

EPIDEMIOLOGÍA, CONCEPTO, CLASIFICACIÓN Y EVALUACIÓN CLÍNICA DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD.

1. La prevalencia de los Trastornos de Ansiedad en la población general es de:

- a) 5%.
- b) 11%.
- c) 16%.
- d) 20%.
- e) 28%.

2. Existen estudios que apoyan la hipótesis de una hiperactividad noradrenérgica como factor determinante de:

- a) Estrés postraumático.
- b) Ansiedad generalizada.
- c) Ataque de pánico.
- d) Agorafobia.
- e) B y C.

3. La edad media de comienzo del trastorno por ataque de angustia se sitúa en:

- a) Adolescencia.
- b) Tercera década.
- c) Cuarta década.
- d) Infancia.
- e) Segunda década.

4. Se considera excepcional la aparición de un trastorno de ansiedad después de los:

- a) 20 años.
- b) 30 años.
- c) 40 años.
- d) 50 años.
- e) 55 años.

5. Una de las siguientes afirmaciones es falsa, señálela:

- a) Los trastornos mentales son infrecuentes en Atención Primaria.
- b) Hoy día existe evidencia de que los trastornos mentales son una enfermedad médica.
- c) El dispositivo psicobiológico de la ansiedad es básicamente el mismo al del miedo.
- d) Todas son correctas.
- e) A y C son falsas.

6. Se ha señalado una hipofunción del sistema serotoninérgico en los pacientes con:

- a) Agorafobia.
- b) Fobias.
- c) Ataques de angustia.
- d) Ansiedad.
- e) A y C.

7. Con respecto a la ansiedad patológica es falso que:

- a) Implica deterioro del rendimiento del sujeto.
- b) Dificulta la capacidad de adaptación del individuo.
- c) Responde a una amenaza real.
- d) Produce un nivel de actividad fisiológica proporcionado.
- e) C y D son falsas.

8. En el DSMIV es falso que:

- a) Los trastornos de angustia se amplían respecto a las clasificaciones anteriores con nuevas categorías.
- b) El término fobia simple es sustituido por el de fobia específica.
- c) El término obsesivo compulsivo se mantiene en el contexto de los trastornos de ansiedad.
- d) Se crea una nueva categoría, el trastorno mixto ansiosodepresivo.
- e) C y D son falsas.

9. Dentro de los cambios fisiológicos periféricos que se producen en la ansiedad no se encuentra:

- a) Hiperactividad de las glándulas sudoríparas.
- b) Aumento de la frecuencia cardíaca.
- c) Aumento del riesgo sanguíneo muscular.
- d) Descenso de los niveles sanguíneos de cortisol.
- e) B y C son falsas.

10. Una idea que se introduce persistentemente en el conocimiento consciente, que genera sentimiento de angustia, terror y es indeseada, incontrolada o inaceptable, que se reconoce como absurda, pero que no puede ser rechazada a pesar de una fuerte necesidad de repelerla es:

- a) Una fobia.
- b) Una obsesión.
- c) Una compulsión.
- d) Una idea delirante primaria.
- e) Una alucinación.

FUNDAMENTOS NEUROBIOLÓGICOS DE LAS EMOCIONES.

11. Se denomina aprosodia a:

- a) Aumento del tono en el habla.
- b) Ausencia del tono en el habla.
- c) Dificultad para expresar emociones.
- d) Ausencia de afectividad.
- e) Ninguna de las anteriores.

12. Dentro de los componentes del sistema denominado de gratificación se encuentra:

- a) Zona lateral de hipotálamo.
- b) Tegmento mesencefálico.
- c) Núcleo caudado.
- d) Núcleo amigdalino.
- e) Todos los anteriores.

13. Forma parte de las bases neurobioquímicas de las emociones:

- a) Sistema serotoninérgico.
- b) Sistema noradrenérgico.
- c) Sistema dopaminérgico.
- d) Ninguno de los anteriores.
- e) Todos los anteriores.

14. Forma parte de las diferentes teorías sobre la patología emocional.

- a) Teoría multifactorial.
- b) Teoría serotoninérgica.
- c) Teoría dopaminérgica.
- d) Teoría Histaminérgica.
- e) A y C.

15. Respecto a la teoría multifactorial de la ciclotimia patológica es cierto que:

- a) La disminución de serotonina y de noradrenalina inhibe el sistema gratificante.
- b) El aumento de noradrenalina favorece el sistema gratificante.
- c) La denominación de serotonina y noradrenalina acentúa la actividad del sistema de castigo.
- d) Ninguna respuesta es cierta.
- e) A y C son ciertas.

16. Dentro de las respuestas emocionales se encuentran:

- a) Afectos.
- b) Sentimientos.
- c) Estados de ánimo.
- d) A y C.
- e) Todos los anteriores.

17. Desde el punto de vista psiconeurobiológico la primera teoría sobre las emociones se la debemos a:

- a) Darwin.
- b) Lange.
- c) Jacobson.
- d) Platón.
- e) Galeno.

18. Una de las siguientes afirmaciones es falsa, señálela.

- a) La emoción es un sentimiento subjetivo.
- b) Los estados emocionales van acompañados por respuestas somáticas.
- c) Las emociones son en muchos casos, las respuestas de defensa o ataque de las amenazas.
- d) Todas las afirmaciones son correctas.
- e) A y C son falsas.

19. El sistema límbico codifica:

- a) La agresividad.
- b) La actividad sexual.
- c) La ingesta de agua.
- d) La ingesta de alimentos.
- e) Todo lo anterior.

20. Las partes más importantes del sistema de castigo o de aversión son:

- a) Ciertos grupos neuronales del mesencéfalo.
- b) La parte medial del hipotálamo.
- c) La circunvolución del hipocampo.
- d) Todas las anteriores.
- e) Ninguna de las anteriores.

ANSIEDAD Y TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

21. Se estima que los trastornos de personalidad podrían afectar a:

- a) Un 10-15% de la población.
- b) Un 15-20% de la población.
- c) Un 5-10% de la población.
- d) Un 25-30% de la población.
- e) Un 20-25% de la población.

22. Dentro de las dimensiones de la personalidad que tienen base biológica se encuentran:

- a) Introversión/extroversión.
- b) Impulsividad.
- c) Inestabilidad afectiva.
- d) Ansiedad patológica.
- e) Todas las anteriores.

23. Con respecto al trastorno paranoide de la personalidad es falso que:

- a) Afecta a un 2% de la población adulta.
- b) Se caracteriza por una vida emocional rica.
- c) A veces avisa con síntomas de ansiedad.
- d) Existe hipersensibilidad a las ofensas.
- e) Es más frecuente en el sexo masculino.

24. Los pacientes con trastorno esquizofrénico de la personalidad:

- a) Presentan una introversión patológica.
- b) Toleran muy mal el estrés.
- c) Las relaciones interpersonales les producen ansiedad.
- d) Pueden tener episodios depresivos y síntomas psicóticos transitorios.
- e) Todo lo anterior es cierto.

25. El trastorno histriónico de la personalidad se caracteriza por:

- a) Ser más frecuentes en el sexo femenino.
- b) Afectar a un 9% de la población.
- c) Conductas seductoras y manipulativas.
- d) Buena tolerancia al estrés.
- e) A y C son correctas.

26. En el trastorno de personalidad por evitación:

- a) Existe inestabilidad afectiva.
- b) Afecta a un 5% de la población.
- c) Es infrecuente el desarrollo de conductas físicas.
- d) La vida social no está limitada.
- e) Presentan un bajo nivel de ansiedad patológica.

27. Los pacientes con trastorno esquizoide de la personalidad:

- a) Suelen tener una vida íntima muy rica.
- b) A veces pueden ser muy creativos.
- c) Suelen mostrar las emociones.
- d) Las relaciones sociales no les provocan ansiedad.
- e) A y C son ciertas.

28. En el trastorno narcisista de la personalidad existe tendencia a:

- a) Depresión.
- b) Abuso de alcohol.
- c) Ansiedad.
- d) Conflictos interpersonales.
- e) Todo lo anterior es cierto.

29. Con respecto al trastorno antisocial de la personalidad es cierto que:

- a) Afecta más al sexo femenino.
- b) Es frecuente entre la población penal.
- c) Suele iniciarse en la infancia.
- d) La complicación psiquiátrica más frecuente es la depresión.
- e) Ninguna afirmación es cierta.

30. Los pacientes con trastornos de la personalidad por dependencias son propensos a padecer:

- a) Depresión.
- b) Ansiedad.
- c) Fobias.
- d) Angustia.
- e) A y B son correctas.

TRASTORNO POR ANGUSTIA Y TRASTORNO POR ANSIEDAD GENERALIZADA

31. La ansiedad deja de ser normal para convertirse en una emoción patológica cuando:

- a) Se manifiesta de manera espontánea en forma de estímulos.
- b) Tiene una permanencia-persistencia en el tiempo injustificada.
- c) Provoca una angustia de intensidad desproporcionada al factor desencadenante.
- d) Todas las respuestas son correctas.
- e) Ninguna respuesta es correcta.

32. La prevalencia del trastorno por ansiedad generalizada es de:

- a) 5%.
- b) 10%.
- c) 15%.
- d) 20%.
- e) 25%.

33. Forman parte del diagnóstico diferencial de la crisis de angustia los siguientes trastornos, excepto:

- a) Hipotensión arterial.
- b) EPOC.
- c) Esclerosis múltiple.
- d) Delirium.
- e) Vértigo verdadero.

34. Un aspecto relevante de los ataques de pánico, es que pueden inducirse con distintos estímulos bioquímicos excepto:

- a) Lactato sódico.
- b) Inhalación de CO₂.
- c) Cafeína.
- d) Isoproterenol.
- e) Amiodarona.

35. Se deberá remitir al médico psiquiatra a los pacientes que presenten crisis de angustia cuando:

- a) Tengan una falta de respuesta terapéutica, tras tres meses de tratamiento.
- b) Cuando existe agorafobia grave.
- c) En caso de elevado riesgo de suicidio.
- d) Cuando se produzca la asociación con otros trastornos psiquiátricos.
- e) Todo lo anterior es correcto.

36. Una de las diferencias del trastorno de ansiedad generalizada con el trastorno de angustia es:

- a) Ausencia de crisis de angustia espontáneas.
- b) Menor componente somático.
- c) La prueba del Lactato sódico, no desencadena síntomas.
- d) No responde al tratamiento antidepresivo.
- e) Todo lo anterior es correcto.

37. La terapéutica preventiva de la aparición de nuevos accesos de pánico debe mantenerse durante:

- a) 12-14 meses.
- b) 6-12 meses.
- c) 3-6 meses.
- d) 9 meses.
- e) 1-3 meses.

38. El fármaco de elección en el tratamiento de mantenimiento del trastorno de pánico en Atención Primaria es:

- a) Paroxetina.
- b) Alprazolam.
- c) Imipramina.
- d) Clorimipramina.
- e) Diazepam.

39. La duración del tratamiento ansiolítico en el trastorno por ansiedad generalizada no debe ser superior a:

- a) 9-12 meses.
- b) 6-9 meses.
- c) 2-3 meses.
- d) 12-14 meses.
- e) 1 mes.

40. En aquellos pacientes que requieren un tratamiento prolongado de la ansiedad generalizada es útil:

- a) La buspirona.
- b) Halazepán.
- c) Propanolol.
- d) Ketazolán.
- e) Clorazepato.

TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO.

41. La prevalencia del trastorno obsesivo compulsivo en la población general es:

- a) 2%.
- b) 5%.
- c) 10%.
- d) 15%.
- e) 7%.

42. En relación al trastorno obsesivo compulsivo es falso que:

- a) La edad media de inicio se sitúa en 20 años.
- b) En bastantes casos no se constatan desencadenantes.
- c) El curso suele ser crónico.
- d) Es frecuente que se asocie con episodios depresivos.
- e) Es raro que se asocie con enfermedades neurológicas de los ganglios basales.

43. El tratamiento de elección del trastorno obsesivo compulsivo en el embarazo es:

- a) Clorimipramina.
- b) Terapia de conducta + ISRS.
- c) ISRS.
- d) Amitriptilina.
- e) B y C son correctas.

44. Una asociación clínica frecuente en el trastorno obsesivo compulsivo son:

- a) Tics.
- b) Esquizofrenia.
- c) Trastorno bipolar.
- d) Sme. Gilles de la Tourette.
- e) A y D son correctas.

45. Lo característico de las compulsiones es:

- a) Su tendencia a la repetición constante.
- b) Su carácter leve.
- c) El placer que proporciona su realización.
- d) Todo lo anterior es correcto.
- e) Nada de lo anterior es correcto.

46. El modo de transmisión del trastorno obsesivo compulsivo es:

- a) Dominante.
- b) Recesivo.
- c) Desconocido.
- d) Ligado al sexo.
- e) Multifactorial.

47. El abordaje moderno del trastorno obsesivo compulsivo implica actuar a nivel de:

- a) Educación.
- b) Terapia de conducta.
- c) Medicación.
- d) Todo lo anterior es correcto.
- e) B y C son correctas.

48. La exposición como terapia de conducta en el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo tiene como objetivo:

- a) El control progresivo de la ansiedad que surge al enfrentarse con situaciones temidas.
- b) Impedir que el sujeto pueda manejar la ansiedad mediante rituales.
- c) Modificar esquemas mentales rígidos.
- d) Todo lo anterior es cierto.
- e) Nada de lo anterior es cierto.

49. Los pacientes con trastorno obsesivo compulsivo presentan patrones de personalidad premórbida de:

- a) Evitación.
- b) Dependencia.
- c) Paranoide.
- d) Antisocial.
- e) Muy diversos.

50. La personalidad obsesivo compulsiva no se caracteriza por:

- a) Rasgos de perfeccionismo.
- b) Preocupación por los detalles y el orden.
- c) Dedicación excesiva al trabajo.
- d) Falta de moralidad.
- e) Rigidez.

EL TRASTORNO MIXTO ANSIEDAD-DEPRESIÓN. SU ABORDAJE Y TRATAMIENTO POR EL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA.

51. Uno de los siguientes síntomas no es frecuente en el trastorno mixto de Ansiedad-depresión.

- a) Bajo estado de ánimo.
- b) Insomnio.
- c) Pérdida de interés sexual.
- d) Falta de concentración.
- e) Ideas obsesivas.

52. La duración del tratamiento de un primer episodio del trastorno mixto ansiedad-depresión debe ser de al menos:

- a) 6 meses.
- b) 3 meses.
- c) 9 meses.
- d) 1 año.
- e) 2 años.

53. Entre la población sospechosa de padecer un trastorno mixto de ansiedad-depresión en Atención Primaria se encuentran:

- a) Pacientes con conductas extrañas.
- b) Pacientes pluriconsultantes.
- c) Consumidores de alcohol o drogas.
- d) Consumidores habituales de hipnóticos.
- e) Todas las respuestas anteriores son correctas.

54. La patología que más frecuentemente se diagnostica dentro de los trastornos del humor en Atención Primaria es:

- a) Distimia.
- b) Depresión mayor.
- c) Trastorno mixto ansioso-depresivo.
- d) Depresión bipolar.
- e) Ninguno de los anteriores.

55. El tratamiento etiológico de trastorno mixto ansioso-depresivo debe realizarse con:

- a) Ansiolíticos.
- b) Antidepresivos.
- c) Psicoterapia de conducta.
- d) A y C son correctas.
- e) B y C son correctas.

56. El tratamiento coadyuvante del trastorno mixto ansioso-depresivo debe realizarse con:

- a) Antidepresivos.
- b) Ansiolíticos.
- c) Psicoterapia de conducta.
- d) A y C son correctas.
- e) B y C son correctas.

57. La alteración de uno de los siguientes neurotransmisores da lugar a la sintomatología del trastorno ansioso-depresivo.

- a) Serotonina.
- b) Noradrenalina.
- c) Dopamina.
- d) Ninguno de los anteriores.
- e) Todos los anteriores.

58. Uno de los siguientes riesgos es derivado del tratamiento exclusivamente con ansiolíticos en el trastorno ansioso-depresivo:

- a) La depresión de base tiende a cronificarse.
- b) Los pacientes pierden calidad de vida.
- c) Riesgo suicida.
- d) Pérdida de confianza.
- e) Todo lo anterior es correcto.

59. La duración del tratamiento del trastorno ansioso-depresivo en caso de que existan antecedentes de anteriores episodios depresivos debe ser de:

- a) Al menos 12-14 meses.
- b) Al menos 3-6 meses.
- c) Al menos 6-12 meses.
- d) Al menos 1 mes.
- e) Al menos 3 meses.

60. La dosis de paroxetina recomendada en el tratamiento del trastorno mixto ansioso-depresivo es:

- a) 20-40 mg./día.
- b) 10-20 mg./día.
- c) 40-60 mg./día.
- d) 20-30 mg./día.
- e) 60-100 mg./día.

REACCIÓN DE DUELO.

61. Dentro de los factores que influyen en el curso de la reacción de duelo se encuentran:

- a) La personalidad del deudo.
- b) El tipo de muerte.
- c) Las características del entorno.
- d) La naturaleza de vínculo de relación.
- e) Todo lo anterior.

62. El cuadro clínico del duelo se caracteriza por:

- a) Anorexia.
- b) Ideas de muerte.
- c) Pérdida de peso.
- d) Bajo estado de ánimo.
- e) Todo lo anterior.

63. Uno de los siguientes duelos no es un tipo de duelo complicado:

- a) Duelo inhibido.
- b) Duelo ausente.
- c) Duelo histérico.
- d) Duelo no resuelto.
- e) Duelo enmascarado.

64. Uno de los predictores del duelo patológico es:

- a) Duelos repetidos.
- b) La muerte repentina.
- c) Mayor fragilidad en el varón.
- d) La ambivalencia afectiva con agresividad.
- e) Todo lo anterior.

65. ¿Cuál de los siguientes síntomas constituye una señal de alarma en el duelo patológico?

- a) Retardo psicomotor.
- b) Tristeza.
- c) Culpabilidad morbosa.
- d) Insomnio.
- e) A y C son correctas.

66. Forman parte de los objetivos a valorar en el duelo:

- a) La gravedad del cuadro depresivo.
- b) La presencia de un trastorno psicótico.
- c) El riesgo suicida.
- d) La existencia de drogodependencias.
- e) Todo lo anterior.

67. El fármaco recomendable para el tratamiento del insomnio en el duelo es:

- a) Diazepam.
- b) Ketazolán.
- c) Zopiclona.
- d) Alprazolam.
- e) Lorazepam.

68. El antidepresivo de primera elección en el tratamiento del duelo es:

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

69. ¿Cuál de las siguientes etapas no forma parte de las fases del duelo?

- a) Fase de impacto.
- b) Fase de depresión.
- c) Fase de repliegue.
- d) Fase de recuperación.
- e) La B y la C.

70. En nuestro entorno cultural la duración normal del duelo es de aproximadamente:

- a) 1 año.
- b) 6 meses.
- c) 3 meses.
- d) 2 años.
- e) 9 meses.

SUEÑO Y ANSIEDAD

71. La vigilia se caracteriza por todo lo siguiente, excepto:

- a) Movimientos oculares lentos.
- b) Tono muscular elevado.
- c) Actividad eléctrica predominante beta (entre 12 y 32 Hz).
- d) A y B son ciertas.
- e) B y C son ciertas.

72. El sueño inducido por benzodiazepinas se caracteriza por:

- a) Reducción de la latencia de sueño.
- b) Reducción del número de despertares nocturnos.
- c) Reducción de la vigilia.
- d) Aumento de la calidad subjetiva de sueño.
- e) Todo lo anterior es cierto.

73. Es falso respecto a los terrores nocturnos que:

- a) Comienza entre los 4 y los 12 años.
- b) Afecta preferentemente a mujeres.
- c) Se acompaña de una sensación intensa de miedo.
- d) Parece existir una predisposición genética.
- e) No suele precisar más tratamiento que el tranquilizar a los padres.

74. Los miedos nocturnos se caracterizan por:

- a) Ansiedad previa al acostarse.
- b) Existe un miedo común: la oscuridad.
- c) Su frecuencia más elevada es entre los 9 y los 11 años.
- d) La prevalencia es mayor en niñas.
- e) Todo lo anterior es cierto.

75. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa respecto a las características del sueño en el trastorno por angustia?

- a) La latencia del sueño está disminuida.
- b) La eficacia del sueño es menor.
- c) El tiempo total del sueño está disminuido.
- d) A y C son falsas.
- e) A y B son falsas.

76. ¿En cuál de los siguientes trastornos la latencia del sueño está aumentada?

- a) Ansiedad generalizada.
- b) T. obsesivo compulsivo.
- c) T. por estrés postraumático.
- d) T. por angustia.
- e) En todos los anteriores.

77. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?

- a) Es raro que en las fobias simples del adulto se produzcan trastornos del sueño.
- b) Del 60 al 90% de los pacientes que sufren trastornos de ansiedad generalizada presentan mala calidad del sueño.
- c) El sueño de los pacientes ansiosos se caracteriza por un aumento de la latencia del sueño.
- d) Las diferencias entre el sueño de los ansiosos y el de los sujetos normales son poco impactantes.
- e) Todo lo anterior es cierto.

78. El efecto hipnótico de los antidepresivos consiste en:

- a) Aumento del tiempo de sueño total.
- b) Disminución de la latencia de sueño.
- c) Disminución del número de despertares nocturnos.
- d) Disminución de la duración de los despertares nocturnos.
- e) Todo lo anterior es cierto.

79. ¿Cuál de las siguientes benzodiazepinas hipnóticas tiene una acción breve?

- a) Zolpidem.
- b) Zopiclona.
- c) Flurazepan.
- d) Flunitrazepam.
- e) A y B son ciertas.

80. Las benzodiazepinas con respecto al sueño producen:

- a) Una alteración de la arquitectura del sueño.
- b) Una mejoría de la calidad subjetiva del sueño.
- c) Disminución de las fases 3 y 4 del sueño.
- d) Disminución del sueño paradójico.
- e) Todo lo anterior es cierto.

FARMACOLOGÍA SISTEMÁTICA DE LOS ANTIDEPRESIVOS INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN NEURONAL DE SEROTONINA.

81. Es falso respecto a los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina que:

- a) Tienen una eficacia clínica similar a la de los derivados tricíclicos.
- b) No modifica el estado de ánimo en sujetos sanos.
- c) Tienen un período de latencia de 2-3 semanas.
- d) A dosis terapéuticas tienen efectos anticolinérgicos.
- e) El fármaco más potente del grupo es la paroxetina.

82. Uno de los efectos no deseados de los fármacos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina es:

- a) Acatisia.
- b) Anorgasmia.
- c) Agitación.
- d) Todo lo anterior.
- e) A y C.

83. Los antidepresivos tricíclicos se caracterizan por sus propiedades bloqueantes de los receptores:

- a) Adrenérgicos.
- b) Histaminérgicos.
- c) Colinérgicos.
- d) A y B.
- e) Todas son correctas.

84. Existen fármacos inhibidores selectivos de la recaptación neuronal de serotonina para el tratamiento de:

- a) Depresión.
- b) Ataques de pánico.
- c) Dependencia alcohólica.
- d) Desórdenes obsesivo compulsivos.
- e) Todo lo anterior es cierto.

85. A diferencia de los tricíclicos, los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina:

- a) Son bastante seguros en caso de sobredosis.
- b) Se han descrito escasísimos casos mortales.
- c) Carecen de cardiotoxicidad.
- d) Carecen de efectos anticolinérgicos.
- e) Todo lo anterior es cierto.

86. ¿En cuál de los siguientes trastornos la eficacia de los antidepresivos tricíclicos es superior a los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina?

- a) Úlcera péptica.
- b) Enuresis nocturna.
- c) Fatiga crónica.
- d) Colon irritable.
- e) En todos los anteriores.

87. El síndrome serotoninérgico se caracteriza por:

- a) Inquietud
- b) Acatisia.
- c) Sudoración.
- d) Hiperreflexia.
- e) Todo lo anterior.

88. ¿Cuál de los siguientes fármacos antidepresivos debe darse preferentemente por la noche?

- a) Sertralina.
- b) Fluoxetina.
- c) Fluvoxamina.
- d) Paroxetina.
- e) A y C.

89. Los Inhibidores selectivos de la recaptación neuronal de serotonina presentan peligrosas interacciones con:

- a) IMAOS.
- b) Neurolépticos.
- c) Litio.
- d) Antidepresivos tricíclicos.
- e) Con todos los anteriores.

90. ¿Cuál de los siguientes inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina no inhibe isoenzimas del citocromo P450?

- a) Fluoxetina.
- b) Paroxetina.
- c) Sertralina.
- d) Fluxovamina.
- e) Citalopzam.

NOMBRE: _____
CENTRO DE TRABAJO: _____
DIRECCIÓN: _____ PROVINCIA: _____
TELÉFONO DE CONTACTO: _____

HOJA DE RESPUESTAS

CAPÍTULO 1:

Epidemiología, concepto, clasificación y evaluación clínica de los trastornos de ansiedad.

1- 2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10-

CAPÍTULO 2:

Fundamentos neurobiológicos de las emociones.

11- 12- 13- 14- 15- 16- 17- 18- 19- 20-

CAPÍTULO 3:

Ansiedad y trastornos de personalidad.

21- 22- 23- 24- 25- 26- 27- 28- 29- 30-

CAPÍTULO 4:

Trastorno por angustia y trastorno por ansiedad generalizada.

31- 32- 33- 34- 35- 36- 37- 38- 39- 40-

CAPÍTULO 5:

Trastorno obsesivo compulsivo.

41- 42- 43- 44- 45- 46- 47- 48- 49- 50-

CAPÍTULO 6:

El trastorno mixto ansiedad-depresión. Su abordaje y tratamiento por el médico de Atención Primaria.

51- 52- 53- 54- 55- 56- 57- 58- 59- 60-

CAPÍTULO 7:

Reacción de duelo.

61- 62- 63- 64- 65- 66- 67- 68- 69- 70-

CAPÍTULO 8:

Sueño y ansiedad.

71- 72- 73- 74- 75- 76- 77- 78- 79- 80-

CAPÍTULO 9:

Farmacología sistemática de los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación neuronal de serotonina.

81- 82- 83- 84- 85- 86- 87- 88- 89- 90-

Nota: Las preguntas están ordenadas por capítulos correlativamente. Poner al lado del número correspondiente a cada pregunta, en la casilla, la letra que indique la respuesta correcta.

Entregar esta página al delegado de PHARESDE/FAES o enviar a: Curso "Trastornos de Ansiedad en AP". Apartado de Correos 14.072, 28080 - MADRID. Antes del 30 de Septiembre del 2000.