o:

- A) Inventario de personalidade multifásico de Minnesota (MMPI-2)
- B) Inventario clínico multiaxial de Millon (MCMI).
- C) Cuestionario de personalidade de Eysenk (EPQ).
- D) Os tres anteriores contan con escalas de sinceridade.

29. No cuestionario para a avaliación da discapacidade da Organización Mundial da Saúde 2.0 (WHODAS 2.0) sobre as dificultades debido a condicións de saúde, se avalían os seguintes ámbitos, excepto:

- A) Participación na sociedade
- B) Relacionarse con outras persoas
- C) Malestar subxectivo polas condicións de saúde
- D) Comprensión e comunicación

30. Un paciente de 74 anos que mostra en consulta unha actitude negativista, con humor depresivo que vén cursando tanto con períodos de axitación como de inhibición e cun delirio nihilista e hipocondríaco, presenta un:

- A) Síndrome de Ekbom
- B) Delirio de infestación
- C) Delirio dismórfico
- D) Síndrome de Cotard

31. Cando un paciente mostra restricións en canto á gama habitual de emocións, dicimos que presenta:

- A) Rixidez afectiva
- B) Aplanamento afectivo
- C) Embotamento afectivo
- D) Anhedonia

32. A entrevista circular, característica do grupo de Milán, organízase en base ás tres directrices de circularidade, neutralidade e xeración de hipótese. ¿Cal é a que engade Karl Tomm como cuarta directriz?:

- A) Rastrexo de solucións tentadas
- B) Deseño de estratexias
- C) Descubrimento do xogo familiar
- D) Connotación positiva

33. Na entrevista a un paciente doume conta de que este imita varios dos meus movementos. Por exemplo, sempre que anoto algo no meu caderno realiza a mesma acción cun caderno e un bolígrafo imaxinarios. Este fenómeno denomínase:

- A) Ecolalia.
- B) Ecopraxia.
- C) Hipermimia.
- D) Disminia.

34. Ante as queixas de memoria que aparentemente afectan á vida da persoa sería conveniente, tras unha entrevista clínica, realizar unha valoración cunha proba de deterioro cognoscitivo. ¿cales serían útiles nun contexto ambulatorio?

- A) CAMCOG-R, MoCA, T@M.
- B) Hamilton, STAI, STAXI
- C) MiniMental, d2, Matrices Progresivas de Raven Escala Superior
- D) BDI, BDI-II, Luria-Nebraska

35. As entrevistas clínicas poden mellorar en xeral a súa obxectividade se:

- A) Estrutturamos as preguntas e as respostas.
- B) Incrementamos as opcións de resposta.
- C) Incrementamos o rapport co paciente.
- D) Incorporamos medidas biolóxicas.

36. Considérase, en xeral, que os síntomas subxectivos da depresión son moi variables; de feito o trastorno depresivo pode aparecer sen que o paciente formule ningunha queixa de depresión (do humor) como síntoma. Así, mentres que o humor pode variar e non ser claramente depresivo, hai un elemento subxectivo presente nos pacientes deprimidos, que é experimentado como tristeza e que pode revelarse, entre outros elementos, na expresión facial, o discurso e na descrición que o paciente fai da súa experiencia persoal. Referímonos a:

- A) Angustia
- B) Inhibición
- C) Anhedonia
- D) Rixidez afectiva

**37. A incapacidade para modular o afecto en función das situacións, denomínase:**

- A) Inflexibilidade afectiva
- B) Rixidez afectiva
- C) Estereotipia
- D) Labilidade afectiva

**38. Segundo Yalom sinala a verdadeira:**

- A) Os existencialistas están interesados na autorrealización e transcendencia do eu
- B) Os humanistas están máis centrados en grandes temas como a liberdade, a morte e o sentido
- C) O illamento existencial é equivalente á soidade
- D) Unha das premisas fundamentais do humanismo é que o home é superior á suma das partes

**39. Cando un paciente, no inicio do tratamento da súa adicción á cocaína, relátanos a sensación de pequenos animais ou insectos arrastrándose polo seu corpo ou xusto baixo a pel, pensariamos na denominada "formicación", unha forma particularmente desagradable de:**

- A) Alucinación visceral
- B) Alucinación háptica
- C) Parestesia
- D) Alucinación cenestésica

**40. Adolescente de 14 anos. Os pais relatan que era un bo estudante, obediente e sen mostras de mala conduta. Ademais ten moitos amigos. Pero desde hai un mes atópano irritable, malhumorado, sen interese polos estudos, desobedece a pais e profesores, vaise do colexio e mesmo agrediu a un compañeiro. A impresión diagnóstica guía cara a:**

- A) Trastorno disocial en nenos non socializados.
- B) Trastorno disocial en nenos socializados.
- C) Trastorno disocial desfiante e oposicionista.
- D) Episodio depresivo.

**41. Segundo CIE 10, os Trastornos Disociativos inclúen:**

- A) Despersonalización e desrealización
- B) Trastorno de transe ou posesión
- C) Trastorno disociativo da motilidade
- D) Convulsións disociativas

**42. Na exploración dun neno de 6 anos observamos acercamento social anormal, fracaso na conversación normal, fracaso o iniciar ou responder a interaccións sociais, anomalías no contacto visual, falta de expresión facial e de comunicación non verbal, ausencia de interese por outras persoas, ecolalia, elevada angustia ante pequenos cambios e un C.I. de 63. A hipótese diagnóstica apunta cara a:**

- A) Autismo.
- B) Non se pode diagnosticar autismo antes dos 7 anos.
- C) Non se pode diagnosticar autismo se hai retraso mental
- D) Non se pode diagnosticar autismo se non hai obsesións.

43. Que técnica característica do modo de traballo de Salvador Minuchin consta das fases de escenificación, focalización e intensificación:

- A) Fixación de límites
- B) Desafío
- C) Intervención paradoxal
- D) Modificación de construtos cognitivos

44. Se unha persoa refire "os meus problemas co medo son o peor... teño medo a contaxiarme de cancro... teño medo a collelo no hospital, que está a uns km, ... compreime unha bufanda nunha tenda e a dependenta asustoume, apenas tiña cabelo, pensei que me contaxiara así que tiven que limpar a casa, limpei a casa enteira pero non me fixo ben, tiven que mudarme por culpa do hospital, e non poderei volver a esa tenda nunca máis" DSM 5 presentaría:

- A) Fobia específica
- B) Trastorno de ansiedade por enfermidade
- C) Trastorno de síntomas somáticos
- D) Ningún dos anteriores

45. O pediatra consúltanos por unha nena de 14 anos. Desde hai un ano presenta varios síntomas de inatención, hiperactividade e impulsividade que ocorren unicamente no colexio. Ademais presenta unha conduta negativista e desafiante. Quere confirmar ou descartar un diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividade. Con respecto a iso, cal das seguintes afirmacións é falsa:

- A) A incidencia do trastorno é maior en nenos que en nenas.
- B) A idade de comezo descarta o diagnóstico do trastorno por déficit de atención con hiperactividade.
- C) O que os síntomas estén presentes só no colexio descarta o diagnóstico do trastorno por déficit de atención con hiperactividade.
- D) A presenza de conduta negativista e desafiante descarta o diagnóstico do trastorno por déficit de atención con hiperactividade e obriga a buscar exclusivamente un diagnóstico de trastorno negativista desafiante ou de trastorno disocial.

46. No caso dunha fobia específica, por parte dun modelo condutual, ¿cal das seguintes opcións estaría indicada?:

- A) Desensibilización sistemática
- B) Exposición in vivo con prevención de resposta
- C) Relaxación
- D) As opcións a) e b) son correctas.

47. Un ancián que padece certa deterioración na visión, dinos estar a experimentar alucinacións visuais sen que exista psicopatoloxía ou alteración da conciencia demostrable. Esas alucinacións son xeralmente máis coloridas e vívidas do que permitiría a deteriorada visión do paciente. Son frecuentes as visións de figuras deslizándose pola habitación. O cadro máis probable, sería:

- A) Síndrome de Ekblom
- B) Delirio de Capgras
- C) Síndrome de Fregoli
- D) Síndrome de Charles Bonnet

48. Pasouse un test de intelixencia a un paciente e o resultado obtido é dun CI de 53. Con este dato debemos efectuar un diagnóstico de atraso mental.

- A) Leve.
- B) Moderado.
- C) Grave.
- D) Con só o dato do test non podemos efectuar un diagnóstico de atraso mental.

49. Tulving no ano 1995 clasifica na información episódica tres tipos de contidos: a información persoal, a información sobre eventos e o terceiro é:

- A) A información reflexiva
- B) A información autobiográfica
- C) A axenda persoal
- D) A información específica

50. Se unha paciente se queixase amargamente das súas voces así como das súas alucinacións corporais, e, tanto a súa boca como a súa fronte, mostrasen un gran desgusto, pero os seus ollos desprendesen unha felicidade pracenteira, sería un exemplo de :

- A) Paratimia
- B) Paramimia
- C) Embotamento
- D) Aplanamento

51. Das seguintes enfermidades, cal se relaciona con síntomas depresivos:

- A) Cancro de páncreas
- B) Hipotiroidismo
- C) Enfermidades Cardiopulmonares
- D) Todas son correctas

52. O DSM 5, respecto ao DSM IV, suprime o requisito do recoñecemento subxectivo ou reacción subxectiva en:

- A) Fobia específica
- B) Trastorno de estrés agudo e TEPT
- C) Trastorno de ansiedade social
- D) Todos os anteriores

53. Con que autor relacionarías a seguinte formulación sobre factores mantedores da depresión: A curto prazo a conduta depresiva manteríase ao provocar un reforzo social positivo das persoas da contorna, en forma de simpatía, atención e apoio. A longo prazo a conduta depresiva chegará a ser aversiva para esas outras persoas, e evitarán á persoa deprimida:

- A) Lewinsohn
- B) Costello
- C) Fester
- D) Teasdale

54. Home de 22 anos que presenta episodios recorrentes de enchente. Tamén hai comportamentos compensatorios inapropiados recorrentes para evitar o aumento de peso cunha frecuencia duns 18 episodios semanais. Estas condutas veñense repetindo desde hai un ano. Ademais a súa autoavaliación vese indebidamente influída pola constitución e o peso corporal. Non se cumpren os criterios para anorexia nerviosa. O diagnóstico segundo DSM-5 é:

- A) Bulimia nerviosa de gravidade leve.
- B) Bulimia nerviosa de gravidade moderada.
- C) Bulimia nerviosa de gravidade grave.
- D) Bulimia nerviosa de gravidade extrema.

55. Cando un paciente cre que alguén próximo a el foi substituído por un impostor que se fai pasar pola devandita persoa, estamos ante un:

- A) Síndrome de Frégoli
- B) Síndrome de intermetamorfose
- C) Síndrome de Ekbom
- D) Síndrome de Capgras

56. Estamos traballando cunha persoa cun cadro de características distímicas e que cumpre claramente criterios de Trastorno por personalidade dependente (CIE 10 ou DSM 5). Estamos aplicando un modelo de terapia cognitiva. Nalgunhas versións (v.g. Beck e Freeman) deste modelo está descrita unha fase na terapia como particularmente delicada, e que polo tanto hai que anticipar para intervir especificamente. ¿Cal sería?

- A) Na fase de toma de contacto co profesional, xa que tenden esixir probas inequívocas de aceptación
- B) Nas fases iniciais e establecemento da alianza terapéutica, polo receo en fallar ó terapeuta por inseguridade.
- C) Nas fases medias da terapia, porque se pode dar certo estancamento neste tipo de personalidades.
- D) Nas fases finais da terapia, pola falta de seguridade en que sen o apoio do terapeuta non poderá conservar os seus progresos.

57. Estamos a avaliar a un paciente e observamos que ten dificultades para manter a atención e gran tendencia a distraerse. Segundo CIE-10 a distraibilidade é un síntoma frecuente en:

- A) Episodio maníaco.
- B) Episodio depresivo.
- C) Esquizofrenia.
- D) Nos 3 anteriores.

58. Os modelos condutuais de terapia psicolóxica polo xeral defenden os seguintes principios: obxectividade; principios da aprendizaxe; rexeitamento do modelo categorial e aceptación dun modelo dimensional; ¿e cales máis?:

- A) Rexeitamento do modelo de enfermidade; relevancia dos factores ambientais; e a defensa da metodoloxía subxectiva.
- B) Defensa do modelo de enfermidade; relevancia dos factores ambientais; e a defensa da metodoloxía científica.
- C) Rexeitamento do modelo de enfermidade; relevancia dos factores biolóxicos; e a defensa da metodoloxía subxectiva.
- D) Rexeitamento do modelo de enfermidade; relevancia dos factores ambientais; e a defensa da metodoloxía científica.

59. Un paciente que, tras un infarto non complicado de miocardio que non lle produciu ningunha discapacidade, quéixase constantemente de dores torácicas e fatiga, que non teñen explicación médica; a atención tena focalizada nas súas dores e atribúe as sensacións a síntomas que significan un novo infarto, por iso case non realiza actividades, por temor a danar o seu sistema cardiovascular; acode semanalmente ao médico de atención primaria. Todo este malestar que presenta é auténtico e límitalle na súa vida cotiá. Segundo o DSM 5 recibiría o diagnóstico de:

- A) Trastorno por síntomas somáticos
- B) Trastorno de ansiedade por enfermidade
- C) Factores psicolóxicos que inflúen noutras afeccións médicas
- D) Hipocondría

60. Aplícase o Inventario de personalidade multifásico de Minnesota (MMPI-2) a un paciente. Para proceder a súa interpretación debemos ter en conta que as puntuacións deste test teñen unha medida e unha desviación estándar de:

- A) Media 100 e desviación estándar 15.
- B) Media 50 e desviación estándar 10.
- C) Media 50 e desviación estándar 20.
- D) Media 70 e desviación estándar 15.

61. Home de 21 anos, que mide 180 centímetros e pesa 48 quilos. Despois da súa avaliación diagnosticamos anorexia nerviosa e imos iniciar o tratamento. Existe consenso en que o primeiro paso a dar no tratamento é:

- A) Tratamento para a recuperación do peso.
- B) Análise funcional da conduta.
- C) Terapia cognitiva para combater as crenzas irracionais sobre comida, aumento de peso e a imaxe corporal.
- D) Terapia familiar para conseguir reducir os factores que están mantendo a conduta.

62. Desde o Modelo Procesual do Estrés, que compoñente NON está incluído:

- A) Demanda psicosocial e avaliación cognitiva
- B) Sucesos Vitais Estresantes
- C) Resposta ao Estrés e Estratexia de Afrontamento
- D) Apoio social, Disposicións Persoais e Estado de Saúde

63. Neno de 7 anos que dende hai 14 meses defeca no chan do seu cuarto de maneira voluntaria. Esta conduta ten lugar aproximadamente unha vez por semana, sempre pola tarde. Previamente tivo un período de control de 3 anos do esfínter anal. Non presenta estrinximento. Parece un diagnóstico de encoprese. Sobre este caso, cal das seguintes afirmacións é certa:

- A) Para facer o diagnóstico dá igual que antes tivera un período de control do esfínter.
- B) Se houbera estrinximento non podíamos diagnosticar encoprese.
- C) Aínda que é máis frecuente a encoprese nocturna, isto non descarta o diagnóstico.
- D) Non se pode diagnosticar encoprese ao ser as deposicións voluntarias.

64. Mozo de 15 anos que presenta un cadro de tics de varios anos de evolución caracterizado por chiscadelas de ollos, saltos, sacudidas de pescozo e carraspeos. O diagnóstico segundo C.I.E. 10 é:

- A) Trastorno de tics transitorios.
- B) Trastorno de tics crónicos motores ou fonatorios.
- C) Trastorno de tics múltiples motores e fonatorios combinados (síndrome de Guilles de la Tourette)
- D) Trastorno de tics sen especificación.

65. Estamos nun dispositivo comunitario no que debemos escoller entre diferentes opcións. A persoa coa que estamos traballando en consulta cumpre os criterios CIE 10 para a esquizofrenia hebefrénica. Respecto á opción dun programa de adestramento en habilidades sociais, sinala a correcta:

- A) Sería adecuado xa que segundo a Guía NICE de 2014 ten un efecto positivo sobre os síntomas negativos.
- B) Sería un esforzo infrutuoso, xa que segundo a Guía NICE de 2014 non debera ofrecerse habitualmente como intervención específica, dada a falta de probas sobre o seu efecto.
- C) Sería axeitado, xa que segundo a Guía NICE de 2014 ten un efecto positivo nos síntomas positivos.
- D) Non sería adecuado, xa que segundo a Guía NICE de 2014 este tipo de intervencións tería un efecto limitado cando o afecto está aplanado.

66. Entre os síntomas de primeiro rango da esquizofrenia de Schneider (1959), sinala como trastornos do pensamento característicos, aqueles nos que o paciente experimenta a alteración subxectiva do seu pensamento como "pasividade", sinalando tres tipos de fenómenos: primeiro, o roubo do pensamento; en segundo lugar, a transmisión do pensamento (difusión do pensamento); sendo o terceiro:

- A) Pensamento sonoro
- B) Voces que comentan as accións da paciente
- C) Percepción delirante
- D) Inserción do pensamento

67. Con frecuencia repítese o mantra de que a prevalenza de esquizofrenia é do 1% da poboación, significando isto un impacto nos sistemas de saúde moi relevante. Non obstante, unha revisión de 188 estudos publicados entre 1965 e 2002 sobre a prevalenza da esquizofrenia en 46 países o que se atopou é que as cifras, se ben dependían do tipo de estimación usado, eran máis ben:

- A) Do 3%.
- B) Do 9 ó 10 por 1.000.
- C) Do 1 ó 2%.
- D) Do 4 ó 7 por 1.000.

68. Despois de pasar o Inventario de personalidade multifásico de Minnesota (MMPI-2) a un paciente, imos a proceder a súa interpretación. Observamos que o perfil presenta a denominada tétrada psicótica, é dicir, a maior elevación das seguintes catro escalas:

- A) Psicopatía, paranoia, psicastenia e esquizofrenia.
- B) Psicopatía, paronoia, esquizofrenia e hipomanía.
- C) Paranoia, esquizofrenia, hipomanía e introversión social.
- D) Paranoia, psicastenia, esquizofrenia e hipomanía.

69. Que grupo deseñou intervencións estandarizadas útiles en problemas caracterizados polas solucións tentadas, que enumera como: forzar algo que só pode ocorrer espontaneamente; dominar un acontecemento temido aprazándoo; chegar a un acordo mediante a coacción; conseguir submisión a través da libre aceptación; confirmar as sospeitas do acusador mediante a autodefensa:

- A) Grupo de orientación estratéxica de Haley
- B) Grupo do Mental Research Institute
- C) Grupo de White e Epston
- D) Grupo de Milán

70. Para poder establecer un diagnóstico de trastorno de personalidade podemos utilizar diversos formatos de entrevista. Algúns destes formatos seguen o mesmo procedemento: primeiro unha proba de varrido ou screening con ítems; e posteriormente unha entrevista estruturada. Por exemplo, para o DSM IV había o SCID-II. Para o CIE 10 hai outro instrumento específico. ¿Cal sería?

- A) TCI-R, de Clonninger
- B) IPDE, de Loranger.
- C) MINI, de Lecroubier e Sheehan
- D) PDQ, de Hyler

71. En relación á memoria, a lei de Ribot (1882) afirma que:

- A) Pérdese antes a memoria dos feitos desagradables que dos pracenteiros
- B) Lembramos mellor o máis familiar
- C) Pérdese antes a memoria dos acontecementos recentes que a dos acontecementos máis remotos
- D) Lembramos mellor o que lemos nun escrito que o que escoitamos nunha conversación

72. Home de 33 anos que acode a consulta por un consumo elevado de alcol. A súa muller opina que é alcohólico pero el di que non, que só se pasa de cando en vez. Clasicamente distinguíuse entre abuso e dependencia de sustancias. Cal dos seguintes aspectos é relevante para entender que non estamos ante un caso de consumo prexudicial, e si ante un caso de dependencia:

- A) A duración do trastorno requiríndose unha duración maior no caso da dependencia.
- B) Problemas conxugais e familiares.
- C) Denuncias por parte da garda civil de tráfico.
- D) A presenza de tolerancia e/ou abstinencia ao alcol.

73. A definición: "unha peza involuntaria do comportamento sobre a que un suxeito non ten control. O comportamento en si mesmo xeralmente é inapropiado para as circunstancias, e pode ser alleo ao carácter do individuo. Pode ser complexo, coordinado e aparentemente intencionado e dirixido, aínda que carente de xuízo. Posteriormente o suxeito pode non ter recordos ou só unha memoria parcial e confusa das súas accións" refírese a:

- A) Automatismo
- B) Flutuación da conciencia
- C) Mania à potu
- D) Obnubilación

**74. No insomnio en persoas maiores de 55 anos as intervencións condutuais como a hixiene do sono, control de estímulos ou a relaxación:**

- A) Están indicadas pois amosan melloras clinicamente significativas, en seguimentos a 6 meses, en variables como a latencia ou o tempo de sono .
- B) Non estarían indicadas xa que non amosan efectos terapéuticos, mentres que os hipnóticos benzodiazepínicos si o fan.
- C) Están indicadas pois permiten unha mellor adaptación, por parte da persoa, ás consecuencias da privación do sono.
- D) As opcións a) e c) son correctas.

**75. No momento actual, supoñamos que recibo algún tipo de indicación sobre a conveniencia de usar un sistema diagnóstico determinado. Comprobo que ese sistema non é compatible co CIE 10. ¿Cal debera ser a miña decisión respecto o seu uso na emisión de diagnósticos dentro do Servizo Galego de Saúde?**

- A) Non usalo, xa que estou obrigado a usar o CIE 10, ou cando menos un sistema compatible con el, e que teña os mesmos códigos.
- B) Podería usalo se quero. A liberdade para o uso de sistemas diagnósticos é análoga a outras liberdades como a de prescrición no caso da escolla de técnicas ou instrumentos terapéuticos.
- C) De entrada non usalo, xa que os sistemas diagnósticos que non son compatibles co CIE 10 ou cos DSM en xeral non teñen o suficiente aval científico.
- D) Podería usalo de quero: sería unha decisión en todo caso ética, se non chocan con outros intereses.

**76. Na teoría da depresión de Rehm, NON se inclúen déficits en:**

- A) Condutas de autoobservación
- B) Condutas de autoavaliación
- C) Condutas de autorreforzamento
- D) Condutas de autofocalización

**77. No seu artigo orixinal, Ganser describe a síndrome que leva o seu nome, en base á descrición dos síntomas dunha serie de pacientes, sinalando os seguintes: 1. Os pacientes parece que deliberadamente pasan por alto a resposta correcta e escollen unha falsa "que calquera neno podería recoñecer como tal"; 2. Obnubilación de conciencia con desorientación; 3. Estigmas "histéricos"; 4. Historia recente de traumatismo cranial, tifus ou intensa tensión emocional; 5. "Alucinacións" (ou pseudoalucinacións) auditivas ou visuais; cal sería o sexto?**

- A) Presenza de pseudoloxía fantástica
- B) Deterioración da memoria semántica
- C) Amnesia do período durante o que se manifestaron os síntomas anteriormente mencionados
- D) Trazos cognitivos de pseudodemencia

**78. As persoas que cumpren criterios de Trastorno por personalidade disocial (CIE 10) adoitan estar, por así dicilo, sobrerrepresentadas dentro de certo tipo de diagnósticos. Dos que aquí se mencionan, ¿cal sería?**

- A) Trastorno obsesivo-compulsivo.
- B) Demencias sen especificación.
- C) Síndrome de dependencia de substancias.
- D) Trastorno delirante.

**79. Acode unha muller a consulta a instancias da súa parella. El quéixase de que ela ten problemas sexuais pois non quere realizar o coito anal. Ela di que non quere porque lle produce dor. Con estes datos a muller presenta:**

- A) Desexo sexual hipoactivo.
- B) Dispareunia.
- C) É o home o que padece un trastorno sexual por pretender unha práctica sexual desviada.
- D) Con estes datos non parece haber ningún trastorno sexual.

**80. En relación á atención considérase, desde a perspectiva de análise da xestión dos recursos cognitivos dispoñibles, unha estrutura con tres compoñentes: o sistema de control atencional e a atención selectiva, o terceiro compoñente é:**

- A) O bucle fonolóxico
- B) O sistema de alerta
- C) O procesador central
- D) A autorreferencialidade

**81. Un dos elementos básicos que incorporar na intervención con persoas que cumpren criterios de Trastorno por personalidade histriónica (CIE10) dende o momento no que temos clinicamente definida a situación, sería o seguinte:**

- A) Establecemento inicial de metas globais e ambiciosas, nas que a persoa con estas características non se sinta constringida.
- B) Establecemento de obxectivos moi específicos para a intervención, que vaian máis alá das vagas queixas da presentación inicial.
- C) Establecemento dun tempo de intervención de tempo limitado, co fin de introducir presión como elemento motivador.
- D) As opcións a) e c) son correctas.

**82. En relación á Teoría de Constructos Persoais, sinala a verdadeira:**

- A) As persoas non funcionan como científicos
- B) Os significados persoais gobernan os procesos psicolóxicos
- C) A reconstrución de construtos desenvólvense nun proceso persoal
- D) A psicoterapia supón unha rexerarquización de significados

**83. Unha muller de 42 anos presenta síntomas dun episodio maníaco. A súa familia refire que durante 3 anos presentou períodos con síntomas hipomaníacos que se alternan con estados de ánimo depresivo. Nunca presentou un episodio depresivo maior nin estivo asintomática durante máis dalgunhas semanas ao longo de 3 anos. Cal sería o diagnóstico adecuado?**

- A) Trastorno bipolar I, episodio maníaco único
- B) Trastorno ciclotímico
- C) Trastorno bipolar II
- D) Trastorno bipolar I, episodio maníaco único, superposto a Trastorno ciclotímico

84. Nunha entrevista cun paciente con trazos obsesivos, constatamos que nas súas respostas dá conta dunha gran cantidade de detalles, dando a impresión de que trata de evitar calquera posible omisión, de tal modo que a acumulación de aspectos superfluos deteriora, o fío do relato. Parece explorar todo tipo de posibles asociacións antes de retomar a cuestión principal. Este tipo de pensamento denomínase:

- A) Inhibición
- B) Pensamento circunstancial
- C) Aceleración do pensamento
- D) Bloqueo do pensamento

85. Unha matrona que, tras acabar a súa quenda, non deixa de pensar que podería ter deixado unha cánula dentro da garganta dun bebé, e telefona repetidamente ao hospital para comprobar que o bebé esta ben. Sería un exemplo de :

- A) Ruminacións
- B) Trastorno de ansiedade xeneralizada
- C) Personalidade ansiosa
- D) Conduta obsesivo-compulsiva

86. A Terapia Centrada en Esquemas de Young:

- A) Diferénciase do traballo de Beck por facer maior énfase na relación terapéutica, o funcionamento interpersonal e as emocións
- B) Non considera que os acontecementos da primeira infancia como determinantes dos problemas do adulto
- C) Define os esquemas desadaptativos temperáns como temas moi concretos, concernentes a unha parcela disfuncional do si mesmo, pero que non afectan as habilidades.
- D) Ata o momento esta terapia só se utilizou para a conceptualización e tratamento de pacientes diagnosticados de trastornos de personalidade

87. Sinale que aspecto dos seguintes NON se recolle nas respostas do ISRA (Inventario de Situacións e Respostas de Ansiedade):

- A) Cognitivo
- B) Fisiolóxico
- C) Emocional
- D) Motor

88. A entrevista clínica reúne unha serie de elementos entre os cales NON se encontra:

- A) Uns obxectivos prefixados e coñecidos, cando menos polo entrevistado.
- B) Unha vía de comunicación simbólica, preferiblemente oral.
- C) Unha asignación de roles que significa (cando menos idealmente) un control da situación por parte do entrevistador. É unha relación interpersonal asimétrica
- D) Unha relación directa entre 2 ou máis persoas

89. No traballo inicial nunha unidade de rehabilitación psiquiátrica preténdese aplicar un test que discrimine ben entre pacientes en función dun criterio. Por este motivo elixiuse o Inventario de personalidade multifásico de Minnesota (MMPI-2) xa que é un test que segue unha estratexia de construción denominada:

- A) Estratexia teórica nacional.
- B) Estratexia empírica.
- C) Estratexia factorial.
- D) Estratexia de consistencia interna.

90. Que definiríamos como "unha interrupción ben definida da continuidade da conciencia, caracterizada por: 1. inicio e final bruscos; 2. duración variable (de horas a semanas); 3. aparición de actos violentos ou estoupidos emocionais inesperados nun comportamento polo xeral, tranquilo."

- A) Confusión
- B) Delirium
- C) Estado crepuscular
- D) Obnubilación

91. Nas alteracións do coñecemento do noso corpo adoitan incluírse, entre outros, os diferentes tipos de negligencia dunha parte do corpo, o "membro pantasma" ou os déficits de coñecemento da topografía do corpo. O termo xeral utilizado para designar as alteracións do coñecemento do noso corpo é:

- A) Anosognosia
- B) Prosopagnosia
- C) Neglixencia personal
- D) Asomatognosia

92. A primeira fase do proceso dunha entrevista clínica, nun entorno ambulatorio (non urxente), debe ser:

- A) A preparación da entrevista
- B) O comezo da entrevista
- C) O corpo ou desenvolvemento da entrevista
- D) O diagnóstico de entrada

93. Efectuouse unha avaliación da intelixenza coa escala de intelixencia de Wechsler para nenos-IV (WISC-IV) a un neno de 8 anos. Para elaborar o perfil debemos determinar as puntuacións directas e as puntuacións escalares de cada proba. Con estas puntuacións escalares obteremos as puntuacións compostas ou índices, entre os que NON está:

- A) Escala manipulativa.
- B) Comprensión verbal.
- C) Memoria de traballo.
- D) Velocidade de procesamento.

94. Dentro das entrevistas clínicas podemos falar de diferentes niveis de estrutura. E dentro das estruturadas, hai algunhas que están orientadas a valorar a presenza ou ausencia de diferentes diagnósticos, sexa dentro do sistema CIE ou do DSM. Das seguintes opcións, ¿cales son dúas entrevistas clínicas estruturadas con fins diagnósticos?

- A) MINI Plus e SCID
- B) MINI Plus e PANSS
- C) SIGN e SCID
- D) SADS e PANSS

95. O contido delirante máis frecuente é:

- A) Delirio celotípico
- B) Delirio de persecución
- C) Delirio relixioso
- D) Delirio de grandeza

96. No CIE 10, cando se emite un diagnóstico de demencia na doenza de Alzheimer de inicio tardío, sen máis síntomas que os necesarios nin outras complicacións, debemos informar da seguinte maneira:

- A) É suficiente con facer constar o diagnóstico de (F01.0) Demencia na doenza de Alzheimer de inicio tardío.
- B) É suficiente con facer constar o diagnóstico de (F01.00) Demencia na doenza de Alzheimer de inicio tardío sen síntomas adicionais.
- C) É suficiente co diagnóstico de (G30.1) Doenza de Alzheimer de inicio tardío
- D) Hai que facer constar os diagnósticos das opcións (b) e (c)

97. En relación ao Trastorno de estrés postraumática, e as diferenzas entre DSM IV e DSM 5, todas as seguintes son certas, excepto:

- A) O DSM 5 omite o criterio de reacción subxectiva
- B) O DSM 5 agrupa os síntomas en 4 grupos
- C) O DSM 5 inclúe o comportamento irritable ou ataques de ira e comportamento imprudente ou autodestrutivo
- D) Os limiares diagnósticos ampliáronse para nenos e adolescentes, polo que é menos sensible evolutivamente

98. Unha muller de 30 anos refire que se sentiu moi deprimida durante as 4 últimas semanas. Con todo, o seu estado de ánimo é reactivo e se sente menos deprimida ao anticipar un acontecemento positivo, como saír a cear a un restaurante de moda. Cando está deprimida, a paciente refire que sente inútil, con ideación suicida recorrente, con aumento de peso e dorme algunhas horas máis que cando non esta deprimida. A paciente non ten antecedentes de episodio depresivo maior nin de episodio maníaco, cal sería o diagnóstico adecuado?

- A) Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo
- B) Trastorno depresivo, episodio único, con características atípicas
- C) Outro Trastorno depresivo especificado
- D) Trastorno depresivo maior, episodio único, con características mixtas

**99. Nalgúns dos modelos condutuais da depresión, como o de Lewinsohn, a presenza de síntomas como humor baixo ou a diminución de condutas é, xeralmente, por mor de:**

- A) A falta de reforzos continxentes á conduta.
- B) Un exceso de castigo inmediato por parte do ambiente.
- C) Un déficit de estímulos condicionados no medio.
- D) A presenza de reforzos indiscriminados por parte do medio.

**100. A teoría cognitiva de Beck afirma que en moitos casos, na etiloxía da depresión non endóxena, as causas distais terían que ver con 3 factores, cal destes NON sería?**

- A) Actitude ou crenzas disfuncionais sobre o significado de certas experiencias
- B) Alta valoración subxectiva sobre a importancia desas experiencias que resultan da estrutura de personalidade das persoas
- C) A ocorrencia dun estresor específico
- D) Procesamento distorsionado da información secundario aos nesgos de pensamentos

#### Preguntas de reserva

**1. Temos que realizar unha avaliación de personalidade dun gran número de pacientes. Esperamos que este traballo nos axude tamén no diagnóstico clínico. Para iso pode ser de axuda elixir un test que se axusta ás categorías diagnósticas dos DSM como o:**

- A) Cuestionario de personalidade de Eysenk (EPQ).
- B) Inventario de personalidade multifásico de Minnesota (MMPI-2).
- C) Inventario clínico multiaxial de Millon (MCMI).
- D) Cuestionario de 16 factores de personalidade de Cattell (16PF).

**2. Estamos a entrevistar a un paciente con esquizofrenia. Con todo o paciente non nos presta atención porque está completamente concentrado nas súas alucinacións. Esta alteración da atención denomínase:**

- A) Aproxexia.
- B) Hipoprosexia.
- C) Pseudoaproxexia.
- D) Hiperproxexia.

**3. Os cambios importantes nos Trastornos dissociativos no DSM 5 son todos os seguintes, excepto:**

- A) A desrealización incorpórase á estrutura nominal e sintomática do que anteriormente se denominaba Trastorno de despersonalización
- B) A fuga dissociativa é agora un especificador da Amnesia dissociativa en lugar dun diagnóstico independente
- C) Os criterios para o Trastorno de identidade dissociativo cambiáronse para indicar que os síntomas de interrupción da identidade pódense informar, así como observar, e que poden aparecer lagoas no recordo para os acontecementos da vida diaria e non só nos eventos traumáticos
- D) Exclúense as experiencias de posesión patolóxica na descrición de interrupción da identidade

**4. Segundo o CIE 10, cal dos seguintes códigos Z é falso:**

- A) Falta de relaxación e ocio Z73.2
- B) Perda de receitas Z76.0
- C) Coidado durante as vacacións Z75.5
- D) Convalecencia posterior a psicoterapia Z54.3

**5. Estamos planificando as diferentes ofertas terapéuticas para calquera persoa que se atope nun primeiro ingreso cun cadro clínico de características psicóticas e que estea evolucionando segundo os criterios dunha esquizofrenia (CIE 10). Optamos polas opcións de NICE, tal e como veñen publicadas no ano 2014. Esta oferta incluíría, ademais da medicación oral neuroléptica:**

- A) Intervención familiar que se manteña entre 3 meses e 1 ano, durante cando menos 10 sesións, na que se inclúa á familia do/da paciente e que se centre na resolución de problemas e xestión de crise.
- B) Programa de habilidades sociais desenvolvéndose en cando menos 6 situacións relevantes (acordadas coa persoa) para favorecer a xeneralización a outras situacións e centrado na resolución de conflitos. Mínimo 12 sesións.
- C) Terapia cognitivo-condutual individual durante cando menos 16 sesións planificadas e dirixidas a obxectivos clave, monitorizando os síntomas, promovendo xeitos alternativos de afrontamento, reducindo malestar e mellorando o funcionamento.
- D) As opcións a) e c) son correctas.

**6. Un residente deprimiuse ao ler que todos os pacientes a cargo dun residente deberían ser posteriormente examinados por un facultativo, ao lelo pensou "o xefe non se fía do meu traballo". Segundo os erros cognitivos da depresión de Beck, estaríamos ante un exemplo de:**

- A) Magnificación
- B) Inferenza arbitraria
- C) Personalización
- D) Xeneralización excesiva

**7. A psicoterapia interpersoal da depresión de Klerman, considera as seguintes áreas problemáticas, excepto:**

- A) Transición interpersoal
- B) Transición de rol
- C) Disputa interpersoal
- D) Déficits interpersoais

**8. Cal NON estaría incluído entre os grandes grupos de clasificación bioquímica das depresións segundo o déficit de neurotransmisor implicado:**

- A) Noradrenérxica
- B) Serotoninérxica
- C) Dopaminérxica
- D) Colinérxica

**9. A aparición inicial de alucinacións visuais xunto con problemas de memoria (inda que sexa de intensidade leve), con alteracións do movemento tipo Parkinson e caídas frecuentes apuntarían, no caso dun diagnóstico de Demencia, ó seguinte tipo (en ausencia de causas tóxicas ou infecciosas):**

- A) Demencia fronto-temporal
- B) Demencia por doenza de Alzheimer
- C) Demencia multiinfarto
- D) Demencia con corpos de Lewy

**10. Tivemos varias consultas cunha persoa que ten un diagnóstico previo de esquizofrenia de tipo indiferenciado segundo o CIE 10. Ten 24 anos, estaba estudiando ata hai 2 semanas e tivo unha recaída. Está preocupada pola súa evolución, por como pode afectar ós seus estudos, e polo ambiente que está tendo cos seus irmáns. Os seus pais están moi interesadas en axudar, pero tamén están preocupados polos seus outros fillos. Debemos:**

- A) Recomendar un programa de psicoeducación xa que o mesmo incrementaría a súa adherencia ó tratamento e a participación en actividades.
- B) Recomendar un programa de intervención familiar prolongada (máis de 6 meses) xa que reduce sensiblemente as recaídas e mellora a comunicación.
- C) Suxerir unha intervención centrada na arteterapia para a expresión do temor ó fracaso no medio familiar, como base para o avance no ámbito académico e a comunicación intrafamiliar.
- D) Sinalar a incorporación dos pais a un programa de terapia de parella para fortalecer a mensaxe de unión fronte a difusión de identidade do/da fillo/a afectado/a polo cadro de esquizofrenia indiferenciada.