Osakidetza



FACULTATIVO/A ESPECIALISTA TÉCNICO/A PSICÓLOGO/A CLÍNICO/A

PREGUNTAS

1. **Entre las habilidades terapéuticas se encuentra la paráfrasis, cuyo objetivo principal es:**

   a) Resumir lo que ha comunicado no verbalmente a la persona paciente.
   b) Preguntar para resolver dudas.
   c) Asegurar a la persona paciente que ha sido correctamente escuchado.
   d) Evocar las emociones de la persona paciente.

2. **Cuando le dices a una persona paciente que te estas sintiendo incómodo/a ya que durante las últimas sesiones ha llegado tarde a las citas, estas aplicando una técnica:**

   a) Inmediatez.
   b) Autorrevelación.
   c) Reflejo.
   d) Encuadre.

3. **Señale cuál de las siguientes NO se incluye entre las intervenciones facilitadoras en la entrevista clínica.**

   a) Un buen uso del silencio.
   b) Hacer resúmenes de lo que la persona paciente relata.
   c) Reconocer la emoción de la persona paciente.
   d) Utilizar la ironía.

4. **Señale cuál de las siguientes intervenciones conviene evitar en la entrevista clínica por resultar negativa respecto al objetivo de la misma.**

   a) Las preguntas abiertas.
   b) Las preguntas “por qué”, sobre los motivos o causas de su conducta.
   c) Las intervenciones de refuerzo, como “ajá”, “cuénteme más”.
   d) Pedir aclaraciones.

5. **De las siguientes entrevistas estructuradas, ¿cuál requiere el menor tiempo de administración?**

   a) ADIS.
   b) CIDI.
   c) SCID.
   d) MIN



6. **En muchos casos, es apropiado que la persona entrevistadora pregunte directamente sobre los antecedentes culturales para estar más informado sobre la perspectiva del/de la cliente. Los/Las clientes pueden ser una fuente esclarecedora de información sobre sus propios antecedentes culturales; sin embargo (señala la opción INCORRECTA):**

   a) El/La entrevistador/a no debe apoyarse demasiado en esta información.
   b) El propósito de la entrevista, en parte, es que el/la cliente eduque a la persona entrevistadora.
   c) Las personas entrevistadoras deben buscar otras fuentes de información sobre culturas específicas (escrita, experiencial o de otro tipo).
   d) La persona entrevistadora debe aumentar su conciencia cultural.

7. **En relación con las técnicas de intervención verbal directivas y no directivas en la entrevista clínica, señale la opción correcta.**

   a) Las técnicas directivas parten del marco de referencia del/ de la cliente y deben emplearse desde el inicio de la entrevista.
   b) Las técnicas directivas se caracterizan por una influencia directa de la persona entrevistadora y conviene no utilizarlas hasta haber establecido el rapport.
   c) Las técnicas no directivas se emplean fundamentalmente en entrevistas terapéuticas y motivacionales.
   d) Todas las técnicas directivas son propias exclusivamente de la entrevista diagnóstica.

8. **¿Qué técnica de escucha activa se caracteriza por repetir el contenido cognitivo del mensaje de la persona paciente con palabras de la persona entrevistadora, sin alterar su significado?**

   a) Reflejo
   b) Resumen.
   c) Clarificación
   d) Paráfrasis.

9. **En la entrevista clínica, la recomendación de evitar, en la medida de lo posible, las preguntas disyuntivas se debe a que:**

   a) Dificultan la obtención de información concreta sobre los síntomas.
   b) Limitan la exploración del discurso de la persona paciente.
   c) Impiden el establecimiento de criterios diagnósticos fiables.
   d) Son incompatibles con la técnica del embudo**.**

10. **Señale cuál de los siguientes objetivos forma parte de la entrevista.**

    a) Los objetivos de la entrevista se centran en obtener y recoger información, sin necesidad de analizar los datos recogidos.
    b) Los objetivos de la entrevista son el establecimiento de la relación terapéutica, análisis de la demanda, desarrollo de hipótesis, recogida de información y análisis de los datos.

c) Cada uno de los tres objetivos de la entrevista están claramente diferenciados y tiene sus momentos sin alternarse continuamente durante el proceso de entrevista.
d) El único objetivo de la entrevista es establecer el rapport con la persona paciente.

11. Durante la fase inicial de la entrevista conviene.

a) Darle mucho tiempo para establecer un buen rapport y así la persona paciente pueda expresarse libremente en la fase final.
b) Comenzar con alguna pregunta intrascendente o comentario social que no suponga ninguna dificultad a la persona y ayude a reducir la tensión.
c) Hay que recoger información para identificar el problema.
d) Que las preguntas del/ de la terapeuta sean abiertas para que la persona paciente hable de forma fluida.

12. Para realizar un screening rápido de funciones neuropsicológicas, tanto en personas adultas como en niños/as mayores de 3 años, ¿qué instrumento sería el más adecuado?

a) Test visomotor de Bender.
b) El test de Kaufman.
c) El test de Raven.
d) El test de clasificación de tarjetas de Wisconsin.

13. Con respecto al modelo cognitivo de confabulación espontanea ¿cuál de las siguientes explicaciones es la CORRECTA?

a) Se produce debido a un déficit en la codificación y monitorización de la información.
b) El problema se encuentra en la codificación de la información y por ello luego no se recupera de forma adecuada.
c) La confabulación se deriva de un problema en la conciencia de tal forma que algo imaginado se percibe como vivido.
d) Son el resultado de una disfunción en el cerebro retrospectivo por lo que el sistema de memoria nos permite recordar y reproducir acontecimientos pasado.

14. En relación con la confabulación en neuropsicología, señale la opción correcta.

a) Se relaciona con alteraciones de la memoria, especialmente en síndromes amnésicos, y no existe conciencia del error.
b) Es un fenómeno caracterizado por la invención consciente de recuerdos con intención de engañar.
c) Constituye una alteración primaria de la memoria remota.
d) Se explica únicamente por déficits atencionales.

15. Señale cuál de las siguientes afirmaciones es correcta en relación a la anamnesis y examen del estado mental.

a) El examen del estado mental se apoya fundamentalmente en lo que la persona paciente te cuenta acerca de la historia del problema.

b) La anamnesis constituye una evaluación transversal centrada en el funcionamiento psicológico en el momento actual.
c) El examen del estado mental debe basarse en la evaluación psicopatológica actual, evitando contaminarse con la información histórica del problema.
d) La diferencia entre anamnesis y exploración psicopatológica radica únicamente en que la primera recoge información objetiva y la segunda información subjetiva.

16. Señale cuál de las siguientes afirmaciones es correcta respecto a la interferencia del problema en la evaluación clínica.

a) La interferencia se refiere a cómo interfiere el mundo interno del/de la terapeuta en el problema de la persona paciente.
b) La interferencia se valora únicamente cuando existen consecuencias laborales o académicas.
c) La interferencia hace referencia a las consecuencias del problema en el funcionamiento diario de la persona paciente en distintos ámbitos de su vida.
d) La interferencia y la sintomatología constituyen conceptos equivalentes en la evaluación clínica.

17. ¿Qué es psicopatograma?

a) Es un análisis del estado mental de la persona en el momento de evaluación.
b) Es un registro sistemático de la evolución histórica de los síntomas psicopatológicos de la persona paciente a lo largo de su vida
c) Constituye un instrumento diagnóstico que permite establecer de forma definitiva la presencia de un trastorno mental concreto.
d) Es un gráfico que permite comparar la presencia de síntomas psicopatológicos a lo largo del tiempo para valorar la evolución del trastorno.

18. ¿En qué consiste la subprueba Clave de números del Test de Inteligencia de Wechsler (WAIS IV)?

a) Consiste en copiar, lo más rápido posible, el símbolo que corresponde a cada número según una clave previamente establecida.
b) Consiste en analizar una serie de símbolos y determinar si alguno de ellos aparece en la línea.
c) Consiste en realizar operaciones de aritmética en función de las claves numéricas.
d) Consiste en memorizar una serie de números y reproducirlos en función de la clave: directo, indirecto, orden.

19. Señale cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA respecto a las características generales de los tests de inteligencia de Wechsler.

a) Los tests de Wechsler disponen de amplias muestras normativas cuidadosamente recogidas y representativas de la población.
b) Las puntuaciones de CI en los tests de Wechsler presentan una media de 100 y una desviación típica de 15.
c) Las puntuaciones típicas de las subpruebas tienen una media de 10 y una desviación

típica de 3.

d) La interpretación de los resultados comienza por el análisis detallado de cada subprueba antes de considerar el CI total.

20. ¿Cuál es la desventaja del Instrumento UNIT-2 frente al WAIS IV?

a) El UNIT-2 está más influenciado por la cultura y el lenguaje que el WAIS-IV.
b) El UNIT-2 evalúa menos habilidades cognitivas que el WAIS-IV.
c) El UNIT-2 presenta mejores propiedades psicométricas que el WAIS-IV.
d) El UNIT-2 es aplicable a un rango de edad más amplio que el WAIS-IV.

21. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones justifica correctamente la evaluación del rendimiento en el contexto de la evaluación psicológica clínica?

a) El rendimiento permite estimar la capacidad cognitiva general de la persona.
b) El rendimiento evalúa lo que la persona puede llegar a aprender en condiciones óptimas de estimulación.
c) El rendimiento refleja lo que la persona ha aprendido y logrado, especialmente en áreas académicas, y permite valorar su adecuación respecto a lo esperado para su edad o nivel educativo.
d) La evaluación del rendimiento sustituye a la evaluación de la inteligencia cuando se sospechan dificultades de aprendizaje.

22. ¿Qué áreas mide el test Individual de rendimiento de Wechsler (WIAT-III)?

a) Lectura, matemáticas, lenguaje escrito y lenguaje oral.
b) Matemáticas, inglés y lectura oral.
c) Lenguaje escrito, comprensión lectora y matemáticas.
d) Memoria, Lenguaje escrito, matemáticas y lectura.

23. Señale cuál de las siguientes afirmaciones es correcta respecto a las diferencias entre la Batería Neuropsicológica de Halstead-Reitan (HRB), la Batería Neuropsicológica Luria-Nebraska (LNNB) y la NEPSY-II.

a) La HRB y la LNNB están diseñadas para población infantil.
b) La LNNB se diferencia de la HRB por su mayor énfasis en datos cualitativos obtenidos a partir de la observación clínica.
c) La NEPSY-II evalúa un rango más amplio de habilidades que la HRB y la LNNB en población adulta.
d) La HRB se caracteriza por una menor evidencia de fiabilidad y validez que la LNNB.

24. Señale cuál de las siguientes afirmaciones es correcta respecto a la Wechsler Memory Scale (WMS-IV).

a) Está diseñada principalmente para población infantil y adolescente.
b) Evalúa la memoria verbal a largo plazo mediante tareas de recuerdo inmediato y demorado.

c) Evalúa memoria visual y auditiva, así como recuerdo inmediato y demorado, en población adulta.
d) Es una batería de cribado breve orientada a la detección rápida de problemas de memoria en demencias.

25. Señale cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA respecto a los criterios y limitaciones de la evaluación basada en la evidencia.

a) La fiabilidad test-retest puede expresarse mediante coeficientes de correlación cuantificables.
b) Los criterios para determinar niveles de evidencia incluyen tanto datos objetivos como decisiones parcialmente subjetivas.
c) La selección de instrumentos debe tener en cuenta variables de diversidad como edad, género y etnia.
d) La evaluación basada en la evidencia elimina la necesidad del juicio clínico en el proceso de evaluación.

26. ¿Cuáles son los cambios que ofrece el MMPI-2-RF con respecto al MMPI-2?

a) Tiene menos ítems y más escalas ya que introduce nuevas escalas.
b) Las escalas clínicas están reestructuradas, son más homogéneas y con menos solapamientos entre ellas.
c) Este test intenta solventar los problemas del anterior incluyendo escalas para detectar mentiras.
d) Es el mismo test, pero validado con personas mayores.

27. ¿Para qué finalidad está especialmente indicado el Millon Clinical Multiaxial Inventory-IV (MCMI-IV)?

a) Evaluar rasgos normales de personalidad según el modelo de los Cinco Grandes.
b) Explorar trastornos de la personalidad según el DSM.
c) Valorar la presencia de síndromes clínicos y trastornos de personalidad a partir de un modelo dimensional de rasgos normales.
d) Evalúa rasgos normales de personalidad con un modelo propio.

28. Ante una persona adulta con sospecha de trastorno límite de la personalidad, ¿qué instrumento resulta más adecuado según su diseño y finalidad?

a) NEO-PI-3.
b) PAI.
c) MCMI-IV.
d) WAIS-IV.

29. ¿Qué característica define de forma más precisa el Sistema Comprensivo de Exner en la interpretación del Test de Rorschach?

a) Se codifica cada respuesta atendiendo tanto al contenido como al proceso perceptivo



implicado.

b) La interpretación se basa principalmente en el contenido simbólico de las respuestas de la persona.
c) El sistema prioriza la intuición clínica de la persona evaluadora frente a normas estandarizadas.
d) La interpretación se centra exclusivamente en la frecuencia de respuestas patológicas.

30. ¿Qué pruebas se pueden usar para medir la atención?

a) Stroop y clave de números (WAIS).
b) Minimental y Figura compleja de Rey.
c) Búsqueda de Simbolos (WAIS) y IGT.
d) Test de Token y Test d2.

31. En relación con las críticas y defensas de los tests proyectivos de personalidad, señale la opción que mejor recoge el debate actual.

a) Los tests proyectivos han sido abandonados por completo debido a su falta de fiabilidad y validez.
b) Existe consenso en que los tests proyectivos son superiores a los tests objetivos por ser menos manipulables.
c) Aunque su uso ha disminuido y son criticados por su carácter inferencial, algunos tests proyectivos siguen utilizándose y cuentan con defensores que destacan ventajas.
d) Los tests proyectivos se consideran actualmente instrumentos estandarizados con interpretación objetiva.

32. Respecto al criterio subjetivo en psicopatología. Señala la respueta CORRECTA:

a) Las personas que manifiestan quejas de infelicidad o angustia personal presentarán una psicopatología diagnosticable.
b) No siempre los síntomas ni sus consecuencias resultan disonantes con lo que la persona desea (por ejemplo en la anorexia nerviosa o en fases maniformes).
c) Que una persona muestra un auto-reconocimiento del problema es una información prescindible para la psicopatología y su tratamiento.
d) Las tres opciones anteriores; a), b) y c) son correctas.

33. La tendencia a dirigir la atención, selectiva y prioritariamente, hacia el procesamiento de la información material que es relevante para la persona, (señala la respuesta CORRECTA):

a) Se considera un proceso exclusivo de los trastornos psicóticos (especialmente la Esquizofrenia) con un papel causal y de mantenimiento.
b) Se considera un proceso transdiagnóstico con un papel causal en el desarrollo y mantenimiento de diversos trastornos mentales.
c) Se considera un proceso transdiagnósico con un papel causal en el desarrollo y mantenimiento únicamente en los trastornos de ansiedad y trastornos afectivos.
d) a), b) y c) son INCORRECTAS.

34. ¿Cuál de los siguientes fenómenos NO se clasifica dentro de los trastornos formales del pensamiento?

a) Perseveración.
b) Delirios
c) Descarrilamiento.
d) Pararrespuestas.

35. ¿Qué fenómeno se conoce como "gradiente temporal"?

a) Es habitual en las demencias y describe la pérdida de información progresiva empezando por lo más reciente. (predice por describe)
b) La amnesia anterógrada o de fijación, que se refiere a la dificultad para hacer nuevos aprendizajes.
c) Los fenómenos de confabulación habituales en las pérdidas graves de memoria.
d) El patrón de ejecución de los tests de memoria habitual en las pseudodemencias.

36. Las experiencias recurrentes de estar fuera del propio cuerpo o de los propios procesos mentales, pero manteniendo intacto el contacto con la realidad, es propia del siguiente trastorno (señale la opción verdadera)

a) Fuga disociativa.
b) Trastorno de despersonalización.
c) Trastorno disociativo de identidad.
d) Otros trastornos disociativos.

37. ¿Cómo se denominan los fenómenos alucinatorios en una modalidad sensorial, que están determinados por estímulos que inciden sobre un sentido diferente al que resulta alterado?

a) Alucinaciones autoscópicas.
b) Sinestesias.
c) Alucinaciones reflejas.
d) Alucinaciones extracampales.

38. Señale cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA respecto a las alteraciones atencionales descritas.

a) La hipoprosexia implica una disminución de la capacidad para mantener la atención de forma persistente.
b) La distraibilidad se manifiesta como inestabilidad atencional y dificultad para mantener el foco.
c) La negligencia atencional puede acompañarse de acinesia y negligencia hemispatial.
d) La aprosexia describe una ausencia total de atención derivada siempre de alteraciones orgánicas del nivel de conciencia.

39. ¿Qué alteración de la atención se caracteriza por la falta de interés por los acontecimientos del entorno, siendo ineficaces estímulos que normalmente resultarían relevantes, y puede observarse en síndromes orgánico-cerebrales o en algunos subtipos de esquizofrenia?

a) Distraibilidad.
b) Apatía atencional.
c) Hiperprosexia.
d) Inhibición atencional.

40. ¿Cómo se llama a buscar formas o caras en el perfil de una roca?

a) Metamorfopsias.
b) Pseudopercepciones.
c) Imágenes parásitas.
d) Pareidolias.

41. ¿Cuáles son las diferencias entre pseudopercepciones y alucinaciones?

a) En las alucinaciones no se atribuye a fuerzas exteriores mientras que en la pseudopercepción sí.
b) El nivel de vigilia en la alucinación es bajo mientras que en la pseudopercepción es normal.
c) El impacto emocional e interferencia en la vida cotidiana de las pseudopercepciones es escasa o nula mientras que en las alucinaciones es muy alta.
d) En las alucinaciones no hay creencias disfuncionales asociadas mientras que en las pseudopercepciones sí.

42. ¿En qué patologías es más frecuente encontrar alucinaciones auditivas?

a) Consumo de sustancias.
b) Alucinosis alcohólica.
c) Delirium.
d) Trastorno límite de personalidad**.**

43. "¿Alguna vez has tenido la sensación o has pensado que las demás personas te espiaban?". Esta pregunta tiene como objeto explorar (señala la respuesta CORRECTA):

a) El modo en que transcurre el pensamiento, su curso.
b) La presencia de las alteraciones del contenido del pensamiento al igual que la pregunta; "¿Alguna vez has pensado en hacerte daño?"
c) La presencia de las alteraciones del contenido del pensamiento.
d) b) y c) son correctas.



44. Señale cuál de los siguientes, NO es un cambio introducido en el dsm 5, respecto al manual de clasificación anterior (DSM-IV).

a) El término "Retraso mental" se sustituye por "Discapacidad intelectual".
b) Aparece el "Trastorno del espectro autista" que abarca tanto el trastorno autista, como el trastorno de asperger y el trastorno generalizado del desarrollo NO especificado.
c) Se introduce una categoría específica de "Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados" en vez de incluir este trastorno obsesivo-compulsivo dentro de los "Trastornos de ansiedad".
d) Se introduce un modelo de clasificación dimensional para los "Trastornos de la personalidad".

45. ¿Qué ventajas se han argumentado a favor de las clasificaciones psicopatológicas modernas?

a) Estas clasificaciones tienen adecuadas propiedades psicométricas.
b) El aportar un sistema con consistencia lógica interna.
c) Contribuye a organizar los datos en conceptos comprensibles y precisos.
d) Su enfoque idiográfico.

46. Señala cuál de las siguientes afirmaciones es incorrecta en relación con las afecciones y problemas que se presentan en el apartado "otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica" del DSM-5:

a) No pueden considerarse trastornos mentales.
b) Pueden afectar al diagnóstico, curso, pronóstico o tratamiento del trastorno mental de una persona paciente.
c) En todo caso deben incluirse en el historial clínico de la persona paciente.
d) Se presentan con sus correspondientes códigos CIE-9-MC (habitualmente códigos V) y CIE-10-MC (habitualmente códigos Z).

47. ¿Cuál de las siguientes críticas NO sería atribuible a las clasificaciones clínicas descriptivas como el DSM-5 o la CIE-10?

a) Los posibles efectos iatrogénicos de algunas etiquetas diagnósticas (como el estigma social o el fomento de actitudes pasivas en la persona paciente).
b) Las deficientes propiedades psicométricas (fiabilidad, validez) de estos sistemas diagnósticos.
c) Sus inconsistencias lógicas, en especial el hecho de que las categorías sean siempre mutuamente excluyentes.
d) El hecho de que los diagnósticos contribuyan a perpetuar el mito de la uniformidad debido al enfoque nomotético que les es propio.

48. Una pérdida de peso cuantificada en 4,5 kg suele ser considerada en Psicopatología como:

a) Un síntoma.
b) Un signo.
c) Un síndrome.
d) Un trastorno.

49. Cuando la validez de una categoría diagnóstica es alta, las personas pacientes pertenecientes a dicha categoría deberían responder de forma similar ante una determinada terapia o tratamiento farmacológico, según el concepto de validez:

a) Validez de contenido.
b) Validez de constructo.
c) Validez de criterio.
d) Validez descriptiva

50. En una clasificación clínica de tipo politético y prototípico como el DSM-5, ¿qué afirmación describe mejor el modo habitual de establecer un diagnóstico?

a) Exige que todas las personas pacientes cumplan exactamente el mismo conjunto de síntomas necesarios y suficientes.
b) Permite que diferentes combinaciones de síntomas conduzcan al mismo diagnóstico, dentro de unos criterios mínimos y un prototipo clínico.
c) Sustituye las categorías diagnósticas por puntuaciones exclusivamente dimensionales.
d) Ordena los trastornos únicamente por su etiología biológica demostrada.

51. Respecto a los cambios estructurales introducidos en el DSM-5, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) Mantiene el sistema multiaxial del DSM-IV-TR, pero cambia el contenido del eje V.
b) Integra los antiguos ejes I, II y III en una documentación diagnóstica no axial.
c) Conserva el eje II únicamente para los trastornos de personalidad.
d) Sustituye todos los diagnósticos categoriales por formulaciones dimensionales obligatorias.

52. En una primera valoración clínica, una paciente cumple criterios parciales de varios cuadros de ansiedad y ánimo. ¿Cuál es la actuación diagnóstica más coherente con las limitaciones de los sistemas categoriales actuales?

a) Forzar un único diagnóstico principal y descartar el resto por principio de exclusividad categorial.
b) Registrar los síndromes clínicamente relevantes, valorar comorbilidad y formular funcionalmente el caso.
c) Evitar cualquier diagnóstico categorial hasta disponer de una explicación etiológica

completa.

d) Sustituir la entrevista clínica por una medida dimensional de síntomas para evitar solapamientos.

53. Respecto a la clasificación de los trastornos de la personalidad en el DMS-5, señale cuál de las siguientes afirmaciones es cierta.

a) Para el diagnóstico se debe considerar la etnia y el origen cultural y social de la persona.
b) El trastorno límite de la personalidad se incluye en la categoría de trastornos afectivos.
c) Se incluye el trastorno de personalidad masoquista.
d) Es necesario que los síntomas estén presentes durante los dos últimos años.

54. ¿Cuál de las siguientes características es esencial para el diagnóstico del trastorno de personalidad por evitación?

a) Perfeccionismo.
b) Inestabilidad en el estado de ánimo, autoimagen e identidad.
c) Desconfianza excesiva.
d) Hipersensibilidad al rechazo.

55. Desde un punto de vista dimensional, los trastornos de personalidad recogidos en el DSM-5 pueden representarse adecuadamente mediante:

a) Los factores definidos por Eysenck.
b) El modelo de los 5 grandes de McCrae y Costa.
c) El modelo explicativo de Millon.
d) El modelo de los 16 factores de Cattell.

56. Señala un tipo de trastorno que ha permanecido constante en todas las versiones del DSM:

a) Esquizotípico.
b) Depresivo.
c) Esquizoide.
d) Disocial.

57. De entre los siguientes criterios y de acuerdo al DSM-5 ¿cuál constituye una manifestación del trastorno de la personalidad esquizotípica?

a) Muestra poco o ningún interés en tener experiencias sexuales con otras personas.
b) Se muestra indiferente a las alabanzas o a las críticas de las demás personas.
c) Suspicacia o ideas paranoides.
d) Se muestra excepcionalmente frío, con desapego o con afectividad plana.

58. ¿Cuál de las siguientes características es esencial para el diagnóstico del trastorno de personalidad por evitación?

a) Perfeccionismo.
b) Inestabilidad en el estado de ánimo, autoimagen e identidad.
c) Desconfianza excesiva.
d) Hipersensibilidad al rechazo.

59. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe el trastorno de personalidad obsesivo compulsiva en relación con el trastorno obsesivo compulsivo (TOC)?

a) El trastorno de personalidad obsesivo compulsivo se caracteriza por pensamientos intrusivos, o conductas repetitivas en respuesta a estas intrusiones pero más graves que en el TOC.
b) El trastorno de personalidad obsesivo compulsiva implica un patrón persistente de perfeccionismo excesivo y control rígido, sin la presencia de obsesiones y compulsiones típicas del TOC.
c) Ambos trastornos son excluyentes, si hay un diagnóstico de trastorno de personalidad obsesivo compulsiva no se puede diagnósticar de TOC.
d) El TOC y el trastorno de personalidad obsesivo compulsiva son variantes clínicas del mismo trastorno.

60. ¿Qué afirmación describe el diagnóstico diferencial (según DSM 5) entre el trastorno explosivo intermitente y en los trastornos de la personalidad antisocial?

a) La agresividad impulsiva es más intensa en el trastorno de la personalidad antisocial que en el trastorno explosivo intermitente.
b) La agresividad impulsiva es similar en intensidad en el trastorno explosivo intermitente y en los trastornos de la personalidad antisocial.
c) La agresividad impulsiva es más intensa en el trastorno explosivo intermitente que en los trastornos de la personalidad antisocial.
d) Los trastornos de la personalidad antisocial no se asocian a arrebatos agresivos impulsivos, sino que están bien pensandos.

61. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe la clasificación en clusters de los trastornos de la personalidad y sus principales limitaciones según el texto?

a) Los trastornos del grupo A se caracterizan por ansiedad y temor, y su clasificación ha sido validada de forma consistente.
b) Los trastornos del grupo B incluyen los trastornos evitativo, dependiente y obsesivo compulsivo, y presentan una baja comorbilidad entre grupos.
c) La clasificación en clusters A, B y C se basa en similitudes descriptivas, es útil con fines docentes e investigadores, pero presenta limitaciones y carece de validación consistente.
d) Los modelos categoriales han sido sustituidos definitivamente por modelos dimensionales en los manuales diagnósticos.



62. ¿Cuál de los siguientes criterios (según DSM 5) forma parte del criterio A para el diagnóstico del trastorno de la personalidad paranoide?

a) Presencia persistente de alucinaciones auditivas sin conciencia de enfermedad.
b) Lectura encubierta de significados amenazadores en comentarios sin malicia.
c) Episodios prolongados de delirios sistematizados de tipo persecutorio.
d) Pensamiento mágico y experiencias perceptivas inusuales.

63. ¿Qué aspecto debe tener en cuenta el personal clínico para evitar un diagnóstico erróneo (según DSM 5) del trastorno de la personalidad límite en presencia de un trastorno depresivo o bipolar?

a) La intensidad de los síntomas afectivos en el momento actual.
b) La presencia de conductas impulsivas durante el episodio actual.
c) La existencia de un patrón de comportamiento de inicio en la adolescencia o juventud y curso persistente, más allá de los episodios afectivos.
d) El número de episodios depresivos o maníacos.

64. ¿Cuál es la característica del trastorno de la personalidad dependiente según los criterios diagnósticos DSM 5?

a) Un patrón persistente de inhibición social, sentimientos de ineptitud e hipersensibilidad a la crítica, con evitación de relaciones interpersonales.
b) Una necesidad dominante y excesiva de que le cuiden, con comportamiento sumiso, apego exagerado y miedo a la separación.
c) Una búsqueda constante de atención mediante conductas dramáticas y exageradas.
d) Un patrón de impulsividad, inestabilidad afectiva y temor intenso al abandono con relaciones caóticas.

65. La aprehensión, como preocupación persistente por acontecimientos futuros de la vida cotidiana, según la CIE-11 ¿De cuál de los siguientes trastornos es característica?

a) Trastorno de pánico.
b) Trastorno de ansiedad generalizada.
c) Trastorno obsesivo-compulsivo.
d) Trastorno mixto ansioso-depresivo.

66. ¿Cuál de los siguientes trastornos no se incluye entre los trastornos de ansiedad en la CIE-10?

a) Trastorno de pánico.
b) Trastorno de ansiedad generalizada.
c) Trastorno de ansiedad por separación.
d) Trastorno mixto ansioso-depresivo.

67. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones relacionadas con los trastornos de ansiedad es correcta?

a) Se reconoce que el trastorno de ansiedad por separación puede darse en la edad adulta, y en este caso normalmente dura seis meses o más.
b) Los ataques de pánico del tipo esperado que suceden como un síntoma de otros trastornos de ansiedad cumplen los criterios del trastorno de pánico.
c) La afectividad negativa (neuroticismo) o la inhibición conductual son factores de riesgo temperamentales para la fobia específica, no así para otros trastornos de ansiedad.
d) Para el diagnóstico de una fobia específica, es la propia persona quien debe valorar si la reacción de miedo y ansiedad es desproporcionada o no.

68. ¿Cuándo debe ser diagnosticado el trastorno mixto de ansiedad y depresión?

a) Cuando existen simultáneamente un trastorno de ansiedad y un trastorno depresivo.
b) Cuando existen tanto síntomas de ansiedad como de depresión, pero sin intensidad suficiente para justificar un diagnóstico por separado.
c) Siempre que existen síntomas depresivos en un trastorno de ansiedad.
d) Cuando se cumplen los criterios diagnósticos para justificar tanto un trastorno de ansiedad como un trastorno de depresión.

69. Entre los modelos del aprendizaje tradicionales que explican el mantenimiento de los trastornos de ansiedad se encuentran el modelo de los dos factores y el de la incubación. El modelo de la incubación intenta explicar el mantenimiento en términos de estímulo incondicionado (EI), estímulo condicionado (EC), respuesta condicionada (RC) y extinción, señalando que es más probable que se produzca incubación si:

a) Las diferencias individuales favorecen que la sola presentación del EC produzca una fuerte RC y una escasa extinción.
b) Las exposiciones cortas posteriores sólo al EC generan RCs menos intensas y menos desagradables.
c) Un EC poco intenso produce RC poco intensa.
d) Nunca más se vuelve a presentar el EI.

70. El trastorno depresivo mayor (depresión unipolar) es el trastorno del estado de ánimo más común. Señala la opción correcta:

a) Puede manifestarse como un episodio único o como episodios recurrentes.
b) El curso puede ser de hasta un año en aquellos con la forma de un solo episodio.
c) El pronóstico para la recuperación de un episodio agudo es bueno solamente para una minoría de las personas pacientes.
d) Tres de cada cuatro pacientes experimentan recurrencias a lo largo de la vida, siempre con ausencia de síntomas residuales entre episodios.



71. Según la CIE-11, los trastornos de ansiedad y relacionados con el miedo comparten una característica definitoria común. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones la describe con mayor precisión?

a) Se caracterizan por miedo excesivo ante estímulos específicos, sin que la ansiedad anticipatoria forme parte necesaria del cuadro clínico.
b) El elemento diferenciador clave entre los distintos trastornos de este grupo es la intensidad de los síntomas autonómicos, no el foco de aprehensión.
c) Se caracterizan por miedo y ansiedad excesivos con problemas de comportamiento asociados, siendo el foco de aprehensión específico del trastorno el elemento clave de diferenciación entre ellos.
d) El miedo y la ansiedad son fenómenos equivalentes dentro de este grupo, ya que ambos se refieren a la amenaza anticipada percibida.

72. Según la CIE-11, el trastorno de pánico se diferencia de otros trastornos de ansiedad en que sus ataques de pánico presentan una característica específica. ¿Cuál es?

a) Los ataques de pánico ocurren en respuesta a situaciones temidas o condicionadas al miedo.
b) Los ataques de pánico en el trastorno de pánico son inesperados y recurrentes, no limitados a estímulos o situaciones particulares.
c) Los síntomas del ataque de pánico en el trastorno de pánico remiten rápidamente cuando el estímulo contingente desaparece.
d) Los ataques de pánico en el trastorno de pánico siempre incluyen miedo a la muerte inminente como síntoma nuclear obligatorio.

73. Según criterios CIE-11, el trastorno de ansiedad por separación puede diagnosticarse tanto en niños/as como en personas adultas. ¿Cuál es la diferencia principal entre ambas poblaciones?

a) En personas adultas el trastorno de ansiedad por separación se codifica como trastorno de ansiedad generalizada con preocupación centrada en una relación significativa.
b) En el caso de las personas adultas, la CIE-11 excluye a las parejas amorosas como referencia válida para este diagnóstico.
c) Tanto en niños/as como en personas adultas la figura de apego suele referirse a los/las progenitores o cuidadores/as referentes, independientemente de la edad.
d) En niños/as las figuras de apego son normalmente los/las padres/madres, cuidadores/as u otras personas miembros de la familia, mientras que en personas adultas suelen ser las parejas amorosas o los/las hijos/as.

74. Según el modelo transdiagnóstico de Barlow (1988, 2002), ¿cuál de las siguientes combinaciones describe mejor los procesos psicológicos nucleares implicados en los trastornos de ansiedad?

a) Disminución del afecto negativo, aumento de la extroversión y reducción de la vigilancia autónoma.
b) Atención autofocalizada, percepción de incontrolabilidad/impredecibilidad y



conductas impulsadas por la emoción.
c) Hipoactivación cortical, evitación experiencial y pensamiento mágico.
d) Sensibilidad interoceptiva, reforzamiento positivo y memoria episódica alterada.

75. Desde el enfoque transdiagnóstico de los trastornos emocionales, ¿cuál de los siguientes procesos se considera común a trastornos de ansiedad, depresión y somatización?

a) La presencia de alteraciones formales del pensamiento como mecanismo compartido de desorganización cognitiva.
b) Los sesgos atencionales dirigidos hacia estímulos internos o externos percibidos como relevantes o amenazantes.
c) La disminución global de la activación ante estímulos emocionalmente significativos.
d) La aparición de déficits episódicos como consecuencia directa del malestar emocional sostenido.

76. ¿Cuándo debe usarse la categoría diagnóstica de trastorno mixto ansioso-depresivo?

a) Cuando existen simultáneamente un trastorno de ansiedad y uno depresivo.
b) Cuando existan síntomas de ansiedad y de depresión, pero sin intensidad suficiente para justificar un diagnóstico por separado.
c) Siempre que existan síntomas depresivos en un trastorno de ansiedad.
d) Cuando el cuadro sea reactivo a un estresor.

77. ¿Cuál de los siguientes factores no puede considerarse predictor de que el curso clínico de un trastorno vaya a ser bipolar?

a) Un comienzo temprano del trastorno (anterior a los 25 años).
b) Aparición insidiosa del episodio depresivo.
c) Respuesta hipomaníaca al tratamiento farmacológico antidepresivo en las primeras cuatro semanas desde su inicio.
d) Presentar características psicóticas asociadas.

78. Según la CIE-10, a una persona paciente que está actualmente hipomaníaca y ha padecido, al menos, otro episodio afectivo en el pasado (hipomaníaco, maníaco, depresivo o mixto), le corresponde un diagnóstico de:

a) Trastorno afectivo bipolar, episodio actual hipomaníaco.
b) Episodio maníaco único en un trastorno bipolar.
c) Hipomanía sin síntomas psicóticos.
d) Trastorno afectivo bipolar no especificado.

79. Para diagnosticar un episodio depresivo mayor según el DSM-5, deben haber estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas cinco o más síntomas. ¿Qué síntomas deben ser incluidos necesariamente?

a) Pérdida de interés o de placer.
b) Ideas recurrentes de muerte o suicidio.
c) Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva.
d) Insomnio.

80. Desde el enfoque contextual-funcional-existencial de la conducta suicida, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

a) Aunque el diagnóstico psiquiátrico no explica por sí solo la conducta suicida, sí constituye el principal factor causal que debe orientar la intervención terapéutica.
b) La conducta suicida es fundamentalmente un drama existencial enraizado en las circunstancias vitales de la persona, no un síntoma de enfermedad mental que deba ser "curado".
c) Este enfoque es compatible con el modelo biomédico, ya que ambos reconocen el sufrimiento psicológico como eje central de la intervención.
d) La presencia de un trastorno mental comórbido, especialmente la depresión, explica la mayor parte de los casos de conducta suicida en la práctica clínica.

81. Las teorías psicológicas de la conducta suicida denominadas "teorías de la ideación a la acción" sostienen que:

a) La transición desde la ideación al acto suicida se produce principalmente por un aumento progresivo en la intensidad de la ideación suicida.
b) Los factores de riesgo clásicos, aunque de baja especificidad individual, permiten predecir con suficiente fiabilidad el riesgo de suicidio a nivel poblacional.
c) La transición desde la ideación al acto suicida está guiada por parámetros propios o distintos de los que explican el desarrollo de la ideación.
d) La ideación suicida pasiva y la activa comparten los mismos mecanismos de transición hacia el comportamiento suicida.

82. En relación con la delimitación conceptual de la conducta suicida, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

a) La autolesión no suicida y el intento de suicidio comparten la ausencia de intención de morir, diferenciándose únicamente en la gravedad del daño físico producido.
b) Aunque a nivel teórico la distinción entre conducta suicida y autolesión no suicida es clara, en la práctica clínica adolescente existe alta progresión y solapamiento entre ambas.
c) La conducta suicida sigue invariablemente una trayectoria lineal desde la ideación hasta el intento, lo que permite anticipar el riesgo con suficiente antelación.
d) La ideación suicida solo tiene relevancia clínica cuando adopta una forma activa con plan estructurado, siendo la ideación pasiva un hallazgo inespecífico de escaso valor diagnóstico.



83. En el tratamiento psicológico de la conducta suicida en adolescentes, ¿cuál de las siguientes intervenciones está considerada como el único tratamiento bien establecido, con nivel de evidencia 1++ y grado de recomendación A, según las guías de práctica clínica del Sistema Nacional de Salud?

a) La psicoterapia interpersonal para adolescentes, por su eficacia demostrada en la reducción de la ideación suicida asociada a conflictos interpersonales.
b) La terapia cognitivo-conductual integrada, al ser la intervención con mayor volumen de ensayos controlados aleatorizados en población adolescente.
c) La terapia dialéctico-conductual para adolescentes, que incluye entrenamiento en habilidades de regulación emocional, tolerancia al malestar y eficacia interpersonal.
d) La intervención familiar integrada, dado que el abordaje familiar es el componente común de mayor peso en las intervenciones eficaces para la conducta suicida adolescente.

84. En el abordaje clínico de las crisis suicidas, la intervención breve con MAYOR respaldo empírico es:

a) La evaluación colaborativa y manejo de la suicidalidad (CAMS), por ser la intervención más estudiada en contextos de urgencias y atención primaria.
b) El uso sistemático de "caring contacts", mensajes breves de apoyo emocional enviados tras el alta clínica, por su eficacia demostrada en la reducción de recaídas.
c) El plan de seguridad colaborativo, una intervención que complementa el proceso terapéutico y ha demostrado reducir la ideación suicida a corto plazo e incrementar la seguridad de la persona.
d) La psicoeducación grupal intensiva dirigida a la persona y su red de apoyo, por su impacto en la reducción de factores de riesgo modificables.

85. En el DSM-5, uno de los cambios más relevantes respecto a ediciones anteriores en la organización de los trastornos de ansiedad fue:

a) La incorporación del trastorno de estrés postraumático dentro del capítulo de trastornos de ansiedad, dada su base etiológica común.
b) La supresión de la agorafobia como diagnóstico independiente, al quedar integrada como especificador del trastorno de pánico.
c) La separación del trastorno obsesivo-compulsivo del capítulo de trastornos de ansiedad, constituyendo su propia categoría diagnóstica.
d) La fusión de la fobia social y la ansiedad generalizada en una única categoría de trastornos de ansiedad social.

86. Una de las modificaciones del DSM-5 respecto al DSM-IV en el capítulo de trastornos del estado de ánimo fue:

a) La creación de una categoría unificada de trastornos bipolares y depresivos, dado que comparten mecanismos neurobiológicos comunes.
b) La eliminación de la distimia como diagnóstico independiente, al considerarse una variante subumbral del episodio depresivo mayor.
c) La división del antiguo grupo de trastornos del estado de ánimo en dos categorías separadas: trastornos depresivos y trastornos bipolares y relacionados.

d) La incorporación del duelo como nueva categoría dentro de los trastornos depresivos, independientemente de su duración o intensidad.

87. Respecto a la "exclusión por duelo" en el diagnóstico del episodio depresivo mayor, el DSM-5:

a) Mantuvo la exclusión ampliando el período de duelo a seis meses, dado el riesgo de sobrediagnóstico.
b) Eliminó la exclusión, de modo que ahora puede diagnosticarse un episodio depresivo mayor en personas en duelo si los síntomas superan las expectativas según su historia y cultura.
c) Limitó la exclusión únicamente a los primeros quince días tras la pérdida, distinguiéndola del duelo complicado.
d) Trasladó la exclusión por duelo al apartado de especificadores, sin modificar los criterios diagnósticos del episodio depresivo.

88. Una mujer de 41 años consulta por tristeza intensa, anhedonia, pérdida ponderal, insomnio terminal y sentimientos de culpa desde hace un mes. Refiere además enlentecimiento psicomotor importante y escucha voces acusatorias congruentes con el estado de ánimo. Hace 8 años presentó un episodio de 10 días de duración con aumento marcado de energía, disminución de la necesidad de sueño, verborrea, compras impulsivas y hospitalización psiquiátrica. ¿Cuál es el diagnóstico más probable del episodio actual?

a) Trastorno depresivo recurrente grave con síntomas psicóticos.
b) Trastorno bipolar tipo II, episodio depresivo grave con síntomas atípicos.
c) Trastorno bipolar tipo I, episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.
d) Trastorno esquizoafectivo con perfil depresivo.

89. Respecto a la diferenciación clínica entre episodio hipomaníaco y episodio maníaco, señale la opción CORRECTA:

a) La presencia de síntomas psicóticos puede aparecer en hipomanía, siempre que no exista hospitalización.
b) La hipomanía implica necesariamente deterioro funcional grave.
c) El episodio maníaco se asocia a deterioro funcional marcado, posible hospitalización y eventual presencia de síntomas psicóticos.
d) La duración mínima del episodio maníaco es de 2 semanas, mientras que la hipomanía puede extenderse más allá de 1 mes.

90. Un varón de 29 años presenta desde hace más de dos años períodos fluctuantes de aumento de energía, mayor sociabilidad y menor necesidad de sueño, alternando con fases de apatía, fatiga y desánimo, con impacto funcional y malestar subjetivo, pero sin llegar a cumplir criterios completos de episodio depresivo mayor, maníaco o hipomaníaco. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

a) Trastorno adaptativo mixto ansioso-depresivo.
b) Trastorno ciclotímico.



c) Trastorno depresivo persistente (distimia).
d) Trastorno bipolar tipo II.

91. En relación con la expresión clínica de la depresión en distintos contextos culturales, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es MÁS consistente con lo descrito en la literatura?

a) En culturas asiático-americanas predominan los síntomas cognitivos de culpa y desesperanza.
b) Como factor transcultural, los síntomas somáticos de la depresión son infrecuentes en comparación con los síntomas emocionales.
c) En algunos grupos asiático-americanos la depresión puede expresarse preferentemente mediante síntomas físicos.
d) Las diferencias transculturales en la depresión desaparecen cuando se utilizan criterios DSM-5.

92. ¿Cuál de los siguientes factores culturales se propone como explicación de la somatización de la depresión en algunas personas pacientes asiático-americanas?

a) Mayor aceptación social de la expresión emocional intensa.
b) Separación estricta entre mente y cuerpo en la conceptualización cultural del malestar.
c) Predominio universal del individualismo.
d) Menor estigmatización de la enfermedad física frente a la enfermedad mental.

93. Señale cuál de las siguientes afirmaciones no se incluye en la triada cognitiva de la depresión propuesta por Beck.

a) La percepción negativa de sí mismo.
b) La percepción negativa de las relaciones interpersonales.
c) La percepción negativa del mundo, con valoración negativa de todas sus experiencias.
d) La percepción negativa del futuro.

94. La teoría del autocontrol de kanfer, propuesta por rehm para explicar la depresión, plantea lo siguiente (señale la verdadera).

a) La depresión surge ante la alta prevalencia de eventos negativos a lo largo de la vida.
b) La depresión depende de la expectativa de incontrolabilidad de los sucesos negativos.
c) La depresión depende de la alta expectativa de sucesos aversivos.
d) La depresión se caracteriza por tasas relativamente bajas de autorefuerzo y altas de autocastigo.

95. Señale cuál de las siguientes afirmaciones es cierta respecto al suicidio.

a) Los suicidios tienen lugar sin aviso previo.
b) Puede tener lugar el suicidio en personas sin historia de enfermedad mental.
c) Cuando la persona comienza a salir de la depresión el riesgo de suicidio desaparece.
d) En todos los intentos de suicidio hay un deseo firme de morir.

96. Señale cuál de las siguientes afirmaciones es correcta en relación con los resultados de las investigaciones psicológicas en los trastornos depresivos:

a) Se ha constatado la existencia de una mayor lentitud de las personas depresivas en test manipulativos de inteligencia, pero no se ha confirmado una mayor lentitud de éstas a nivel de producción verbal o gestual.
b) Se han detectado déficits tanto en su memoria a corto plazo, como en la transferencia del material desde la memoria a corto plazo a la memoria a largo plazo.
c) Se ha observado que los rendimientos en tareas motoras y de memoria empeoran cuanto más intenso es el estado de ánimo depresivo.
d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

97. La reformulación de la teoría de la indefensión aprendida para explicar la depresión en términos de estilo atribucional de causalidad considera NEGATIVO un tipo de estilo:

a) Interno, estable y global para los éxitos o sucesos positivos.
b) Externo para los fracasos e internos para los éxitos.
c) Global para los éxitos y específico para los fracasos.
d) Interno, estable y global para los sucesos negativos.

98. A veces, las personas entrevistadoras en situaciones de riesgo de suicidio piden a los/las clientes que firmen o acepten verbalmente contratos de prevención del suicidio. Esencialmente, estos contratos (señala la opción INCORRECTA):

a) Requieren que el/la cliente se comunique con la persona entrevistadora antes de cometer cualquier acto de autolesión.
b) La investigación sobre el uso de contratos de este tipo (a menudo llamados “contratos de no suicidio”) sugiere que su efectividad es aceptable (McMyler & Pryjmachuk, 2008).
c) En algunos casos pueden tener un efecto negativo.
d) El/La cliente puede pensar que el/la psicólogo/a está más preocupado/a por protegerse a sí mismo de la responsabilidad legal que por el bienestar real del/ de la cliente (Range et al., 2002; B. Stanley & Brown, 2012).



99. El apoyo empírico que ha recibido la Terapia Dialéctica Conductual para el abordaje de la conducta suicida (señala la respuesta CORRECTA):

a) Se circunscribe a la conducta suicida sin tener en consideración el trastorno que padece la persona paciente.
b) Se circunscribe a las personas con un Trastorno Límite de la Personalidad.
c) La Terapia Dialéctica Conductual no ha recibido apoyo empírico para el abordaje de la conducta suicida, sino para el Trastorno Límite de la Personalidad.
d) La Terapia Dialéctica Conductual aborda la conducta suicida únicamente en adolescentes.

100. ¿Cuál de los siguientes es uno de los síntomas denominados de primer rango por Schneider sobre las manifestaciones clínicas psicóticas?

a) Abulia.
b) Autismo.
c) Sonorización del pensamiento.
d) Delirio de persecución.

101. ¿Cómo se denomina el síntoma caracterizado por reducción en la fluidez del lenguaje, con pobreza del contenido, aumento de la latencia de respuesta?

a) Afasia
b) Alogia.
c) Abulia.
d) Asociabilidad.

102. ¿Cuál sería el diagnóstico, según la CIE-10, que correspondería a un desarrollo insidioso pero progresivo de comportamiento extravagante, con incapacidad para cumplir con los requerimientos sociales y deterioro del rendimiento en general, en el que sintomatología negativa –como el embotamiento afectivo o la pérdida de iniciativa- se desarrollan sin ser precedidos por ninguna sintomatología psicótica manifiesta?

a) Esquizofrenia simple.
b) Esquizofrenia crónica indiferenciada.
c) Estado esquizotípico residual.
d) Trastorno esquizofreniforme.

103. ¿Cómo se denomina a uno de los principales síntomas positivos de la esquizofrenia, en el que la persona paciente oye sus pensamientos en voz alta, a veces justamente a continuación de pensarlos?

a) Eco del pensamiento.
b) Difusión del pensamiento.
c) Inserción del pensamiento.
d) Alucinaciones auditivas en tercera persona.



104. ¿Qué variables se asocian con un buen pronóstico a largo plazo de la esquizofrenia?

a) Un comienzo insidioso y la presencia de un acontecimiento precipitante.
b) Un comienzo insidioso y la ausencia de un acontecimiento precipitante.
c) Un comienzo agudo y la ausencia de un acontecimiento precipitante.
d) Un comienzo agudo y la presencia de un acontecimiento precipitante.

105. La disminución de las actividades realizadas por iniciativa propia y motivadas por un propósito es:

a) Asocialidad.
b) Anhedonia.
c) Alogia.
d) Abulia.

106. De acuerdo al DSM-5, en la esquizofrenia existen aspectos diagnósticos relacionados con el género, indica cuál de los siguientes es verdadero:

a) La edad de inicio es generalmente anterior en las mujeres.
b) En las mujeres aparecen más síntomas psicóticos.
c) Hay mayor frecuencia de síntomas negativos y desorganización en mujeres.
d) El funcionamiento social está peor preservado en mujeres.

107. En los casos de esquizofrenia, respecto al riesgo de suicidio, siguiendo el DSM-5, podemos afirmar que:

a) No se encuentran diferencias en la tasa de suicidio de pacientes esquizofrénicos/as y la de la población general.
b) El comportamiento suicida a veces responde a alucinaciones que ordenan hacerse daño a uno/a mismo o a otros/as.
c) Más de la mitad de las personas afectadas intentan suicidarse en al menos una ocasión.
d) El riesgo de suicidio es alto solamente durante la adolescencia y juventud.

108. ¿Cuáles son los dos grupos de síntomas fundamentales que definen la dimensión psicótica y que son objetivo de las intervenciones terapeuticas?

a) La desorganización del lenguaje y el aislamiento social.
b) Las ideas delirantes y las alucinaciones.
c) La falta de motivación y el aplanamiento afectivo.
d) La ansiedad generalizada y las crisis de pánico.

109. ¿En qué categoría de síntomas se clasifican las conductas extravagantes dentro de los trastornos del espectro de la esquizofrenia?

a) Síntomas negativos.
b) Síntomas afectivos o del estado de ánimo.
c) Síntomas positivos.
d) Síntomas cognitivos de desatención.

110. Según Murray et al. (2017), ¿cómo debe considerarse la psicosis?

a) Como un trastorno del neurodesarrollo en sentido estricto.
b) Como una consecuencia directa y única del autismo.
c) Como un modelo de riesgo del desarrollo.
d) Como una discapacidad intelectual de origen genético.

111. En una persona paciente psicótica, ¿a qué se ha ligado tradicionalmente la dimensión desorganizada o cognitiva en cuanto al pronóstico de la persona paciente?

a) A una recuperación rápida y sin secuelas.
b) A una respuesta excelente a los fármacos de primera generación.
c) A una mala evolución, específicamente vinculada al deterioro cognitivo.
d) A la ausencia total de interrelación con otros síntomas psicóticos.

112. Respecto a los trastornos formales del pensamiento de tipo negativo, (señala la respuesta CORRECTA):

a) Se asocian a una peor respuesta al tratamiento en la esquizofrenia, teniendo un mayor poder predictivo que otras alteraciones formales del pensamiento.
b) Se dan con mayor frecuencia en pacientes con trastorno bipolar que con esquizofrenia.
c) Incluye la tangencialidad, el descarrilamiento, la incoherencia, la ilogicidad, la circunstancialidad y la pérdida de meta.
d) Durante un episodio agudo, indican una gravedad similar independientemente de que se trate de un episodio psicótico o maníaco.

113. La teoría del fallo en la metacognición, formulada por bentall, para explicar el mecanismo subyacente en las alucinaciones auditivas, señale lo siguiente:

a) Las alucinaciones son el resultado de una imaginación anormalmente vívida.
b) Las personas presentan un fallo en la planificación del discurso que da lugar a percibir el lenguaje interno como NO intencionado.
c) Existe un sesgo cognitivo que da lugar a atribuir estímulos autogenerados a fuentes externas.
d) Las alucinaciones se mantienen por condicionamiento clásico.

114. Según se plantea en el DSM-5, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es falsa respecto al déficit cognitivo en la esquizofrenia?

a) Se requiere como criterio diagnóstico.
b) Es frecuente y afecta a la velocidad de procesamiento, la memoria y las funciones ejecutivas.
c) Probablemente, tiene relación con el déficit funcional que se observa en estas personas enfermas.
d) Los déficits cognitivos preceden con frecuencia al inicio de la psicosis.

115. Señale cuál de las siguientes afirmaciones no corresponde al modelo neuropsicológico de frith para explicar la esquizofrenia.

a) En estas personas pacientes podría existir un estado de "sobrecarga de información" de manera que los síntomas negativos son un modo de adaptarse a los efectos del deterioro cognitivo.
b) Las personas presentan un fallo en la planificación del discurso que da lugar a percibir el lenguaje interno como NO intencionado
c) Existe un sesgo cognitivo que da lugar a atribuir estímulos autogenerados a fuentes externas
d) Las alucinaciones se mantienen por condicionamiento clásico

116. La teoría del déficit en la metarepresentación, formulada por Frith, propone que los delirios de referencia y persecutorios surgen de:

a) La incapacidad de representar cognitivamente determinadas experiencias perceptivas.
b) Un déficit en la capacidad para representar las creencias, los pensamientos, y las intenciones de las demás personas.
c) Un fallo en la obtención de información, que lleva a quienes lo padecen a ser personas más propensas a formar nuevas hipótesis sobre bases muy débiles.
d) Un sesgo externalizante ante sucesos indeseables cuando el material hace referencia a uno/a mismo/a.

117. Según el DSM-5, los déficits cognitivos son comunes en la esquizofrenia, y a menudo persisten durante la remisión sintomática. Señala cuál de los siguientes NO es uno de estos déficits cognitivos:

a) Deterioro de la memoria declarativa.
b) Deterioro de la memoria de trabajo.
c) Deterioro del lenguaje.
d) Velocidad de procesamiento rápida.

118. Elige la opción correcta en cuanto a la metacognición.

a) La metacognición se centra únicamente en la memoria a corto plazo.
b) Se trata de la capacidad integrativa sobre el self y la propia ubicación en el mundo.
c) Hace referencia a la cognición social.
d) No es una función alterada en pacientes con esquizofrenia.

119. ¿Cuál de los siguientes dominios cognitivos se encuentran alterados en la esquizofrenia?

a) La memoria a largo plazo autobiográfica.
b) El control de impulsos motores.
c) La memoria verbal y la velocidad de procesamiento.
d) La creatividad artística.

120. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre los déficits cognitivos en la esquizofrenia es correcta?

a) Se detectan únicamente después de que ocurre el primer episodio psicótico.
b) Afectan exclusivamente al área de la neurocognición, pero no a la cognición social.
c) Únicamente están presentes en pacientes con esquizofrenia, no en sus familiares.
d) Las personas con esquizofrenia obtienen resultados de 0,75 a 1,5 desviaciones estándar con respecto al funcionamiento sano.

121. ¿Qué manifestación observable en la esquizofrenia puede representar una afectación de la capacidad metacognitiva según Lysaker et al. (2020)?

a) La pérdida auditiva y visual progresiva.
b) La falta de atención selectiva.
c) Las alteraciones del habla o el pensamiento desorganizado.
d) El aumento de las capacidades integrativas del self.

122. ¿Cuál de los siguientes tipos de ideas delirantes no es propia de un trastorno de ideas delirantes?

a) Ideas delirantes de persecución.
b) Ideas delirantes celotípicas.
c) Ideas delirantes de ser controlado.
d) Ideas delirantes de grandeza.

123. Señale cuál de las siguientes características de los delirios apunta, en un proceso de diagnóstico diferencial, hacia el trastorno por ideas delirantes frente a la esquizofrenia.

a) Delirios sistematizados.
b) Alteraciones en los procesos de pensamiento.
c) Presencia de alucinaciones auditivas.
d) Apariencia extraña.

124. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre los delirios es falsa?

a) Las ideas delirantes secundarias se derivan de una experiencia anterior a la que la persona intenta dar sentido.
b) La percepción delirante es la interpretación injustificada y con un nuevo significado de una percepción familiar.
c) Los recuerdos delirantes son recuerdos de delirios anteriores sobre los que la persona paciente hace crítica.
d) El nivel de convicción sobre el contenido del delirio puede ser variable.

125. ¿Cuál de los siguientes subtipos de trastorno delirante no es considerado en el DSM-5?

a) Erotomaníaco.
b) Celotípico.
c) Nihilista.
d) Somático.

126. ¿Qué modelos explicativos de la formación de los delirios consideran que, en personas vulnerables, cumplen una función protectora frente a estados emocionales negativos?

a) Modelos homeostáticos.
b) Modelos defectuales.
c) Modelos motivacionales.
d) Modelos perceptuales.

127. ¿En qué subtipo de trastorno delirante la persona paciente tiene ideas de que una persona, normalmente de estatus superior se encuentra enamorada de ella?

a) Erotomaníaco.
b) Celotípico.
c) Nihilista.
d) Somático.



128. A la hora de realizar un diagnóstico diferencial con la esquizofrenia paranoide, ¿cuál de las siguientes características es más propia de un trastorno delirante?

a) Delirios de contenido cambiante.
b) Delirios sistematizados.
c) Apariencia y conductas extrañas.
d) Alteraciones de los procesos del pensamiento.

129. El trastorno delirante, tal como lo define el DSM-5, tiene unas características propias, entre las que NO está incluida una de las siguientes:

a) Las alucinaciones, si existen, no son importantes y están relacionadas con el tema delirante.
b) Aparte del impacto del delirio o sus ramificaciones, el funcionamiento también está muy alterado y el comportamiento es manifiestamente extravagante o extraño.
c) Si se han producido episodios maníacos o depresivos mayores, han sido breves en comparación con la duración de los períodos delirantes.
d) El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia.

130. ¿Cómo se describe habitualmente el curso de un trastorno delirante?

a) Es agudo con tendencia a la curación rápida
b) Es normalmente crónico, con tendencia al enquistamiento.
c) Es intermitente y desaparece con el tiempo.
d) Es favorable en la gran mayoría de los casos clínicos.

131. Señala a continuación la respuesta correcta según se indica en el DSM-5 en cuanto a la conciencia de enfermedad en el trastorno delirante:

a) Las personas pacientes suelen acudir de forma voluntaria y temprana a consulta.
b) Existe una alta conciencia de enfermedad, facilitando la alianza terapéutica.
c) Puede haber introspección fáctica, pero no introspección verdadera.
d) Solo aceptan tratamiento si el delirio es de tipo erotomaníaco.

132. ¿Cuál es la característica principal que define al síndrome de Fregolí?

a) Creer que una persona impostora ha reemplazado a una persona importante de su vida.
b) La certeza de que la persona paciente está muerta o sus órganos están podridos.
c) Creer que personas extrañas son conocidos que se han disfrazado para no ser reconocidos.
d) La incapacidad total para identificar rostros conocidos (prosopagnosia).

133. Señale cuál de las siguientes afirmaciones es falsa respecto a la psicosis puerperal

a) Suele aparecer el día siguiente al parto.
b) El inicio es brusco.
c) Los síntomas incluyen suspicacia, confusión e incoherencia entre otros.
d) En la mayor parte de los casos la recuperación es rápida.

134. Según el DSM-5, ¿cuál de las siguientes características se asocia con el diagnóstico del trastorno psicótico breve?

a) Cambio de un estado no psicótico a otro claramente psicótico dentro de un periodo de un mes.
b) La persona paciente presenta necesariamente delirios, alucinaciones, y un discurso desorganizado.
c) El episodio dura al menos un día, pero menos de un mes.
d) La persona al final puede no retornar por completo al nivel de funcionamiento premórbido.

135. Según los criterios del CIE-11 para el trastorno psicótico agudo y transitorio, ¿cuál es la duración máxima que no deben exceder los síntomas?

a) Un mes.
b) 2 semanas.
c) 3 meses.
d) 6 meses.

136. ¿Cuál de los siguientes no es un trastorno relacionado con el alcohol reconocido en el DSM 5?

a) Dependencia del alcohol.
b) Trastorno por consumo de alcohol.
c) Intoxicación por alcohol
d) Abstinencia de alcohol

137. ¿Cuál de los siguientes no es un signo habitual de la intoxicación por alcohol?

a) Lenguaje farfullante.
b) Marcha inestable.
c) Deterioro de la atención o de la memoria.
d) Agitación psicomotora.

138. En relación con la abstinencia de alcohol, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA según el DSM-5?

a) Su riesgo y gravedad aumentan con la edad.
b) Se observa con mayor frecuencia en las personas con trastornos de personalidad antisocial y de conducta.
c) Es más grave en las personas que también son dependientes de otras drogas depresoras.
d) Es menos grave en las personas que han tenido experiencias de abstinencia de alcohol en el pasado.

139. Para una misma persona, los cambios en la gravedad del trastorno por consumo de alcohol a lo largo del tiempo se reflejan en tres de las siguientes cuestiones, según el DSM-5. Señala la INCORRECTA:

a) La reducción de la frecuencia.
b) La reducción de la dosis.
c) Las pruebas biológicas.
d) La disminución de la tolerancia.

140. Según el DSM-5, aunque la confusión y los cambios en la conciencia no son criterios básicos para la abstinencia del alcohol, puede aparecer un delirium. Cuando se desarrolla el delirium de la abstinencia del alcohol, según este manual:

a) Es probable que exista una afección médica importante a nivel clínico (p.e. insuficiencia hepática, neumonía, hipoglucemia, desequilibrio electrolítico).
b) No cursa nunca con alucinaciones visuales.
c) No cursa nunca con alucinaciones táctiles.
d) No cursa nunca con alucinaciones auditivas.

141. Según el DSM-5, la gravedad leve del trastorno por consumo de alcohol corresponde a:

a) La presencia de 1 criterio.
b) La presencia de 2-3 criterios.
c) La presencia de 4-5 criterios.
d) El DSM-5 no especifica la gravedad en base a criterios.

142. Según el DSM-5, el especificador "en remisión inicial" en el trastorno por consumo de alcohol se aplica cuando, tras haberse cumplido previamente todos los criterios, no se cumple ninguno durante:

a) Menos de un mes.
b) Un mínimo de 3 meses, pero sin llegar a 12 meses, salvo posible ansia de consumo.
c) Doce meses o más, sin ninguna excepción.
d) Al menos dos años, incluyendo ausencia completa de deseo de consumo.

143. Una prsona paciente que bebe por la noche comienza a beber también por la mañana para reducir temblor, náuseas e inquietud. Refiere alivio rápido tras beber. ¿Qué hipótesis funcional y diagnóstica debe explorarse prioritariamente?

a) Refuerzo positivo por incremento de euforia, sin relevancia de abstinencia.
b) Refuerzo negativo por alivio de síntomas compatibles con abstinencia.
c) Castigo negativo por reducción de actividades alternativas.
d) Fobia social primaria, porque el consumo matutino siempre indica evitación interpersonal.

144. En el tratamiento del abuso de alcohol (Señala la respuesta CORRECTA):

a) No se asemeja en absoluto al tratamiento del abandono del tabaco.
b) Las personas pacientes no tienen que ampliar su círculo social de personas que no beben y sus opciones de ocio sin alcohol.
c) Alcohólicos Anónimos incorpora el apoyo social pero no incorpora la prevención de recaídas como sí lo hace la psicología de la salud.
d) Alcohólicos Anónimos incorpora un componente espiritual en su proceso de recuperación que la psicología de la salud no incorpora.

145. Respecto a la clasificación del trastorno por juego en el DSM-5, señale la afirmación correcta.

a) Se clasifica dentro de los trastornos de control de los impulsos.
b) Se clasifica dentro de las adicciones comportamentales.
c) Se clasifica dentro de los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos.
d) Se clasifica dentro de los trastornos compulsivos.

146. Señale cuál de las siguientes afirmaciones es falsa respecto a la comorbilidad en las adicciones.

a) Algunos estudios encuentran que hasta el 50% de las personas adictas presenta un trastorno concomitante.
b) Las personas adictas que presentan un trastorno añadido tienen mayor probabilidad de buscar tratamiento.
c) Uno de los trastornos comórbidos más frecuentes entre las personas con adicción es el trastorno antisocial de la personalidad.
d) Los síntomas de depresión y los intentos de suicidio son poco frecuentes en la población con adicciones.



147. Respecto al desarrollo y curso del trastorno por consumo de cannabis, el DSM-5 indica que:

a) Es muy frecuente que el consumo se desarrolle ya en la preadolescencia.
b) En las personas consumidoras adolescentes, el cannabis no suele provocar alteraciones en los patrones de alimentación.
c) El inicio temprano del consumo es un predictor de problemas de internalización, y por tanto, es probable que sea un factor de riesgo general para el desarrollo de trastornos de salud mental.
d) El inicio temprano no está relacionado con otros problemas externalizantes, como el trastorno de conducta.

148. En relación al desarrollo y curso de la abstinencia al cannabis, el DSM-5 afirma que:

a) Las dificultades del sueño pueden durar más de un año.
b) Tiende a ser más frecuente o grave entre las personas adolescentes.
c) La mayoría de los síntomas se inician en las primeras 24 a 72 horas desde el cese.
d) El pico tiene una duración aproximada de 24-48 horas.

149. En DSM-5, ¿cuál de las siguientes sustancias NO cuenta con diagnóstico específico de intoxicación por sustancia?

a) Tabaco.
b) Cafeína.
c) Cannabis.
d) Alcohol.

150. Una perosna paciente inicia consumo de una sustancia y desarrolla ansiedad intensa solo durante los periodos de intoxicación y abstinencia. Antes no presentaba ansiedad clínicamente significativa. ¿Qué aspecto debe priorizarse para el diagnóstico diferencial?

a) Descartar automáticamente un trastorno inducido por sustancias, porque la ansiedad siempre se considera primaria.
b) Valorar la relación temporal entre síntomas, consumo, intoxicación y abstinencia.
c) Emitir diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada si la persona paciente verbaliza preocupación.
d) Codificar exclusivamente trastorno por consumo de sustancias y omitir los síntomas de ansiedad.



151. Respecto a la relación entre alcohol, tabaco, cannabis y otras drogas en la adolescencia, ¿cuál es la formulación más prudente?

a) El consumo de alcohol y tabaco determina necesariamente el consumo posterior de heroína.
b) La relación entre drogas de iniciación y otras drogas debe interpretarse como una secuencia causal universal.
c) La llamada hipótesis de la escalada es un tema controvertido y requiere un análisis riguroso de los datos disponibles.
d) El consumo de cannabis en adolescentes no guarda ninguna relación con el consumo previo de alcohol o tabaco.

152. Según la CIE-11, ¿cuál de las siguientes afirmaciones sobre los trastornos debidos al uso de cannabis es correcta?

a) El cannabis se clasifica principalmente por sus efectos estimulantes centrales y no se reconoce abstinencia por cannabis.
b) El cannabis produce característicamente euforia y puede asociarse a deterioro cognitivo y psicomotor, dependencia, abstinencia y trastornos mentales inducidos por cannabis.
c) El cannabis se clasifica como una sustancia alucinógena y no se reconoce abstinencia por cannabis.
d) El cannabis y los cannabinoides sintéticos se clasifican como una única sustancia sin categorías diferenciadas.

153. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre los trastornos de alimentación han cambiado de criterios diagnósticos en el DSM 5?

a) Ya NO es necesario un bajo peso.
b) Se ha eliminado el requisito de amenorrea
c) Se ha eliminado el requisito de miedo intenso a ganar peso
d) Se ha eliminado la distorsión de la imagen corporal.

154. Respecto a la prevalencia de anorexia nerviosa, señale la afirmación correcta:

a) Este trastorno es igual de frecuente a cualquier edad.
b) Se da en un 10% de las mujeres.
c) En culturas NO occidentales, tradicionalmente la prevalencia ha sido muy baja.
d) La anorexia nerviosa solo puede diagnosticarse cuando existe amenorrea

155. Según el DSM-5, las personas diagnosticadas con un trastorno de atracones (elija la correcta):

a) Presentan comportamientos compensatorios recurrentes inapropiados.
b) Suelen restringir intensa o sustancialmente la dieta entre los episodios de atracones.
c) No acostumbran a referir intentos frecuentes de hacer régimen.
d) Presentan tasas de mejoría consistentemente mayores que las perosnas que padecen bulimia nerviosa.

156. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones no se corresponde con una de las tres características básicas de la anorexia nerviosa según el DSM-5?

a) Restricción de la ingesta energética persistente.
b) Miedo intenso a ganar peso o a engordar.
c) Pérdida de peso debido sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.
d) Alteración de la forma de percibir el peso y la constitución propios.

157. Según Fairburn et al. (1997), ¿cuál de las siguientes afirmaciones NO se corresponde con el modelo explicativo de la bulimia nerviosa?

a) La sobrevaloración del peso y la figura corporal es un factor crucial, ya que favorece la utilización de dietas restrictivas.
b) La utilización de dietas restrictivas aumenta la probabilidad de que se produzcan atracones.
c) Las conductas compensatorias como las purgas o el exceso de actividad física se producen como respuesta a la falta de habilidades interpersonales y a las dificultades en la gestión de las emociones.
d) Las conductas de purga se mantienen ya que reducen la ansiedad ocasionada por la posible ganancia de peso.

158. Según el DSM-5, el diagnóstico de pica requiere que la ingestión persistente de sustancias no nutritivas y no alimentarias se produzca durante un período mínimo de:

a) Al menos 3 meses.
b) Al menos 1 mes.
c) Al menos 1 vez a la semana.
d) Ser una conducta repetitiva independientemente del tiempo.

159. En la anorexia nerviosa atípica, según el DSM-5, se. cumplen todos los criterios para la anorexia nerviosa EXCEPTO uno de los siguientes. Indica cuál:

a) Que el peso de la persona, a pesar de la pérdida significativa, está dentro o por encima del intervalo normal.
b) El miedo intenso a ganar peso o engordar.
c) La alteración en la forma en que uno percibe su propio peso.



d) La edad de inicio, que en la anorexia atípica es mayor a los 40 años.

160. Entre los factores de riesgo facilitadores para el desarrollo de la bulimia nerviosa, según el DSM-5, se encuentra uno de los siguientes. Señala cuál:

a) Abusos de carácter físico o sexual en la infancia.
b) El desarrollo puberal tardío.
c) Delgadez en la infancia con incremento de peso en la pubertad.
d) Ausencia de síntomas depresivos.

161. Señala la opción correcta sobre la anorexia nerviosa, según el DSM-5:

a) En mujeres postpuberales, la amenorrea es un criterio diagnóstico necesario para la anorexia nerviosa.
b) Es de tipo restrictivo si el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas durante el último mes.
c) Se considera de gravedad moderada si su índice de masa corporal es entre 16-16,99 kg/m2.
d) La presencia de vómitos autoprovocados es un criterio de exclusión.

162. Las pacientes afectadas por Anorexia Nerviosa con un peso considerablemente inferior al esperado pueden manifestar síntomas (señala la respuesta CORRECTA):

a) Compatibles con el Trastorno de Ansiedad de Separación, Mutismo Selectivo y Ansiedad Social.
b) Psicóticos como ideación delirante.
c) Compatibles con el Trastorno de Estrés Postraumático.
d) Depresivos como un estado de ánimo deprimido, retraimiento social, irritabilidad o insomnio.

163. La Bulimia Nerviosa tiene su propio diagnóstico dentro de la CIE 11 y el DSM 5. Sin embargo (señala la respuesta CORRECTA):

a) Muestra características de ser un trastorno con un fuerte componente propio de los trastornos del neurodesarrollo.
b) Muestra características de ser un trastorno culturalmente influido al mostrar mayor prevalencia en mujeres de sociedades occidentales industrializadas.
c) Muestra características de ser un trastorno con un fuerte componente propio de los trastornos de personalidad.
d) Muestra características de ser un trastorno con un fuerte componente propio de los trastornos del afectivos.

164. La anorexia nerviosa presenta una superposición significativa con (señala la respuesta CORRECTA):

a) El cambio de la personalidad debido a otra afección médica.
b) El trastorno límite de personalidad y el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.
c) El trastorno límite de la personalidad.
d) El trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.

165. Señale cuál de las siguientes no es una característica del síndrome general de adaptación, descrito por seyle para explicar la respuesta al estrés.

a) Es un fenómeno en tres fases.
b) Tiene muy en cuenta los procesos cognitivos que median la selección de estrategias de afrontamiento.
c) En la fase de alarma se liberan corticoesteroides.
d) En la fase de agotamiento el organismo consume sus recursos y pierde su capacidad de activación.

166. En el síndrome general de adaptación (Selye, 1976), la reducción de la actividad de la corteza adrenal y del sistema nerviosos simpático caracterizan a:

a) Reacción de alarma.
b) Fase de resistencia.
c) Fase de mantenimiento.
d) Fase de agotamiento.

167. Según el DSM-5, el trastorno de insomnio puede diagnosticarse aunque coexista con otro trastorno mental o afección médica. Respecto a esta comorbilidad, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

a) El diagnóstico de insomnio queda excluido cuando se identifica un trastorno mental subyacente, ya que en ese caso el insomnio se considera un síntoma secundario y no un trastorno independiente.
b) El insomnio comórbido solo se diagnostica por separado cuando ha precedido cronológicamente al trastorno mental concurrente, lo que indica que no tiene relación causal con él.
c) Cuando el insomnio coexiste con un trastorno mental o afección médica, se diagnostican ambos, sin necesidad de establecer una atribución causal entre ellos, siempre que el insomnio sea suficientemente grave para requerir atención clínica independiente.
d) El diagnóstico de insomnio comórbido requiere demostrar mediante polisomnografía que las alteraciones del sueño son independientes del trastorno mental concurrente.

168. Respecto al desarrollo y curso del trastorno de insomnio, el DSM-5 señala que los factores mantenedores del insomnio pueden diferir de los factores precipitantes. Un ejemplo de este fenómeno sería:

a) Una persona paciente que desarrolla insomnio durante un episodio depresivo mayor y que, una vez resuelto el episodio, mantiene el insomnio por condicionamiento negativo asociado al acto de dormir.
b) Una perosna paciente con antecedentes de sueño ligero que desarrolla insomnio agudo tras un acontecimiento vital estresante, el cual remite espontáneamente en pocos días.
c) Una perosna paciente que presenta dificultades para iniciar el sueño en la juventud y que en la edad mediana desarrolla dificultades para mantenerlo, reflejando el cambio evolutivo normal en el patrón del insomnio.
d) Una perosna paciente mayor que desarrolla insomnio secundario a apnea del sueño no diagnosticada, donde tanto el factor precipitante como el mantenedor son de naturaleza fisiológica.

169. En relación con la intervención psicológica ante síntomas físicos o problemas médicos con impacto emocional, ¿qué enfoque resulta más consistente con la perspectiva cognitiva descrita por Pomerantz (2020)?

a) Examinar cómo las creencias de la persona paciente sobre su condición pueden modular su malestar y su adaptación al problema.
b) Diferenciar cuidadosamente entre síntomas médicos y síntomas psicológicos antes de formular objetivos terapéuticos.
c) Explorar la función interpersonal de los síntomas físicos dentro del sistema familiar del paciente.
d) Reducir la activación fisiológica mediante entrenamiento progresivo antes de trabajar los contenidos cognitivos.

170. ¿Cuál de los siguientes trastornos no se clasifica dentro de las disfunciones sexuales?

a) Rechazo sexual.
b) Disfunción orgásmica.
c) Fetichismo.
d) Dispareunia NO orgánica.

171. Señale cuál de las siguientes es una característica de las parafilias.

a) En todos los casos hay un objeto sexual inapropiado.
b) Se definen por intereses sexuales intensos y persistentes distintos del interés sexual normofílico.
c) Se presentan asociadas a otra psicopatología.
d) Presenta similar prevalencia entre hombres y mujeres.

172. Según el DSM-5, si una persona se identifica a sí misma como asexual, NO procede un diagnóstico de:

a) Eyaculación retardada.
b) Trastorno eréctil.
c) Trastorno de deseo sexual hipoactivo.
d) Ningún tipo de disfunción sexual.

173. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta en relación con los criterios diagnósticos del DSM-5 para el trastorno de pedofilia?

a) La presencia de víctimas es una condición suficiente y necesaria para el diagnóstico.
b) No es posible el diagnóstico a perosnas que niegan tener impulsos o fantasías que implican niños/as.
c) El diagnóstico puede realizarse incluso si el criterio de duración mínima de seis meses no puede determinarse de forma precisa.
d) El diagnóstico no puede realizarse a personas que niegan sentir malestar subjetivo por dichas conductas.

174. A la hora de realizar un diagnóstico de eyaculación retardada, de acuerdo al DSM- 5, NO es necesario especificar:

a) Si es de por vida o adquirido.
b) Si es generalizado o situacional.
c) El malestar subjetivo del individuo.
d) Si es leve, moderado o grave.

175. En el DSM-5, los criterios comunes para el diagnóstico de todas las disfunciones sexuales incluyen tres elementos transversales. Señala cuál de las siguientes afirmaciones NO forma parte de estos criterios comunes:

a) Los síntomas deben haber persistido durante un mínimo de seis meses.
b) Los síntomas provocan un malestar clínicamente significativo en la persona.
c) La disfunción no se explica mejor por un trastorno mental no sexual, por factores relacionales significativos o por efectos de sustancias o enfermedad médica.
d) La disfunción debe haber estado presente desde la madurez sexual de la persona, excluyendo las formas adquiridas.

176. Uno de los cambios más relevantes del DSM-5 respecto al DSM-IV-TR en la clasificación de los trastornos sexuales fue:

a) La fusión de la dispareunia y el vaginismo en una única categoría denominada "Trastorno de dolor genito-pélvico/penetración".
b) La incorporación del trastorno de deseo sexual hipoactivo como categoría única válida tanto para hombres como para mujeres.
c) La eliminación de la categoría de disfunciones sexuales inducidas por sustancias, al

quedar integrada en los trastornos por consumo de sustancias.

d) La supresión de los especificadores de gravedad (leve, moderado, grave) al considerarse de escasa utilidad clínica.

177. Según el DSM-5, ¿cuál de las siguientes afirmaciones sobre las disfunciones sexuales es CORRECTA?

a) El diagnóstico de disfunción sexual requiere siempre la presencia simultánea de alteraciones fisiológicas y relacionales.
b) La presencia de dificultades sexuales ocasionales es suficiente para establecer un diagnóstico clínico.
c) Las dificultades derivadas exclusivamente de estimulación sexual inadecuada pueden requerir seguimiento clínico, pero no necesariamente justifican un diagnóstico de disfunción sexual.
d) A pesar de las críticas por falta de sustento clínico, el DSM-5 mantiene como subtipo vigente el trastorno de aversión sexual.

178. Una mujer de 36 años consulta por ausencia persistente de orgasmo durante las relaciones sexuales desde hace más de un año. Refiere además ánimo deprimido, anhedonia generalizada, pérdida de interés en múltiples actividades y fatiga intensa desde hace varios meses. Según el DSM-5, ¿cuál es la consideración diagnóstica MÁS adecuada?

a) Diagnóstico principal de trastorno orgásmico femenino.
b) Diagnóstico de trastorno de dolor génito-pélvico/penetración.
c) Debe descartarse inicialmente que las dificultades orgásmicas se expliquen mejor por un trastorno depresivo mayor.
d) Las dificultades sexuales y la presencia de síntomas depresivos comórbidos requieren del doble diagnóstico ya que son independientes: trastorno orgásmico y trastorno depresivo mayor.

179. ¿Cuál de los siguientes cambios conceptuales introducidos por el DSM-5 caracteriza mejor el diagnóstico de disforia de género respecto al DSM-IV?

a) El DSM-5 pone el énfasis clínico en el malestar asociado a la incongruencia de género más que en la identidad de género en sí misma.
b) El DSM-5 considera que la identificación con un género distinto al asignado constituye por sí misma una condición que requiere valoración clínica.
c) El DSM-5 no considera la necesidad de valorar el deterioro funcional para el diagnóstico de disforia de género.
d) El DSM-5 prioriza la presencia de intervenciones hormonales o quirúrgicas como criterio central para establecer el diagnóstico.



180. Un varón de 34 años solicita valoración clínica porque desea someterse a una penectomía y castración. Refiere que su objetivo principal es reducir los efectos psicológicos asociados a los andrógenos, pero mantiene una identificación masculina estable y no expresa incongruencia con su género asignado. Según el DSM-5, ¿Cuál es la interpretación diagnóstica más adecuada?

a) Disforia de género de inicio tardío.
b) Otra disforia de género especificada.
c) No se cumplen criterios de disforia de género.
d) Otro trastorno de identidad sexual especificado de inicio tardío.

181. Señale cuál de las siguientes afirmaciones referidas a la demencia es falsa.

a) Es un proceso patológico marcado por la aparición de un déficit cognitivo progresivo habitualmente con mantenimiento de la conciencia clara
b) Hay un declive de las capacidades previas.
c) En todos los casos es irreversible.
d) La prevalencia aumenta con el envejecimiento de la población.

182. Señale cuál de las siguientes afirmaciones es característica del trastorno neurocognitivo frontotemporal

a) Suele iniciarse con un cambio de personalidad.
b) Los afectados presentan desde el inicio una marcada pérdida de memoria.
c) Se clasifica como demencia subcortical.
d) No afecta al lenguaje en la evolución del trastorno

183. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones relacionadas con la demencia debida al Alzheimer es INCORRECTA?

a) Muestra una mayor prevalencia en mujeres que en hombres, en una proporción de 4:1.
b) Es una demencia secundaria que presenta múltiples déficits cognitivos.
c) Produce también un cambio en la conducta del sujeto, al igual que en sus emociones.
d) El diagnóstico definitivo de la enfermedad de Alzheimer solo puede realizarse postmorten.

184. ¿Cuáles de los siguientes síntomas NO se corresponden con las manifestaciones de la triada clínica que de forma típica presentan las personas con demencia debida a la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob?

a) Inicio caracterizado por cambios de la personalidad, deterioro de las habilidades sociales, embotamiento emocional y desinhibición de la conducta.
b) Trastornos de la memoria y el razonamiento, con una afasia que suele avanzar hasta que se produce una pérdida total de las funciones del lenguaje.
c) Incoordinación con movimientos mioclónicos, coreoatetósicos o balísticos.
d) Actividad del EEG que muestra descargas períodicas puntiformes, que son

frecuentemente trifásicas y sincrónicas.

185. ¿Cuál de las siguientes características clínicas es más específica de la demencia frontotemporal en comparación con la enfermedad de Alzheimer en fases iniciales?

a) Alteración precoz de la memoria episódica.
b) Desorientación temporoespacial grave desde el inicio.
c) Cambios precoces de personalidad y conducta social.
d) Presencia inicial de apraxia constructiva.

186. Un paciente de 74 años presenta deterioro cognitivo progresivo con fluctuaciones marcadas de atención, alucinaciones visuales complejas bien estructuradas y trastorno de conducta del sueño REM. En la exploración neurológica se objetiva parkinsonismo espontáneo de inicio posterior al deterioro cognitivo. Según el DSM-5, el diagnóstico más probable es:

a) Trastorno neurocognitivo mayor probable con cuerpos de Lewy.
b) Trastorno neurocognitivo mayor posible con cuerpos de Lewy.
c) Trastorno delirante persistente.
d) Trastorno neurocognitivo vascular mayor.

187. ¿Cuál de las siguientes características es MÁS característica del trastorno neurocognitivo con cuerpos de Lewy frente al debido a enfermedad de Alzheimer?

a) Alteración inicial predominante de memoria episódica.
b) Curso progresivo sin fluctuaciones cognitivas.
c) Déficit precoz de atención compleja y función ejecutiva.
d) Ausencia de síntomas psiquiátricos acompañantes.

188. El DSM-5 señala que los trastornos neurocognitivos (TNC) ocupan una posición singular dentro de las categorías diagnósticas. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones explica mejor esta particularidad?

a) Se caracterizan principalmente por alteraciones conductuales y cognitivas, con menor relevancia de los hallazgos biomédicos en su clasificación diagnóstica.
b) Carecen de criterios clínicos suficientemente específicos, por lo que su diagnóstico depende fundamentalmente de estudios anatomopatológicos.
c) Constituyen síndromes cuya patología subyacente, y frecuentemente también su etiología, pueden determinarse mediante criterios biomédicos.
d) Su diagnóstico diferencial depende más de la gravedad funcional que de las características clínicas y neuropsicológicas.



189. ¿Cuáles son las principales diferencias clínicas entre los pacientes con una demencia cortical y una demencia subcortical? (señala la opción CORRECTA):

a) La memoria de reconocimiento está deteriorada de forma más benigna en las subcorticales que en las corticales.
b) La capacidad para codificar semánticamente la información parece preservada en Huntington, Parkinson y esclerosis múltiple, mientras que en las personas pacientes con enfermedad de Alzheimer parece bastante deteriorada.
c) Las tasas de olvido en los primeros minutos tras la presentación de la información son consistentemente aceleradas en las subcorticales.
d) La amnesia retrógrada está graduada temporalmente en las personas pacientes con enfermedad de Parkinson, pero es igual de severa a lo largo del tiempo en las personas pacientes con enfermedad de Alzheimer.

190. Señale cuál de las siguientes características es falsa respecto a la terapia conductual dialéctica desarrollada por linehan.

a) Fue diseñada para intervenir con pacientes con trastorno de la personalidad límite.
b) La autora parte de que estas personas pacientes tienen dificultad para identificar experiencias emocionales y NO toleran la frustración y el rechazo.
c) Consiste en una terapia grupal para el entrenamiento de habilidades.
d) Se ha demostrado su efectividad, para, entre otros resultados, disminuir las conductas parasuicidas.

191. El modelo de estadios de cambio terapéutico de Norcross, Krebs y Prochaska (2011) se compone de las siguientes etapas:

a) Precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento.
b) Precontemplación, reflexión, acción y finalización.
c) Orientación, contemplación, acción y finalización.
d) Precontemplación, contemplación, acción y finalización.

192. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la psicoterapia interpersonal es incorrecta?

a) Está influenciada por los modelos teóricos interpersonales y del apego.
b) Está dirigida a trabajar los duelos no resueltos, los conflictos y transiciones de rol, y los déficits interpersonales.
c) Es un enfoque ecléctico que puede incluir técnicas tales como psicoeducación, role-playing, o solución de problemas.
d) Ha mostrado su eficacia en el tratamiento de la psicosis.



193. Respecto a la entrevista motivacional de Miller, señale la respuesta correcta:

a) Está basada en los principios de la Terapia Racional Emotiva.
b) Se centra en abordar la certeza de los pacientes a la hora de hacer cambios sustanciales en su vida.
c) No puede ser utilizada en combinación con otras técnicas o enfoques terapéuticos.
d) Se centra en desarrollar la discrepancia entre las conductas y los objetivos y valores del paciente.

194. De las siguientes afirmaciones respecto a la utilización de la exposición en imaginación, señale la INCORRECTA:

a) Se usa siempre para que la persona paciente esté más motivada.
b) Se usa cuando el estímulo fóbico no está disponible o no es seguro el contacto directo.
c) Se usa como ejercicio preparatorio antes de la exposición en vivo.
d) Se usa cuando se deben confrontar pensamientos, imágenes o recuerdos temidos.

195. Respecto a la entrevista motivacional de Miller, señala la respuesta correcta:

a) Está basada en los principios de la Terapia Racional Emotiva.
b) Se centra en abordar la certeza de las personas pacientes a la hora de hacer cambios sustanciales en su vida.
c) No puede ser utilizada en combinación con otras técnicas o enfoques terapéuticos.
d) Se centra en desarrollar la discrepancia entre las conductas y los objetivos y valores de la persona paciente.

196. Al planificar una intervención grupal psicoeducativa en salud pública, ¿cuál de las siguientes decisiones es más coherente con la práctica basada en la evidencia?

a) Elegir el tratamiento solo por preferencia personal del/de la terapeuta.
b) Integrar la mejor evidencia disponible, la competencia clínica y las características y preferencias de la persona paciente o grupo.
c) Aplicar exclusivamente tratamientos manualizados sin adaptación clínica.
d) Evitar toda intervención si no existen ensayos clínicos con la misma población local.

197. En terapia cognitiva, una paciente concluye "si me equivoco en una frase, todos pensarán que soy incompetente". El terapeuta trabaja identificando y cuestionando esa cognición inmediata ante la situación. ¿Qué concepto técnico describe mejor el foco inicial?

a) Pensamiento automático.
b) Refuerzo negativo.
c) Respuesta incondicionada.
d) Extinción operante.

198. ¿Qué aspecto tienen en común la terapia narrativa y la terapia cognitiva? (señala la respuesta CORRECTA):

a) En su énfasis en cambiar las interpretaciones que hacen las personas pacientes de los acontecimientos.
b) En su énfasis en la persona y en resistir fuerzas culturales o sociales opresivas.
c) Priorizan la modificación de conductas mediante las teorías del aprendizaje.
d) a), b) y c) son correctas.

199. "¿Cuándo no fue esto un problema para ti? ¿Cuándo no fue tan grave?; Si el problema desapareciera, ¿En qué cambiaría tu vida?; ¿Cómo de grave ha sido el problema durante la última semana?, ¿Cuándo ha mejorado el problema?, ¿Cómo conseguiste que mejorara?". Esta serie de preguntas, ¿a qué tipo de terapia corresponden? (señala la respuesta CORRECTA):

a) Terapia Narrativa de Michael White y David Epston.
b) Terapia Dialectica Conductual de Marsha Linehan.
c) Terapia Centrada en Soluciones de Steve deShazer e Insoo Kim Berg.
d) Terapia Basada en la Mentalización de Peter Fonagy.

200. La persona actúa como espectadora sin reaccionar de manera compulsiva ante las diferentes experiencias sería un objetivo de (Señala la respuesta CORRECTA):

a) La terapia cognitiva.
b) La terapia focalizada en la emoción.
c) La terapia focalizada en la transferencia.
d) La terapia de aceptación y compromiso.

201. Según Yalom (2005) que en la psicoterapia grupal las tendencias interpersonales de la persona paciente probablemente reaparezcan dentro del grupo terapéutico, promoverá (señala la respuesta CORRECTA):

a) Cohesión grupal.
b) Aprendizaje interpersonal.
c) Recapitulación correctiva del grupo familiar primario.
d) Comportamiento imitativo.

202. Las personas que resultan difíciles en el trato interpersonal, que se siente molestas en el contacto con el otro, que sienten grandes frustraciones en numerosas relacione sin recibir ningún tipo de retroalimentación sobre su comportamiento que pueden alejar a amigos, parejas o compañeros de trabajo sin que estos les digan directamente qué es lo que hicieron para contribuir al fin de la relación, pueden beneficiarse principalmente del siguiente tipo de tratamiento psicológico (señala la respuesta CORRECTA):

a) Terapia multisistémica familiar de Henggeler y Schaeffer.
b) Psicoterapia grupal interpersonal de Yalom.
c) Psicoterapia Estratégica de Haley.
d) Terapia de aceptación y compromiso de Hayes.

203. Los principios centrales de la Entrevista Motivacional son (señala la respuesta CORRECTA):

a) Mostrar empatía, aceptar la resistencia, poner de relieve la discrepancia y evitar la discusión.
b) Confrontar la resistencia, interpretar la oposición de la persona paciente, discutir las creencias desadaptativas y validar emocionalmente a la persona paciente.
c) Potenciar la autoeficacia percibida, desafiar las creencias desadaptativas, promover el insight y promover la autocompasión y confrontar las conductas de riesgo.
d) Señalar la resistencia, desarrollar un locus de control interno, movilizar a las personas significativas y comprometerse con los valores personales.

204. Señale cuál de las siguientes afirmaciones es verdadera, según el modelo cognitivo del pánico de Clark y Salkovskis.

a) Existe una interpretación catastrófica de las sensaciones corporales.
b) El sujeto NO presenta suficiente atención a sus manifestaciones fisiológicas de ansiedad.
c) El miedo al miedo provoca los ataques.
d) Se asume que el trastorno de pánico es cualitativamente distinto a otros trastornos de ansiedad.

205. Señale cuál de las siguientes afirmaciones sobre la aplicación de la exposición a los trastornos de ansiedad es verdadera.

a) La exposición sirve para abordar la agorafobia pero NO la fobia social.
b) La técnica más utilizada para los trastornos de ansiedad es la desensibilización sistemática.
c) La exposición prolongada es el tratamiento psicológico con mayor respaldo empírico en los trastornos asociados al estrés.
d) La exposición debe graduarse para que sea lo más lenta posible.,

206. Respecto a la agorafobia, señala la opción correcta:

a) La agorafobia no parece tener ningún componente hereditario.
b) Ciertos factores de personalidad predicen el inicio.
c) La agorafobia tiende a remitir con el tiempo aunque no se trate.
d) La agorafobia no constituye un diagnóstico independiente en el DSM-5, solamente se considera dentro del trastorno de pánico.

207. En el modelo integrador de Barlow para el trastorno de pánico, ¿qué elemento corresponde a una vulnerabilidad psicológica generalizada?

a) La percepción de que los eventos negativos son impredecibles o poco controlables y de que quizá no se dispondrá de recursos suficientes para afrontarlos.
b) La tendencia temperamental general a experimentar afecto negativo o neuroticismo.
c) La interpretación catastrófica específica de las sensaciones corporales de ansiedad como señales de peligro inminente.
d) La asociación aprendida entre determinadas sensaciones interoceptivas y la aparición de crisis de pánico.

208. Una persona paciente ha tenido ataques de pánico esperados exclusivamente al exponerse a perros, sin preocupación persistente por ataques inesperados ni cambios conductuales generalizados. ¿Cuál es la formulación más prudente?

a) Trastorno de pánico.
b) Especificador de ataque de pánico asociado al cuadro principal si procede.
c) Agorafobia.
d) Trastorno de ansiedad generalizada.

209. Una paciente refiere crisis inesperadas con palpitaciones, disnea y miedo a perder el control. Desde hace dos meses evita hacer deporte y viajar sola por temor a que aparezca otra crisis. Sus preocupaciones no se extienden a otros ámbitos cotidianos. ¿Cuál es la formulación diagnóstica más ajustada?

a) Trastorno de ansiedad generalizada, porque la preocupación se mantiene durante más de un mes.
b) Agorafobia, porque la evitación de desplazamientos es suficiente para el diagnóstico.
c) Trastorno de pánico, si las crisis son inesperadas y existe preocupación persistente o cambio desadaptativo posterior.
d) Fobia específica situacional, porque la evitación se limita a actividades y desplazamientos concretos.

210. Una paciente evita transporte público, cines y centros comerciales. Al explorar la secuencia de miedo, refiere que no teme tanto los lugares en sí mismos como notar mareo, palpitaciones o sensación de ahogo y no poder escapar o recibir ayuda. Durante las exposiciones situacionales entra en los lugares acompañada, lleva ansiolítico "por si acaso" y abandona la tarea cuando la activación sube. ¿Cuál sería la decisión técnica más ajustada?

a) Mantener la exposición situacional, pero permitir acompañante, ansiolítico de rescate y escape inicial para que la paciente acumule experiencias exitosas sin sobrepasar su ventana de tolerancia.
b) Reorientar la intervención hacia exposición situacional e interoceptiva, reduciendo progresivamente señales de seguridad y escape, porque el foco de amenaza incluye sensaciones corporales interpretadas catastróficamente.
c) Sustituir la exposición por respiración lenta y relajación aplicada hasta que la paciente tolere los síntomas físicos sin ansiedad anticipatoria.
d) Posponer la exposición interoceptiva hasta que la paciente pueda permanecer sola en todos los lugares evitados, porque trabajar sensaciones corporales antes de la exposición en vivo aumenta el riesgo de recaída.

211. Señale cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA respecto al modelo teórico de la ansiedad generalizada de Dugas y Barlow:

a) Las personas pacientes con ansiedad generalizada tienen intolerancia a la incertidumbre.
b) Ls personas pacientes con ansiedad generalizada aprenden a estar vigilantes hacia amenazas externas o internas
c) La preocupación facilita el procesamiento emocional de las amenazas percibidas
d) El hecho de preocuparse está relacionado con conductas de evitación del malestar emocional.

212. ¿Cuál de los siguientes componentes del entrenamiento en solución de problemas es especialmente relevante en las personas pacientes con ansiedad generalizada?

a) La orientación inicial hacia el problema.
b) La generación de soluciones alternativas.
c) La definición del problema.
d) La evaluación de la solución.

213. Señale la opción correcta en relación con la evaluación del trastorno de ansiedad generalizada:

a) Se hace imprescindible la inclusión de medidas psicofisiológicas como el electrocardiograma.
b) Es habitual incluir medidas de meta-cogniciones relacionadas con la preocupación.
c) Únicamente se recomienda el uso de instrumentos de evaluación heteroaplicados.
d) No se tiene en consideración la información obtenida mediante el uso de

autorregistros.

214. En el modelo metacognitivo de Wells para el trastorno de ansiedad generalizada, ¿qué diferencia mejor la preocupación de tipo 2 de la preocupación de tipo 1?

a) La preocupación de tipo 2 se refiere a problemas cotidianos externos, mientras que la de tipo 1 se refiere al propio pensamiento.
b) La preocupación de tipo 2 se centra en la naturaleza y ocurrencia de los propios pensamientos, es decir, preocupación sobre la preocupación.
c) La preocupación de tipo 2 aparece únicamente durante ataques de pánico inesperados.
d) La preocupación de tipo 2 se limita a síntomas somáticos no cognitivos.

215. En la evaluación de una persona con preocupación excesiva y ansiedad persistente, ¿qué interpretación clínica es más prudente si además aparece bajo afecto positivo marcado según el modelo tripartito de Clark y Watson?

a) Refuerza específicamente el diagnóstico de TAG y descarta depresión.
b) Obliga a explorar sintomatología depresiva comórbida o diagnóstico diferencial con depresión.
c) Indica trastorno de pánico si existen síntomas fisiológicos.
d) Permite descartar los trastornos de ansiedad por tratarse de un marcador exclusivamente somático.

216. ¿Cuál de los siguientes instrumentos incluye una dimensión específica para evaluar síntomas de trastorno de ansiedad generalizada según criterios DSM-5

a) Escala de Síntomas de los Trastornos de Ansiedad y Depresión (ESTAD).
b) Revised Clinical Anxiety on DepressionScale-30 (RCADS-30).
c) Escala de Ansiedad (EA).
d) No existen cuestionarios específicos para el TAG.

217. Según la CIE-11, el 'Trastorno de ansiedad generalizada' se caracteriza por síntomas marcados de ansiedad que persisten durante:

a) Al menos 1 mes.
b) Al menos 3 meses.
c) Al menos varios meses, durante más días de los que no se manifiestan.
d) Al menos 12 meses continuos.

218. Según estudios sobre el papel de la tensión muscular en el TAG, ¿cuál es la relación entre preocupación, tensión muscular y estrés?

a) Existe una asociación fisiológica directa entre ansiedad y tensión muscular en el TAG.
b) La preocupación excesiva causaría estrés y éste sería el responsable de la tensión muscular, sin asociación fisiológica directa.
c) La tensión muscular causa la preocupación mediante un mecanismo de retroalimentación.
d) No existe relación entre tensión muscular y TAG.

219. ¿Cuál es el subtipo más frecuente dentro del trastorno delirante"?

a) Paranoide.
b) Persecutorio.
c) Celotípico.
d) Megalomaniaco.

220. La fase de educación/información en el tratamiento de las fobias específicas y de la fobia social tiene diversos objetivos. Señale cuál de los siguientes es incorrecto.

a) Explicarle que tiene un trastorno de ansiedad y cómo hacer para evitar el malestar.
b) Explicarle que la ansiedad es una emoción normal.
c) Demostrarle que es una respuesta que se aprende.
d) Explicarle los diferentes componentes de su emoción: las respuestas conductuales, fisiológicas y cognitivas.

221. Señale cuál de las siguientes afirmaciones respecto a la aplicación de la técnica de modelamiento en las fobias es cierta.

a) Se utiliza como estrategia prioritaria en el caso de las fobias.
b) El terapeuta debe evitar actuar como modelo.
c) El modelo ejecuta conductas de aproximación al objeto temido y el paciente observa detenidamente.
d) El modelo debe evitar usar autoinstrucciones.

222. ¿Cuál de las siguientes técnicas se prescribe en el tratamiento del trastorno de ansiedad social?

a) Exposición en vivo a situaciones sociales para ampliar las estrategias de afrontamiento.
b) Técnicas basadas en la aceptación y el compromiso para la reducción de la sintomatología física.
c) Procedimientos basados en la inoculación del estrés.
d) Desensibilización sistemática junto con feedback proporcionado por grabaciones en

video de las interacciones.

223. Para el tratamiento de las fobias específicas en los/las niños/as se utilizan, entre otras, técnicas de modelado, entre las que está el modelado en vivo, que sigue un modelo que exhibe la conducta de aproximación de los/las niños/as al objeto temido. Señala cuál de las siguientes afirmaciones es cierta respecto a esta técnica, según Caballo y Simón (2016):

a) Solamente puede aplicarse individualmente (modelado individual).
b) El modelo no utiliza la gradación, sino que lleva a cabo comportamientos valerosos ante el estímulo aversivo, para ser observado por los/las niños/as.
c) El valor terapéutico de este procedimiento se potencia si después de la demostración el/la niño/a inicia la interacción con los estímulos fóbicos (modelado participante).
d) Una desventaja importante del modelado en vivo es su falta de flexibilidad.

224. Uno de los tratamientos que más se han utilizado para las fobias específicas es la desensibilización sistemática. Indica cuál de las siguientes NO es una característica de este tratamiento:

a) La exposición a los estímulos que provocan ansiedad es uno de sus componentes clave.
b) Se trata de romper la asociación entre el objeto temido y el sentimiento aversivo, sin asociar el objeto temido con nada.
c) Se trata de reparar (o contracondicionar) el objeto temido con una nueva respuesta que es incompatible con la ansiedad.
d) Utiliza el entrenamiento en relajación.

225. En el curso habitual de la fobia específica, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es más ajustada?

a) Suele iniciarse en la infancia o adolescencia temprana, aunque algunas fobias situacionales pueden tener inicio más tardío.
b) La fobia específica suele iniciarse en la adolescencia tardía; las fobias situacionales aparecen antes que las fobias animales y las de sangre-inyección-herida.
c) Las fobias específicas iniciadas en la infancia suelen mantenerse estables durante la infancia y la adolescencia, pero remiten con frecuencia cuando persisten en la edad adulta.
d) Requiere necesariamente la presencia de ataques de pánico inesperados recurrentes.

226. Según la teoría bifactorial de Mowrer, el mantenimiento de la evitación fóbica se explica principalmente porque:

a) La evitación reduce la ansiedad y queda reforzada negativamente.
b) La evitación produce exposición no reforzada y acelera la extinción del miedo.
c) La evitación se mantiene por castigo positivo aplicado por el entorno.
d) La evitación es una respuesta innata independiente del aprendizaje.



227. Una mujer evita comer delante de compañeros por temor a hacer el ridículo, ser observada y recibir una evaluación negativa. No teme atragantarse ni ganar peso. ¿Qué diagnóstico resulta más coherente?

a) Fobia específica situacional.
b) Trastorno de ansiedad social.
c) Trastorno de pánico.
d) Trastorno obsesivo-compulsivo.

228. En una exposición en imaginación, ¿cuál de las siguientes indicaciones es más adecuada desde una perspectiva clínica?

a) Utilizar exposición en imaginación o escrita cuando el estímulo temido no puede reproducirse directamente de forma segura o cuando el material clínicamente relevante son recuerdos, imágenes o escenarios temidos, manteniendo activación emocional suficiente durante la tarea
b) Priorizar siempre la exposición en imaginación frente a la exposición en vivo, porque ambas modalidades producen el mismo grado de aprendizaje correctivo ante estímulos externos disponibles.
c) Sustituir la exposición interoceptiva por exposición en imaginación cuando el miedo principal se centra en sensaciones corporales como palpitaciones, mareo o disnea
d) Reservar la exposición en vivo únicamente para los casos en los que la exposición en imaginación no genere ansiedad durante las primeras sesiones.

229. En la exposición en vivo para una fobia, la persona paciente completa la tarea pero escapa cada vez que nota ansiedad intensa. ¿Qué problema técnico es más probable?

a) La exposición está funcionando correctamente porque la reducción inmediata de ansiedad confirma el aprendizaje.
b) La conducta de escape puede impedir el aprendizaje correctivo y mantener la asociación de amenaza.
c) La exposición en vivo debe sustituirse siempre por relajación muscular.
d) La evitación solo importa antes de iniciar la exposición, no durante la sesión.

230. Para diagnosticar trastorno de ansiedad social en niños/as, ¿qué condición diferencial recoge el DSM-5?

a) La ansiedad debe aparecer en interacciones con personas adultas.
b) La ansiedad debe aparecer en contextos con iguales, no solo durante interacciones con personas adultas.
c) Debe existir retraso del lenguaje como criterio obligatorio.
d) Debe limitarse necesariamente a situaciones de actuación o rendimiento para poder establecer el diagnóstico.

231. ¿Qué elemento distingue con mayor precisión la desensibilización sistemática de una exposición graduada estándar?

a) La desensibilización sistemática combina la jerarquía de estímulos con una respuesta incompatible, típicamente relajación, antes o durante la exposición.
b) La desensibilización sistemática elimina la necesidad de una jerarquía de estímulos.
c) La desensibilización sistemática se basa en castigo positivo ante la respuesta de miedo.
d) La desensibilización sistemática se aplica sólo a síntomas depresivos y no a ansiedad.

232. Señale cuál de las siguientes características define el trastorno de adaptación según el DSM 5.

a) Desarrollo de síntomas emocionales o conductuales en los 6 meses siguientes al inicio de un factor de estrés.
b) Se mantiene un funcionamiento adecuado en las áreas social y laboral.
c) El paciente presenta un malestar intenso desproporcionado a la gravedad del factor de estrés.
d) Es el diagnóstico correcto en los procesos de duelo normal.

233. Señale cuál de las siguientes características es FALSA para el trastorno de adaptación definido según se define en la CIE-11.

a) Se incluye en la categoría "trastornos específicamente asociados con el estrés".
b) Es una consecuencia directa de una situación de estrés grave o de una situación traumática sostenida.
c) La situación de estrés grave es de tipo catastrófico
d) La persona paciente puede presentar síntomas de la categoría de trastornos afectivos o de la categoría de trastornos neuróticos, pero no son ni tan específicos o suficientemente graves para otro trastorno mental

234. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones no corresponde a la categoría diagnóstica de trastornos de adaptación?

a) Los trastornos se consideran respuestas adaptativas patológicas al estrés.
b) La gravedad del cuadro depende de la vulnerabilidad idiosincrásica de la persona paciente.
c) Los síntomas más comunes incluyen la depresión del humor, la incapacidad para gestionar la situación, y el deterioro en las rutinas diarias.
d) Entre los subtipos más graves estarían el choque psíquico y la reacción de crisis aguda.

235. ¿Cuáles serían las características del trastorno de adaptación según el DSM-5?

a) Consiste en el desarrollo de síntomas emocionales o del comportamiento en respuesta a un factor de estrés que se produce en las dos semanas siguientes al inicio del factor.
b) La alteración relacionada con el estrés no es simplemente una exacerbación de otro trastorno anterior.
c) Los síntomas pueden incluirse dentro de los que cabría esperar en un proceso normal de duelo.
d) En el subtipo "con alteración mixta de las emociones y la conducta" pueden darse síntomas neurológicos como la amnesia.

236. El diagnóstico de trastorno adaptativo ha sido criticado como problemático en múltiples niveles y, en ocasiones, se ha denominado un diagnóstico de "cajón de sastre". La objeción más seria es que:

a) El diagnóstico no presenta una explicación consistente, coherente y clara de la relación esencial entre un estresor externo y una diátesis interna.
b) El diagnóstico es una manifestación más de la creciente medicalización de los problemas de la vida, así como de la hegemonía de los modelos biológicos en psiquiatría.
c) El uso de "trastorno de adaptación" se realiza para presentaciones clínicas que no cumplen con los criterios de otros diagnósticos psiquiátricos, en particular depresiones mayores o menores.
d) La validez predictiva del diagnóstico ha sido criticada porque muchos diagnósticos iniciales de trastorno de adaptación se cambian más tarde a otro trastorno primario afectivo, por uso de sustancias o de personalidad.

237. Indica la respuesta correcta en cuanto a las intervenciones de tratamiento que se pueden considerar en personas con trastorno adaptativo

a) La calidad de la evidencia disponible hasta el momento para los tratamientos tanto psicológicos como farmacológicos es «baja» o «muy baja».
b) Se recomienda el uso únicamente de Antidepresivos.
c) Se recomienda el uso únicamente de Entrenamiento en manejo de estrés.
d) Se aconseja que la intervención no sea una intervención ni focal, ni breve.

238. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA respecto a los criterios DSM-5 de los trastornos de adaptación?

a) Los síntomas emocionales o conductuales aparecen en respuesta a uno o más factores de estrés identificables.
b) Los síntomas se inician dentro de los tres meses siguientes al comienzo del factor estresante.
c) La alteración puede implicar malestar desproporcionado o deterioro significativo.
d) Una vez finalizado el factor de estrés o sus consecuencias, los síntomas deben mantenerse necesariamente más de seis meses.

239. Una cuidadora desarrolla ansiedad y bajo ánimo tres meses después de que su pareja inicie una enfermedad neurodegenerativa. Dos años después persisten síntomas moderados mientras la situación de cuidado y sus consecuencias continúan. ¿Qué afirmación es más ajustada?

a) El diagnóstico adaptativo queda descartado automáticamente al superar seis meses desde el inicio del estresor.
b) La duración puede superar seis meses si el estresor o sus consecuencias persisten.
c) Debe diagnosticarse trastorno depresivo persistente por duración mayor de dos años, aunque no cumpla criterios.
d) Puede codificarse como trastorno depresivo debido a otra afección médica.

240. Una diferencia entre el DSM-5 y la CIE-11 respecto a los trastornos de adaptación (TA), es que:

a) La CIE-11 ha omitido la especificación de subtipos dentro del TA.
b) El DSM-5 no reconoce subtipos.
c) Ambos utilizan los mismos subtipos.
d) La CIE-11 tiene más subtipos que el DSM-5.

241. Respecto a la evaluación de los Sucesos estresantes, ¿qué autores son los responsables del Cuestionario de Sucesos Vitales (CSV) en sus versiones de 1987 y 2017?

a) Holmes y Rahe.
b) Fernández-Seara y Mielgo Robles.
c) Sandín y Chorot.
d) Santed.

242. Señale cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA respecto al diagnóstico del trastorno dismórfico corporal en el DSM 5:

a) Se diagnostica dentro del grupo de “Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados”.
b) Preocupación por uno o más defectos o imperfecciones del aspecto físico propio que los demás ven como inexistentes o poco importantes.
c) Se caracteriza por una escasa o nula introspección respecto a las creencias.
d) En respuesta a la preocupación se llevan a cabo comportamientos o actos mentales repetitivos.

243. Para las sesiones de tratamiento que incluyen exposición en vivo o en la imaginación en el trastorno obsesivo-compulsivo se realiza la siguiente recomendación (señale la verdadera):

a) Los estímulos que producen ansiedad moderada se presentan antes que los que producen ansiedad intensa.
b) La exposición se inicia con estímulos que NO producen ansiedad.
c) La exposición se inicia con estímulos que provocan ansiedad intensa, ya que la exposición gradual NO ha demostrado su eficacia.
d) Las sesiones deben durar entre 30 y 40 minutos.

244. En el trastorno obsesivo compulsivo, la terapia cognitiva trabaja sobre las siguientes creencias disfuncionales:

a) Sobreestimación de la amenaza y razonamiento emocional.
b) Hiperresponsabilidad y excesiva importancia de los pensamientos.
c) Intolerancia ante la incertidumbre y miedo al miedo.
d) Perfeccionismo y temor a la evaluación negativa.

245. De las siguientes afirmaciones sobre los modelos conceptuales del trastorno obsesivo-compulsivo, señale la INCORRECTA:

a) Los modelos basados en la teoría del aprendizaje presentan limitaciones para explicar las obsesiones de tipo religioso, sexual y violento.
b) Los modelos basados en las teorías del apego apuntan a una prevalencia del estilo ansioso ambivalente en las personas pacientes con dicha patología.
c) Los modelos basados en los déficits de memoria señalan que las personas con este trastorno confían menos en su memoria que las personas sin él.
d) Los modelos de especificidad cognitiva afirman que el trastorno aparece cuando una persona interpreta pensamientos intrusivos normales como una amenaza de la que se siente responsable.

246. ¿Cuál de las siguientes variables es importante evaluar para el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo dado su elevado valor pronóstico?

a) La diversidad de las obsesiones.
b) La cantidad de rituales.
c) El nivel de insight.
d) Las conductas de evitación.

247. Respecto al trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) Para su diagnóstico debe haber presencia de compulsiones en forma de comportamiento o actos mentales.
b) Para su diagnóstico debe haber presencia de obsesiones que generan ansiedad o malestar importante.
c) La persona puede reconocer que las creencias de su trastorno no son ciertas.
d) Un 50 % de las personas con TOC tienen un trastorno de tics en la vida.

248. En el DSM-5 el TOC se ha eliminado de los trastornos de ansiedad y ahora constituye el diagnóstico insignia en su propia categoría de trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados junto a (señala la opción INCORRECTA):

a) Trastorno de acumulación.
b) Trastorno dismórfico-corporal.
c) Trastorno de arrancarse el cabello (anteriormente tricotilomanía).
d) Trastorno de apego obsesivo.

249. ¿Cuál es el instrumento considerado como la medida por excelencia para evaluar la gravedad del Trastorno obsesivo compulsivo?

a) Inventario de Creencias Obsesivas (ICO-R).
b) Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS): Segunda parte.
c) Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R)
d) Vancouver Obsessional Compulsive Inventory (VOCI).

250. Respecto al tratamiento psicológico, ¿cuál se menciona como el componente indispensable en la terapia cognitivo-conductual para el Trastorno obsesivo compulsivo?

a) Reestructuración cognitiva sobre la responsabilidad.
b) Experimentos conductuales con pensamientos intrusivos.
c) Exposición con prevención de respuesta.
d) Entrenamiento en estrategias de distracción cognitiva.

251. Respecto a la valoración del riesgo suicida, señale la afirmación verdadera.

a) Es más adecuado utilizar cuestionarios validados que la entrevista clínica.
b) El paciente nunca oculta su intención de suicidarse.
c) La desesperanza es el mejor predictor de suicidio.
d) NO es adecuado preguntar por la existencia de planes concretos de suicidio.

252. Respecto a la terapia cognitiva basada en el modelo de Beck, señale cuál de las siguientes afirmaciones es falsa.

a) La persona paciente debe detectar sus propias distorsiones cognitivas.
b) La persona paciente debe buscar hechos a favor y en contra de cada creencia.
c) Si alguna de las creencias es racional y correcta desde el punto de vista lógico, NO se cuestiona su utilidad.
d) La persona paciente debe buscar creencias alternativas.

253. Según el modelo de Fester para la depresión (1966, 1973), esta se caracteriza por:

a) Atribuciones internas, globales y estables de sucesos negativos.
b) Un déficit de habilidades sociales y de resolución de problemas.
c) Atender selectivamente a eventos negativos, establecer criterios de valoración poco realistas y reforzarse pocas veces.
d) Exceso de conductas para escapar o evitar estimulación aversiva y déficit de comportamientos para obtener refuerzo positivo.

254. La idea del adolescente "soy un desastre" refleja la distorsión denominada:

a) Inferencia arbitraria.
b) Personalización.
c) Razonamiento emocional.
d) Pensamiento dicotómico.

255. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el modelo de indefensión aprendida de Seligman es INCORRECTA?

a) La depresión aparece a través del aprendizaje temprano de la incontrolabilidad de las consecuencias aversivas.
b) El modelo de indefensión aprendida es un modelo explicativo específico de los trastornos depresivos.
c) Los eventos aprendidos se caracterizan por la pasividad, la incapacidad para mostrarse hostil y la culpa.
d) Los programas de tratamiento basados en este modelo se centran en desarrollar nuevas estrategias cognitivas orientadas a modificar las expectativas de incontrolabilidad.

256. La terapia cognitivo-conductual para el insomnio NO utiliza:

a) Control de estímulos.
b) Técnicas de relajación.
c) Intención paradójica.
d) Técnicas de exposición.



257. ¿Qué factor se debe considerar especialmente durante las entrevistas de evaluación inicial debido a la alta comorbilidad que presenta con la depresión?

a) La posible existencia de otros trastornos psicológicos.
b) El nivel adquisitivo de la persona paciente.
c) El estilo de vida y la dieta.
d) La duración de cada síntoma.

258. ¿Cuáles son los dos instrumentos más utilizados en el mundo para la evaluación de los trastornos depresivos?

a) La Escala de depresión de Zung y la Escala de Depresión de Montgomery-Asberg.
b) El Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Hamilton.
c) La Escala de Plutchik y la Escala de Desesperanza de Beck.
d) El SCID-I y la entrevista MINI.

259. ¿Qué característica destaca especialmente del Vancouver Obsessional Compulsive Inventory (VOCI) frente a otros instrumentos?

a) La inclusión de una subescala para evaluar síntomas de orden y dudas.
b) La inclusión de una subescala para evaluar sensaciones de inacabado o de que algo no está bien.
c) Su excelente estabilidad inicial en la estructura factorial y validez discriminante.
d) Que es el único validado para población clínica de habla castellana.

260. En el ámbito de las intervenciones preventivas de la depresión postparto, ¿qué tratamiento cuenta con el mayor nivel de evidencia (2++) y grado de recomendación (B)?

a) Terapia interpersonal.
b) Terapia cognitivo-conductual.
c) e-health
d) Psicoterapia diádica.

261. En cuanto a la clasificación por tipo de instrumento para la valoración de trastornos depresivos, ¿cuál de los siguientes se categoriza como de heteroevaluación?

a) Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D)
b) Montgomery-Åsberg (MADRS).
c) SCL-90-R
d) Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II).

262. Si un/una psicólogo/a busca un tratamiento bien establecido (Grado recomendación A) para aplicar a una persona paciente adolescente con depresión, ¿cuál de las siguientes opciones sería la adecuada?

a) La terapia cognitivo conductual y la psicoterapia interpersonal.
b) Terapia familiar.
c) Terapia psicológica integrada para adolescentes
d) Intervenciones basadas en psicología positiva.

263. Señale cuál de las siguientes afirmaciones sobre la entrevista psiquiátrica semiestructurada (PANSS) para la evaluación de la esquizofrenia es correcta.

a) Es un cuestionario autoinformado que incluye tanto síntomas psicóticos como de ansiedad y depresión.
b) Incluye tres escalas: síntomas positivos, síntomas negativos y síntomas desorganizados.
c) El objetivo de la primera escala es establecer una buena relación terapéutica con el paciente a la vez que se explora la presencia de alucinaciones, ansiedad y delirios
d) En la tercera escala se evalúa psicopatología general donde se incluye evaluación de manierismos y retardo motor.

264. Señale cuál de las siguientes afirmaciones es falsa respecto a la terapia cognitiva de las alucinaciones propuesta por Chadwick.

a) El objetivo principal es reducir la angustia que experimenta la persona y las conductas problemáticas que presenta.
b) Han desarrollado estrategias para facilitar la implicación de las personas pacientes en la terapia.
c) Está indicada exclusivamente para las creencias sobre la omnipotencia de las voces.
d) El procedimiento de intervención se basa en la terapia cognitiva de Beck.

265. Señale cuál de las siguientes afirmaciones es verdadera respecto al "Programa De Mejora De La Estrategia De Afrontamiento" propuesto por Tarrier para el tratamiento de la esquizofrenia.

a) Se entrena a la persona paciente en estrategias generales para manejar los diversos síntomas.
b) Se desarrolla una sola estrategia para cada síntoma, y luego se aborda un síntoma nuevo.
c) Se incluyen estrategias cognitivas, conductuales, sensoriales y fisiológicas.
d) Se debe continuar con la práctica de la estrategia durante meses, pues es habitual que requiera mucho tiempo para ser efectiva.

266. La eficacia del entrenamiento en habilidades sociales para la esquizofrenia no se ha comprobado en:

a) La mejora del funcionamiento social
b) La reducción de los síntomas negativos.
c) La prevención de recaídas
d) La mejora de la cognición básica.

267. ¿Cuál de las siguientes características de las terapias cognitivo-conductuales para la esquizofrenia es incorrecta?

a) Normalizar las experiencias psicóticas como respuestas al estrés.
b) Utilizar técnicas de distracción para los delirios.
c) Utilizar el análisis de las evidencias a favor y en contra de manera no confrontativa.
d) Modificar los sesgos en el procesamiento de la información, derivados de experiencias traumáticas, en la interpretación de sucesos vitales.

268. ¿Cuál es el objetivo principal de determinar las funciones cognitivas y el posible deterioro en los trastornos psicóticos?

a) Sustituir completamente la intervención farmacológica por una integral.
b) Cumplir con los requisitos administrativos.
c) Evaluar únicamente el bienestar emocional y afectivo de la persona.
d) Realizar un seguimiento y diseñar la intervención en rehabilitación cognitiva.

269. ¿En qué momento del proceso psicótico se recomienda que se lleven a cabo las intervenciones de remediación cognitiva?

a) Únicamente durante la fase prodrómica.
b) En el momento de máxima intensidad de los síntomas polimorfos.
c) En el momento de estabilización del proceso psicótico.
d) Antes de realizar cualquier tipo de evaluación diagnóstica.

270. ¿Cuál de las siguientes intervenciones para los trastornos psicóticos cuenta con un nivel de evidencia fuerte según la 12.ª división de la Asociación Estadounidense de Psicología (div12.org)?

a) La economía de fichas y las intervenciones familiares.
b) El entrenamiento en habilidades sociales.
c) La rehabilitación cognitiva y la terapia cognitivo conductual.
d) Todas son correctas: a), b) y c).

271. Según el DSM-5, una narcolepsia en la que se dan episodios de cataplejía una vez al día o cada pocos días, con alteración del sueño nocturno y necesidad de múltiples siestas al día, se considera de gravedad:

a) Leve.
b) Moderada.
c) Grave.
d) Severa.

272. ¿Cuál de las siguientes características NO guarda relación con los problemas crónicos de insomnio?:

a) Presentar un exceso de actividad física.
b) Tender más a internalizar las emociones que a expresarlas.
c) Alta necesidad de control.
d) Experimentar dificultades interpersonales.

273. Según Caballo, Navarro y Sierra (1998), el principal método de tratamiento para el síndrome de la fase del sueño retrasado es la cronoterapia, que pretende un reajuste progresivo del inicio del sueño hasta conseguir la pauta deseada y consiste en:

a) Adelantar cada día el despertar 1 hora, durante al menos una semana.
b) Adelantar cada día el despertar 3 horas, durante al menos una semana.
c) Retrasar cada día tres horas el inicio del sueño, durante al menos una semana.
d) Establecer un horario rígido de inicio de sueño y despertar, permitiendo dormir únicamente 5 horas, durante al menos una semana.

274. El insomnio psicofisiológico implica una excitación condicionada asociada con la idea de dormir y puede causar un importante malestar en la persona que lo padece. Respecto al tratamiento de este tipo de insomnio se puede afirmar que:

a) La terapia de control de estímulos es eficaz para tratarlo.
b) Este tipo de insomnio no tiene que ver con las pautas de higiene de sueño, por lo que no es necesario abordarlas en terapia.
c) La terapia de relajación no es efectiva, aunque haya rumiación, a la hora de ir a dormir.
d) El único tratamiento efectivo para este tipo de insomnio es el farmacológico.

275. ¿Durante cuánto tiempo se debe cumplimentar, como mínimo, el diario de sueño según el manual de Belloch?

a) Una semana.
b) Tres días.
c) Un mes.
d) Dos semanas.



276. ¿Cuál es la intervención principal recomendada para el tratamiento de pesadillas y terrores nocturnos?

a) El uso de dispositivos electrónicos antes de dormir.
b) La parada de pensamientos desadaptativos.
c) Los despertares programados.
d) La mejora de los hábitos alimenticios y la reducción de peso.

277. ¿Cómo se calcula la eficiencia del sueño para la técnica de restricción del tiempo en cama?

a) Dividiendo el tiempo dormido entre el tiempo total en cama y multiplicando por 100.
b) Restando las horas de sueño a las horas totales del día.
c) Dividiendo el número de despertares entre el tiempo total de descanso.
d) Multiplicando el tiempo total en cama por la cantidad de rumiaciones detectadas.

278. Según Cashman y McCann (1991), ¿cuál es la duración recomendada para obtener la línea-base de la conducta de sueño/vigilia en niños/as?

a) Al menos una semana de registro único por parte de los/las padres/madres.
b) Al menos dos semanas, con registros independientes del/de la niño/a y de los/las padres/madres.
c) Un ciclo completo de 30 días naturales.
d) Tres días lectivos y un fin de semana completo.

279. Respecto las recomendaciones generales para el tratamiento de las disfunciones sexuales, señale cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA

a) Incluye cuatro niveles de intervención y es importante aplicarlos todos.
b) Incluye un componente de comunicación con la pareja
c) Incluye un componente de reducción de la ansiedad.
d) Incluye tratamientos específicos a la disfunción sexual.

280. De las siguientes afirmaciones sobre la evaluación de las disfunciones sexuales en las mujeres, señale la INCORRECTA:

a) Debe tener una perspectiva multidimensional, ya que las disfunciones presentan comorbilidades con otros trastornos y tienen múltiples causas etiológicas.
b) Se recomienda evitar la exploración de las experiencias sexuales tempranas no deseadas.
c) Debe incluir la historia psicosocial y la evaluación del funcionamiento en las relaciones personales.
d) Debe recoger las actitudes sexuales en la familia y en la cultura de origen.

281. Según Labrador (1994), ¿cuál es uno de los componentes básicos que debe incluir cualquier intervención ante una disfunción sexual?

a) El uso de fármacos ansiolíticos de amplio espectro.
b) Facilitar información y educación sexual para romper falsas creencias.
c) La realización obligatoria de un registro objetivo de prácticas sexuales.
d) El aislamiento de la persona paciente de su pareja durante la primera fase.

282. Atendiendo a lo expuesto por Brotto y Yule (2010), si una persona asexual busca ayuda porque mantiene relaciones para satisfacer a su pareja, ¿cuál es la intervención más adecuada?

a) Una terapia orientada a modificar su condición asexual.
b) Tratamiento farmacológico para aumentar la libido.
c) Una terapia de pareja, sin intentar cambiar su asexualidad.
d) Terapia de exposición a estímulos eróticos (Masters y Johnson).

283. ¿Qué técnicas se sugieren específicamente para mejorar los estados ansiosos asociados al desempeño sexual?

a) Reestructuración cognitiva profunda y mindfulness.
b) Hipnosis clínica y entrenamiento en autoinstrucciones.
c) Desensibilización sistemática o exposición.
d) Entrenamiento en asertividad únicamente.

284. ¿Cuál es el objetivo principal del entrenamiento en fantasías sexuales de Masters y Johnson?

a) Eliminar por completo el contacto físico con la pareja.
b) Disminuir la ansiedad, centrar la atención en estímulos eróticos y potenciar el deseo.
c) Sustituir la actividad sexual real por una actividad puramente imaginaria.
d) Evaluar posibles traumas infantiles no resueltos.

285. En el caso de la eyaculación precoz, ¿cómo se denominan la técnica que consiste en detener la estimulación del pene justo antes de la eyaculación?

a) Técnica de Kegel.
b) Técnica del apretón (Masters y Johnson).
c) Técnica de Semans.
d) Técnica de parada y arranque.

286. ¿Por qué se considera fundamental trabajar la comunicación de la pareja con independencia de la disfunción sexual tratada?

a) Porque es el único factor que determina el diagnóstico clínico inicial.
b) Porque una buena comunicación favorece la satisfacción y evita el mantenimiento del problema.
c) Porque permite a la persona profesional delegar la terapia a uno de los dos miembros de la pareja.
d) Porque sustituye la necesidad de realizar educación sexual.

287. En terapia familiar, ¿Qué caracteriza una familia emocionalmente fusionada? (señala la respuesta CORRECTA)

a) Una familia con una gran sintonía afectiva en la que las personas miembros son capaces de expresar como se sienten y cuales son sus intereses.
b) Las personas miembros sacrifican toda cercanía emocional para lograr autonomía
c) La familia tiene poca tolerancia hacia diferencias de pensamientos o sentimientos.
d) Los miembros mantienen independencia y escasa cercanía afectiva

288. Con niños/as y adolescentes, en terapia familiar cuando la psicóloga clínica observa tendencias de triangulación en las relaciones y conflictos entre las personas miembros de la familia (señala la respueta CORRECTA):

a) Se explora cual de los/las dos progenitores/as tiene razón en el conflicto.
b) Fomenta que las partes resuelvan el conflicto directamente entre ellas.
c) Ante una triangulación incorporará a un/una tercero/a significativo/a para apoyar emocionalmente a las personas miembros de la familia y principalmente a los/las hijos/as víctimas del conflicto entre los/las progenitores/as.
d) a), b) y c) son correctas.

289. Señale cuál de las siguientes afirmaciones es falsa respecto a la evaluación de las conductas adictivas desde la perspectiva del análisis conductual-funcional:

a) Se centra en conductas observables y variables causales que estén actuando en el presente.
b) Recoge los datos de la historia biográfica que puedan estar funcionando como factores predisponentes.
c) Busca relaciones disfuncionales entre estímulos (de origen interno y/o externo), comportamientos y consecuencias (extrínsecas y/o intrínsecas).
d) Los datos recogidos en la evaluación orientan respecto al tratamiento a implementar.

290. Respecto a las recaídas en el consumo, señale cuál de las siguientes afirmaciones es verdadera.

a) Hay que avisar a las personas pacientes que son muy frecuentes los consumos esporádicos y NO deben preocuparse.
b) Una recaída NO pone en riesgo los avances conseguidos.
c) Las recaídas suponen volver a iniciar el tratamiento desde el principio.
d) Es importante analizar los factores internos y externos que suponen un riesgo para lasrecaídas.

291. De las siguientes estrategias terapéuticas, ¿cuál está especialmente dirigida a la reducción del "craving"?

a) El entrenamiento en asertividad.
b) La terapia de exposición a los estímulos relacionados con el consumo.
c) La terapia de pareja conductual.
d) Las intervenciones motivacionales.

292. ¿Qué fase del tratamiento de la drogadicción se orienta a romper la dependencia psicosocial y lograr un cambio en el estilo de vida?

a) Fase de desintoxicación.
b) Fase de deshabituación.
c) Fase de prevención de recaídas.
d) Fase de seguimiento.

293. Señala la respuesta correcta respecto al tratamiento de las drogadicciones:

a) No es recomendable realizar la desintoxicación de forma gradual.
b) En la fase de desintoxicación el trabajo terapéutico se orienta a romper la dependencia psicosocial de la sustancia.
c) La reestructuración cognitiva es un procedimiento útil en la fase de deshabituación y en la fase de prevención de recaídas.
d) La exposición y modificación del estilo de vida deben aplicarse desde el inicio del tratamiento, en la fase de desintoxicación.

294. Uno de los modelos de tratamiento para la anorexia nerviosa es la hospitalización en casa, que se plantea como una alternativa a la hospitalización tradicional, por ser menos costosa y aversiva. Está indicada especialmente en aquellos casos en los que surge una recaída en personas que han estado hospitalizadas y en las que la pérdida de peso no ha sido excesiva (Morandé, 1995). Mediante este tipo de intervención (señala la opción INCORRECTA):

a) El objetivo terapéutico es conseguir el aumento de peso, así como la modificación del patrón de ingesta y de ejercicio físico, recurriendo para ello al reposo vigilado y supervisado.

b) Se establece un programa operante en el que la persona paciente parte de un nivel cero de privilegios y va obteniendo refuerzos a medida que realiza las conductas establecidas.
c) Es la familia la que se encarga de la correcta realización del programa, contando con la supervisión constante y directa de los/las profesionales.
d) Se puede recurrir a esta modalidad cuando no existen complicaciones médicas graves que requieran de una asistencia médica constante, ni se requiera un aumento inmediato de peso.

295. Según el DSM-5, para el diagnóstico de juego patológico se requiere juego problemático persistente y recurrente con deterioro o malestar clínicamente significativo y:

a) Al menos un criterio durante un mes.
b) Cuatro o más criterios durante un período de 12 meses.
c) Dos criterios durante tres años.
d) La presencia obligatoria de consumo de sustancias.

296. Durante la evaluación de juego patológico, la persona paciente refiere que después de perder dinero vuelve a apostar para intentar recuperarlo. ¿Qué criterio DSM-5 se explora más específicamente?

a) Necesidad de apostar cantidades crecientes.
b) Persecución de pérdidas.
c) Inquietud o irritabilidad al intentar reducir el juego.
d) Mentiras para ocultar el grado de implicación en el juego.

297. Según la CIE-11 y el DSM-5, ¿cuál de las siguientes afirmaciones describe con mayor precisión la posición nosológica del trastorno por videojuegos / Internet Gaming Disorder?

a) La CIE-11 y el DSM-5 lo incluyen ambos como diagnóstico oficial dentro de los trastornos debidos a comportamientos adictivos.
b) La CIE-11 lo incluye como trastorno por videojuegos dentro de los trastornos debidos a comportamientos adictivos, mientras que el DSM-5 lo recoge en la Sección III como condición que requiere más estudio.
c) El DSM-5 lo incluye como diagnóstico oficial, mientras que la CIE-11 lo excluye por falta de evidencia.
d) Ni la CIE-11 ni el DSM-5 mencionan categorías relacionadas con el juego problemático de videojuegos.

298. El 'Trastorno por juego de apuestas' fue incluido en la CIE-11 en la sección de:

a) Trastornos del control de los impulsos.
b) Trastornos debidos a comportamientos adictivos.
c) Trastornos de la infancia y la adolescencia.

d) Trastornos del estado de ánimo.

299. Dentro de los tratamientos para el alcoholismo, ¿cuál cuenta con un nivel de evidencia 1++?

a) Terapia familiar conductual de pareja.
b) Terapia de aumento motivacional.
c) Manejo de contingencias.
d) Grupos de autoayuda.

300. Señale cuál de los siguientes es un criterio diagnóstico del trastorno de síntomas somáticos según el DSM 5.

a) Preocupación por padecer o contraer una enfermedad grave.
b) Uno o más síntomas de alteración de la función motora o sensitiva voluntaria sin una explicación médica.
c) Pensamientos, sentimientos o comportamientos excesivos relacionados con los síntomas somáticos o asociados a la preocupación por la salud.
d) Factores psicológicos o conductuales que afectan negativamente a una dolencia física.

301. ¿cuál sería el diagnóstico más probable según el DMS-5 para una persona que presenta preocupación por padecer o contraer una enfermedad grave, en ausencia de síntomas somáticos relevantes?

a) Trastorno de síntomas somáticos.
b) Trastorno de ansiedad por enfermedad.
c) Trastorno de conversión.
d) Trastorno facticio.

302. ¿Cuál de los siguientes objetivos terapéuticos NO es esencial en el tratamiento cognitivo conductual de la hipocondría?

a) La reinterpretación de los síntomas físicos.
b) La reducción de la amplificación somatosensorial.
c) La disminución de las conductas de enfermedad.
d) La mejora de las relaciones de pareja.

303. Según la revisión de tratamientos psicológicos empíricamente apoyados de Fonseca-Pedrero et al. (2021), ¿cuál es el tratamiento de elección con MAYOR nivel de evidencia para la hipocondría?

a) La psicoeducación, por su eficacia demostrada en la modificación de creencias erróneas sobre la enfermedad y su bajo coste de implementación en atención primaria.

b) La terapia cognitivo-conductual, que cuenta con nivel de evidencia 1+ y grado de recomendación A, habiéndose comprobado además que su formato por Internet guiado por terapeuta ofrece efectos comparables a la modalidad presencial.
c) La terapia cognitivo-conductual basada en conciencia plena, al combinar estrategias de reestructuración cognitiva con técnicas de regulación emocional específicamente adaptadas a la ansiedad por la salud.
d) La biblioterapia, que junto con la psicoeducación constituye el abordaje de primera línea recomendado por las guías de práctica clínica del Sistema Nacional de Salud para la hipocondría leve.

304. Según la revisión de tratamientos psicológicos empíricamente apoyados de Fonseca-Pedrero et al. (2021), en el abordaje de los trastornos de somatización, ¿cuál de las siguientes afirmaciones sobre los niveles de evidencia y grados de recomendación es CORRECTA?

a) La TCC tiene nivel de evidencia 1+ y grado de recomendación A.
b) La TCC tiene nivel de evidencia 1- y grado de recomendación B, y las intervenciones en atención primaria nivel 2+ con grado C.
c) Las intervenciones en atención primaria tienen grado de recomendación A, superior al de la TCC para este trastorno.
d) Ningún tratamiento psicológico para la somatización cuenta con grado de recomendación B o superior.

305. Señale cuál de las siguientes afirmaciones es verdadera respecto a la anorexia nerviosa.

a) Las personas afectadas suelen presentar una conciencia adecuada del problema.
b) El cuerpo, y posteriormente el peso y la comida, se condicionan como estímulos fóbicos.
c) Estas personas pacientes, dado su nivel de sufrimiento, se implican con facilidad en los tratamientos dirigidos al cambio.
d) La prevalencia de trastornos comórbidos es relativamente baja.

306. Señale cual de las siguientes afirmaciones es verdadera sobre la bulimia nerviosa.

a) En todos los casos presentan episodios de sobreingesta seguidos de vómitos autoinducidos.
b) En ocasiones, las pacientes con bulimia cuando se enfrentan a situaciones ansiógenas buscan el alivio y el placer derivado del vómito tras el atracón.
c) En general, se encuentran satisfechas con su imagen corporal.
d) La diferencia respecto a la anorexia es que normalmente las pacientes con bulimia son más introvertidas y estables emocionalmente.

307. Señale cuál es el tratamiento principal y de primera línea en el tratamiento de la bulimia.

a) El ingreso hospitalario.
b) La terapia cognitivo-conductual.
c) La psicoterapia dinámica.
d) El tratamiento farmacológico.

308. Uno de los trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas, según la CIE-11, es el Trastorno Psicótico. Señala la respuesta aplicable a su diagnóstico:

a) Se trata de un grupo de fenómenos psicóticos que se producen durante el consumo de una sustancia psicoactiva o inmediatamente después de él.
b) Se pueden explicar por la intoxicación aguda sola.
c) Forman parte del síndrome de abstinencia.
d) Incluye el trastorno psicótico residual.

309. En el contexto de la psicología de la salud, el biofeedback se utiliza como herramienta de intervención en el dolor crónico. ¿Cuál es el mecanismo fundamental por el que esta técnica resulta terapéuticamente útil?

a) Permite a la persona paciente acceder a estados de relajación profunda mediante la inducción de ondas cerebrales theta, reduciendo directamente la percepción del dolor.
b) Proporciona a la persona paciente información en tiempo real sobre sus propias respuestas fisiológicas, permitiéndole identificar qué acciones producen cambios deseados en el proceso corporal que genera el dolor.
c) Actúa principalmente como placebo activo, siendo su eficacia equivalente a la de la relajación progresiva, pero con mayor adherencia por parte de la persona paciente.
d) Elimina la necesidad de otras intervenciones psicológicas al proporcionar a la peesona paciente control autónomo y completo sobre su respuesta al dolor sin apoyo clínico continuado.

310. ¿Qué mecanismo se ha propuesto para explicar el efecto positivo del entrenamiento en relajación para el alivio del dolor crónico?

a) La reducción directa de la inflamación periférica mediante la activación del sistema nervioso parasimpático en zonas de dolor localizado.
b) El incremento en la liberación de opioides endógenos, los analgésicos naturales del organismo.
c) La supresión de la actividad del eje hipotalámico-pituitario-adrenal, que bloquea la transmisión de señales nociceptivas.
d) La modificación de los patrones de sueño, que actúan como mediadores del umbral de dolor crónico.

311. En el contexto de la psicología de la salud, el dolor crónico se conceptualiza como:

a) Un cuadro doloroso asociado principalmente a procesos psicógenos resistentes al tratamiento farmacológico convencional.
b) Una condición caracterizada por episodios intermitentes de dolor intenso acompañados de alteraciones emocionales significativas.
c) Un trastorno funcional en el que los factores psicológicos adquieren mayor relevancia que los procesos fisiológicos.
d) Una experiencia de dolor persistente cuya duración prolongada suele requerir intervenciones tanto médicas como psicológicas.

312. En relación con el tratamiento psicológico del dolor crónico, ¿qué ventaja específica atribuye Pomerantz (2020) al uso de técnicas expresivas como la escritura o el journaling?

a) Favorecen la reducción de conductas de evitación mediante exposición emocional prolongada.
b) Permiten identificar distorsiones cognitivas relacionadas con el dolor para su posterior reestructuración.
c) Pueden aumentar la percepción de control y disminuir síntomas depresivos asociados al dolor persistente.
d) Facilitan la adherencia a los tratamientos médicos pautados y los programas de rehabilitación física.

313. En relación con las funciones del profesional de la psicología en el abordaje del dolor crónico, señale la alternativa INCORRECTA:

a) Puede favorecer que la persona paciente identifique relaciones entre determinados estados mentales o conductas y cambios en variables fisiológicas relacionadas con el dolor.
b) Puede intervenir sobre factores emocionales y cognitivos que modulan la experiencia subjetiva de dolor persistente.
c) Puede incorporar técnicas orientadas a mejorar la sensación de control personal y las estrategias de afrontamiento de la perosna paciente.
d) Puede centrarse en eliminar o suprimir la percepción de dolor mediante técnicas psicológicas de autorregulación fisiológica.

314. ¿Qué variable es especialmente relevante en la terapia con población asiática?:

a) El contexto social.
b) El contexto familiar.
c) Los sentimientos de vergüenza.
d) La espiritualidad.

315. En relación con los factores psicosociales asociados a los procesos migratorios, ¿cuál de las siguientes situaciones podría relacionarse en mayor medida con la aparición de síntomas compatibles con un trastorno adaptativo?

a) La existencia de diferencias culturales entre el país de origen y el de acogida, incluso en ausencia de dificultades funcionales significativas.
b) La exposición mantenida a aislamiento social, incertidumbre laboral y dificultades de integración tras el proceso migratorio.
c) La presencia de síntomas físicos inespecíficos en personas inmigrantes durante los primeros meses de adaptación cultural.
d) La tendencia a mantenerse vinculado culturalmente con el país de origen tras la migración.

316. Según el enfoque multicultural en psicología clínica descrito por Pomerantz, ¿qué elemento resulta especialmente relevante en la evaluación de posibles trastornos adaptativos relacionados con el estrés migratorio?

a) Diferenciar si las manifestaciones emocionales responden a factores culturales o a psicopatología propiamente dicha.
b) Priorizar instrumentos diagnósticos estandarizados para minimizar el impacto de variables culturales en la evaluación clínica.
c) Priorizar instrumentos diagnósticos estandarizados para minimizar el impacto de variables culturales en la evaluación clínica.
d) Evaluar preferentemente la presencia de síntomas somáticos, dado que constituyen la forma más frecuente de expresión del estrés migratorio.

317. Señale cuál de las siguientes no es una recomendación habitual para la evaluación de los trastornos en la infancia.

a) Cada evaluación debe incluir un análisis multisituacional.
b) Es recomendable ceñirse a un solo informante, para evitar contradicciones.
c) Seleccionar previamente los objetivos relevantes de la evaluación.
d) Evaluar patrones de comportamiento a lo largo del tiempo.

318. En base a las recomendaciones de Caballo y Simón (2005), ¿cuál de las siguientes características de la evaluación infantil es incorrecta?

a) El enfoque es idiográfico.
b) Se evalúa la conducta en función de rasgos globales subyacentes.
c) La atención está centrada en variables situacionales y contextuales del comportamiento.
d) Obtiene información de diversas fuentes.

319. Respecto a la evaluación infantil, señale la respuesta correcta:

a) La evaluación de patrones de conducta a lo largo del tiempo es innecesaria.
b) Los objetivos de la evaluación son específicos.
c) La utilización de multinformantes está desaconsejada por los desacuerdos entre ellos.
d) La evaluación está determinada por la especificidad de los problemas.

320. Según Caballo y Simón (2016), en la evaluación infantil deben de tomarse una serie de consideraciones. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

a) Centrarse en la evaluación de la situación en la que se da el problema
b) Emplear a la principal persona adulta significativa del/de la niño/a para obtener un conocimiento exhaustivo del problema.
c) La necesidad de evaluar patrones de comportamiento a lo largo del tiempo.
d) Durante la evaluación no debe haber una selección de objetivos.

321. En la evaluación de los trastornos infantiles según Caballo y Simón (2016), señala la respuesta INCORRECTA:

a) Se debe dar un énfasis evolutivo.
b) Un enfoque orientado hacia los sistemas.
c) Un enfoque predominantemente nomotético.
d) Un enfoque dinámico y autorrevisable de evaluación.

322. En la psicopatología del/de la niño/a y de la persona adolescente la forma de interpretar los desacuerdos entre informadores es una cuestión crítica. Estos desacuerdos entre informadores pueden considerarse como (señala la afirmación INCORRECTA):

a) Evidencia de la variabilidad de la conducta del/de la niño/a en las diferentes situaciones en las que es observado.
b) Negación del problema.
c) Un sesgo o error por parte de uno/a de los/las informadores/as.
d) Psicopatología de alguno de los/las informadores/as.

323. Un/Una niño/a presenta bajo rendimiento académico, dificultades en habilidades sociales y problemas médicos crónicos. ¿Cuál sería la interpretación más adecuada de estos elementos respecto a la vulnerabilidad psicológica infantil? (señala la respuesta CORRECTA):

a) Representan indicadores de un estilo parental hipercrítico que aumentan la vulnerabilidad psicológica.
b) Constituyen consecuencias derivadas de factores ambientales.
c) Son factores internos del niño que pueden incrementar su vulnerabilidad psicológica.
d) a), b) y c) son correctas.

324. ¿Qué supuesto fundamental subyace al enfoque de evaluación multicontexto en psicología clínica infantil? (Señala la respuesta CORRECTA):

a) La información obtenida en la consulta clínica posee mayor validez que la obtenida en otros entornos como el escolar o el familiar, sin embargo, hay que explorarlos.
b) Los/Las padres/madres constituyen la fuente menos fiable de información sobre el comportamiento infantil por lo tanto hay que recurrir a otra serie de contextos en los que el/la niño/a tome parte.
c) Las dificultades del/de la niño/a pueden aparecer en algunos contextos específicos y no necesariamente en todos.
d) Las dificultades del/de la niño/a pueden aparecer en algunos contextos específicos y pero tienden a generalizarse a todos los contextos en los que participa.

325. Señale cuál de las siguientes afirmaciones es falsa, respecto a la psicopatología en la infancia.

a) Hay dos dimensiones: trastornos externalizantes y trastornos internalizantes.
b) Para determinar si un comportamiento es patológico se debe valorar la intensidad, frecuencia y duración considerando la norma para una edad determinada.
c) Para entender la psicopatología en la infancia es necesario tener en cuenta el contexto (familia, iguales, colegio…).
d) Existe una clara continuidad entre la psicopatología en la infancia y la psicopatología del adulto, que se manifiesta con síntomas muy similares.

326. Señale cuál de las siguientes es una crítica habitual a los sistemas actuales de clasificación y diagnóstico de la psicopatología en la infancia (DSM Y CIE).

a) Presentan más trastornos de los existentes en la infancia.
b) Son demasiado sensibles a los parámetros evolutivos.
c) NO tienen suficientemente en cuenta los factores situaciones o contextuales de los trastornos
d) El sistema de clasificación dimensional NO se ajusta bien a la psicopatología infantil.

327. Señale cuál de las siguientes afirmaciones es falsa respecto al trastorno de desregulación emocional.

a) Aparece por primera vez en las clasificaciones internacionales en el DSM 5.
b) El rasgo central en cuanto al estado de ánimo es una irritabilidad crónica.
c) Se caracteriza por rabietas verbales o físicas con una intensidad o duración desproporcionada respecto a la situación desencadenante.
d) Es frecuente en niños/as con trastorno bipolar.

328. Señale cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA en relación con la investigación sobre las diferencias de género en el ámbito de la psicopatología infantil:

a) Los niños manifiestan más dificultades que las niñas durante la primera y mediana infancia, especialmente con respecto a los trastornos de comportamiento perturbador.
b) Las señales tempranas de agresión predicen la conducta antisocial posterior tanto en niños como en niñas.
c) Las dificultades de las niñas pueden aumentar durante la adolescencia, con mayores tasas de ocurrencia para la depresión y el estado de ánimo disfórico desde la mitad de la adolescencia hasta la edad adulta.
d) Los estudios han encontrado una ocurrencia mucho mayor de problemas internalizantes en chicas y de problemas externalizantes en chicos adolescentes remitidos para tratamiento.

329. El "Análisis Conductual Aplicado" es el tratamiento basado en la evidencia para:

a) El trastorno depresivo.
b) El trastorno negativista desafiante.
c) Los trastornos del espectro autista.
d) La ansiedad de separación.

330. En relación con la psicopatología infantil, señale la afirmación correcta:

a) La resistencia a la adversidad en niñas se relaciona con el fomento de la independencia y el apoyo de un cuidador femenino.
b) Existe una clara continuidad entre la psicopatología infantil y la de personas adultas.
c) Los problemas internalizantes son más estables que los externalizantes.
d) Existen claros límites entre la psicopatología y la normalidad en la infancia.

331. Los esquemas de clasificación dimensional están derivados empíricamente y, de esta forma, son más objetivos y potencialmente más fiables que los sistemas de clasificación derivados de la clínica. Sin embargo, existen una serie de problemas asociados con su empleo. Indica cuál de los siguientes es uno de ellos en el caso de la psicopatología infantil, según el manual de Caballo y Simón (2016):

a) La independencia de las dimensiones derivadas del muestreo.
b) La independencia de las características de la persona informadora.
c) La dependencia de la edad y el sexo del/de la niño/a.
d) La elevada sensibilidad ante las influencias del contexto.

332. Señala la respuesta INCORRECTA. Según Caballo y Simón (2016), muchos clínicos e investigadores continúan expresando su preocupación acerca de los sistemas de clasificación y diagnóstico de la psicopatología infantil, ya que:

a) Representan de forma inadecuada las interrelaciones y el solapamiento que existen entre muchos de los trastornos infantiles.
b) Presentan menos trastornos de los existentes en la infancia y la niñez.
c) No son lo suficientemente sensibles con respecto a los parámetros evolutivos, contextúales y de relación que se sabe caracterizan la mayoría de las formas de psicopatología en los/las niños/as.
d) Ninguno está derivado empíricamente, pues no hay investigación.

333. ¿Qué afirmación en relación a los enfoques dimensionales de la clasificación de la psicopatología infantil es INCORRECTA?

a) Suponen que hay una serie de rasgos de conducta independientes y que todos los/las niños/as los poseen en distintos grados.
b) Han demostrado una gran sensibilidad ante las influencias del contexto.
c) La dimensión externalizante incluye conductas dirigidas hacia los demás, mientras que la dimensión internalizante describe estados que normalmente son considerados como dirigidos hacia el interior.
d) Los esquemas de clasificación dimensional están derivados empíricamente y, de esta forma, son más objetivos y potencialmente más fiables que los sistemas de clasificación derivados de la clínica.

334. La terapia de juego con niños/as según Brems (2008) (señala la respuesta CORRECTA):

a) Tiene la función de construir una relación terapéutica.
b) Tiene la función de expresión de sentimientos y pensamientos.
c) Tiene la función de adquirir habilidades de afrontamiento y experimentar con nuevas conductas.
d) a), b) y c) con correctas.

335. La diferencia principal entre la terapia de juego psicodinámica y la terapia de juego humanista con niños/as (señala la respuesta CORRECTA):

a) Los/Las terapeutas humanistas tienden a reflejar los sentimientos, los cuales pueden expresarse indirectamente a través del juego, no llevan a cabo interpretaciones.
b) Los/Las terapeutas psicodinámicos/as tienen como objetivo la auto-actualización a través del juego y para ello llevan a cabo interpretaciones del juego infantil.
c) No existe terapia de juego con orientación humanista. La terapia de juego es de orientación psicodinámica.
d) Ambas comparten que el juego revela aspectos de la vida interna del/de la niño/a de los cuales puede no ser consciente y que no es capaz de verbalizar directamente.

336. En el trastorno de relación social desinhibida, ¿cuál de las siguientes afirmaciones refleja con mayor precisión la relación entre el trastorno, el abandono y el apego? (señala la respuesta CORRECTA)

a) El trastorno solo puede diagnosticarse si el/la niño/a presenta signos actuales de negligencia grave y ausencia completa de apego hacia los/las cuidadores/as.
b) La desaparición de los signos de abandono y de los retrasos del desarrollo excluye automáticamente el diagnóstico del trastorno.
c) El trastorno puede observarse en niños/as con antecedentes de abandono incluso cuando no presentan signos recientes de negligencia ni alteraciones evidentes del apego.
d) La presencia de un apego seguro con los/las cuidadores/as descarta necesariamente el trastorno de relación social desinhibida.

337. La Terapia de aceptación y compromiso, el "Modular Approach to Therapy for Children with Anxiety, Depression, Trauma, or Conduct Problems", el "Mindfulness" o el EMOTION (señala la respuesta CORRECTA):

a) Son tratamientos indicados para los trastornos específicamente asociados con el estrés en la adolescencia.
b) Son tratamientos indicados para el trauma complejo infantil.
c) Son tratamientos indicados para los trastornos emocionales.
d) Son tratamientos indicados para los trastornos debidos a comportamientos adictivos durante la adolescencia.

338. Respecto al tratamiento de las fobias específicas en la infancia, ¿cúal de las siguientes recomendaciones es falsa?

a) Se recomienda la presentación gradual.
b) Se recomienda la presentación en imaginado, previa a la presentación en vivo.
c) Se deben incluir estrategias para la generalización de los logros terapéuticos.
d) Se recomienda darle al/a la niño/a toda la ayuda que precise, pero NO más apoyo del que necesite.

339. Desde un punto de vista evolutivo, entre los 9 y 12 años, aumentan los miedos a:

a) Seres imaginarios, soledad, escuela, tormentas.
b) Rendimiento escolar, aspecto físico, relaciones sociales, la muerte.
c) Separación de los cuidadores, daños físicos, ruidos fuertes.
d) Seres imaginarios, personas disfrazadas, extraños.

340. Respecto a la técnica de las escenificaciones emotivas (EE), ¿cuál de las siguientes respuestas es INCORRECTA?

a) Se recomienda su uso en menores de 9 años.
b) Suscita emociones positivas.

c) Utiliza sistemas de refuerzo.
d) Entrena en relajación muscular.

341. Los niños/as inhibidos/as comportamentalmente se caracterizan por:

a) Tendencia a alejarse de la novedad y presentar un umbral alto de excitación en los circuitos de la amígdala y del hipotálamo.
b) Tendencia a la irritabilidad, a ser tímidos/as y temerosos/as en la niñez temprana y callados/as e introvertidos/as en la edad escolar.
c) Reaccionar con baja activación conductual y del sistema nervioso simpático ante el estrés moderado.
d) Presentar inhibición emocional derivada de la predisposición familiar.

342. El tratamiento psicosocial de los trastornos de ansiedad de Silverman y Kurtines (1996):

a) Tiene una duración de 6 meses.
b) Se divide en 4 fases: educativa, de aplicación, de generalización y de prevención de recaídas.
c) Es un tratamiento grupal.
d) Se realizan sesiones tanto individuales como conjuntas con los/las padres/madres y el/la niño/a.

343. Según Caballo y Simón (2016) la ansiedad y el miedo en los/las niños/as se diferencian en la naturaleza de las variables estimulares y de respuesta, pudiendo afirmar que:

a) En la ansiedad predominan las respuestas encubiertas dependientes de la estimulación externa.
b) En el miedo predominan las respuestas manifiestas dependientes de la estimulación interna.
c) Tanto una persona observadora (padres/madres, profesores/as, etc.) como el/la propio/a niño/a identifican más fácilmente la situación desencadenante en el miedo que en la ansiedad.
d) Tanto en la ansiedad como en el miedo, el sistema de respuesta predominante es el cognitivo, frente al motor.

344. Entre los instrumentos de evaluación utilizados en los trastornos de ansiedad en niños/as y adolescentes, las llamadas pruebas de tolerancia, son consideradas:

a) Escalas de estimación.
b) Observación en situaciones artificiales.
c) Observación en situaciones naturales.
d) Registros psicofisiológicos.

345. En el Programa Estructurado de Tratamiento Escenificaciones Emotivas en el tratamiento de miedos y fobias infantiles, señala la opción CORRECTA:

a) No hace falta la construcción de una jerarquía.
b) A través del juego libre el/la niño/a expresa sus miedos y fobias.
c) El/La terapeuta pide al/a la niño/a que elija los personajes que van a representar.
d) No se prescriben tareas para casa por la posibilidad de acciones inadecuadas por parte de los/las padres/madres que puedan interferir en el tratamiento.

346. El coping cat (formato grupal), el protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en infancia y adolescencia o el TAKE ACTION son opciones recomendables para trabajar con menores que:

a) Presentan trastornos del comportamiento.
b) Presentan trastornos de ansiedad.
c) Presentan Trastorno de duelo prolongado.
d) Presentan trastornos debidos al consumo de sustancias.

347. La implicación de los/las padres/madres en el tratamiento de los trastornos de ansiedad en niños/as (señala la respuesta CORRECTA):

a) Se apoyan en una evidencia creciente de que la ansiedad en los/las niños/as está significativamente relacionada con la frecuencia y retroalimentación parental negativa.
b) Se apoyan en una evidencia creciente de que la ansiedad en los/las niños/as está significativamente relacionada con una mayor prevalencia de trastornos de ansiedad en los/las progenitores/as.
c) Se apoyan en una evidencia creciente de que la ansiedad en los/las niños/as está significativamente relacionada la evitación del conflicto de los/las padres/madres.
d) a), b) y c) son falsas.

348. Según el DSM 5 ¿cuál de las siguientes condiciones impediría diagnosticar un mutismo selectivo en un/una niño/a? (señala la respuesta CORRECTA):

a) Que la ausencia de habla dure más de un mes fuera del contexto de inicio escolar.
b) Que el problema afecte negativamente al rendimiento escolar y a la comunicación social.
c) Que la ausencia de habla dure más de un mes sin tener en consideración el contexto de inicio escolar.
d) La alteración no se explica mejor por un trastorno de la comunicación (p. ej., trastorno de fluidez [tartamudeo] de inicio en la infancia) y no se produce exclusivamente durante el curso de un trastorno del espectro autista, esquizofrenia u otro trastorno psicótico.

349. ¿Qué tipo de ansiedad infantil se ha relacionado con el trastorno de pánico en la vida adulta?

a) La ansiedad social.
b) La ansiedad generalizada.
c) La ansiedad rasgo.
d) La ansiedad de separación.

350. Según Caballo y Simón (2016), en la evaluación del trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y del trastorno de pánico (TP) en niños/as y adolescentes, el método de Observación Análoga como instrumento de evaluación:

a) Específicamente, se ha aplicado al TAG, utilizando situaciones que involucran evaluación social o evaluación académica.
b) Es una técnica de elección en la evaluación del TP.
c) No se ha utilizado para la evaluación del TAG ni del TP.
d) Se utiliza poco, por ser más costosa que la observación en el contexto natural.

351. ¿Cuál de estos instrumentos es una entrevista semiestructurada utilizada para la evaluación del trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de pánico en niños/as y adolescentes?

a) ADIS-C.
b) DISC.
c) SASCD-R.
d) STAIC.

352. Un/Una adolescente con hiperexcitación y sensibilidad a la ansiedad puede reaccionar exageradamente a la dificultad respiratoria con creencias cognitivas acerca de morirse por asfixia. De las 4 afirmaciones señala la respuesta CORRECTA:

a) La sensibilidad a la ansiedad no interactúa con la habilidad cognitiva para elaborar y sentir miedo de situaciones más abstractas en periodos como la adolescencia.
b) La sensibilidad a la ansiedad y la castrofización de los síntomas físicos no correlacionan durante la adolescencia.
c) La sensibilidad a la ansiedad consiste en una preocupación significativa en relación con los cambios en las funciones corporales que forman parte de los síntomas de ansiedad.
d) La sensibilidad a la ansiedad es un constructo más pertinente de los/las niños/as que de los/las adolescentes.

353. El trastorno de pánico durante la infancia y la adolescencia (señala la respuesta CORRECTA):

a) No se han encontrado diferencias de presentación clínica entre los/las adolescentes y las personas adultas.
b) Es muy poco frecuente en la infancia
c) La primera aparición de "episodios de miedo" a menudo se remonta de forma retrospectiva a la niñez.
d) a), b) y c) son correctas.

354. En el trastorno de estrés postraumático, el condicionamiento de segundo orden no explica:

a) La generalización del miedo a situaciones traumáticas similares.
b) El empeoramiento de los síntomas con el transcurso del tiempo.
c) El posible inicio retardado de los síntomas.
d) El aumento de la activación psicofisiológica por refuerzo positivo.

355. Según Caballo y Simón (2016), se han documentado serias limitaciones inherentes al diagnóstico del trastorno por estrés postraumático, que desalientan el empleo de un único instrumento aplicado al/a la niño/a y que apoyan la evaluación diagnóstica del TEPT basada en medidas múltiples. Señala cuál de las siguientes afirmaciones NO constituye una limitación:

a) Los acontecimientos estresantes varían de víctima a víctima, y los instrumentos existentes indagan sobre algún tipo de estímulo estresante en particular, y no son utilizables universalmente para cualquier suceso traumático.
b) El TEPT en niños comparte síntomas con TDAH.
c) El TEPT en niños comparte síntomas con la depresión.
d) Los niños no siempre pueden o desean describir sus experiencias traumáticas.

356. Terr (1979) realizó una de las primeras descripciones sistemáticas de trastorno por estrés postraumático en niños/as, después del secuestro de un grupo de niños/as en California. Observó lo siguiente:

a) Los síntomas que observó en los/las niños/as eran muy diferentes en todos los aspectos a los de las personas adultas.
b) Estos/as niños/as exhibían amnesia psicogénica.
c) Al recordar los acontecimientos, todos/as los colocaban en la secuencia correcta.
d) Observó tendencias a reexperimentar o revivir el acontecimiento por medio de formas estereotipadas y repetitivas de juego.

357. Indica cuál de las siguientes afirmaciones sobre la intervención en el trastorno de pánico en niños/as es FALSA, de acuerdo a Caballo y Simón (2016):

a) Se ha encontrado que, específicamente, la estimulación de locus coeruleus puede provocar estados de pánico.
b) Los estudios sobre intervención cognitivo-conductual son escasos, ya que se investiga prioritariamente el trastorno por ansiedad de separación.
c) Las benzodiacepinas de alta potencia, que han mostrado ser eficaces en el tratamiento del trastorno de pánico y la agorafobia en personas adultas, pueden ser también eficaces en el tratamiento de niños/as y adolescentes con trastorno de pánico.
d) Los/Las adolescentes con trastorno de pánico que además tienen historia de impulsividad, abuso de sustancias psicoactivas e intentos previos de suicidio, son buenos candidatos al tratamiento con tricíclicos.

358. De las 4 afirmaciones señala la respuesta INCORRECTA en relación al Trastorno de Estrés Postraumático en niños/as.

a) Para corroborar el diagnóstico una herramienta útil es la observación directa del comportamiento infantil, ya se durante juego libre o bajo situaciones estructuradas que permitan valorar las respuestas del/de la niño/a a estímulos y situaciones que le recuerden al suceso.
b) Planificar el tratamiento pasa a un segundo plano si el/la niño/a no desea describir su experiencia traumática y se lleva un abordaje mediante exposición conductual o EMDR.
c) La entrevista semiestructurada ofrece flexibilidad en cuanto a las referencias del suceso traumático y a la adaptación de las preguntas al lenguaje infantil.
d) Trastorno de Estrés Postraumático comparte síntomas con la depresión, otros trastornos de ansiedad, o con traumatismo craneal, por lo que es importante diferenciarlo, evaluando éstos por separado si es necesario.

359. ¿En qué trastorno puede observarse de manera marcada una disminución del juego en los/las niños/as y que además forma parte de los criterios diagnósticos según el DSM 5 para su diagnóstico (señala la respuesta CORRECTA)?

a) En el trastorno de estrés postraumático en niños/as menores de 6 años.
b) En el trastorno del espectro autista.
c) En el trastorno de ansiedad de separación.
d) a), b) y c) son correctas.

360. En relación a la investigación sobre el trauma y las psicosis (señala la respuesta CORRECTA):

a) Las personas pacientes que sufrieron abuso infantil físico y sexual experimentaban más voces que comentaban y que les daban órdenes sobre hacer y/o hacerse daño que aquellas personas que no fueron abusadas o solo recibieron un tipo de abuso en la infancia.
b) Las personas pacientes que habían sufrido abuso físico infantil tuvieron 2,5 veces



más probabilidades de experimentar alucinaciones, y en las personas que habían sufrido abusos sexuales y físicos la tasa ascendía hasta tres o cuatro veces más que en las personas pacientes sin historia de abusos.

c) Para explicar el desarrollo de síntomas psicóticos entre los/las supervivientes de eventos traumáticos se han propuesto la intervención de procesos psicológico stan diversos como los patrones de regulación emocional par aafrontar el trauma, o los cambios en la memoria semántica.

d) a), b) y c) son correctas.

361. La terapia cognitivo conductual general, individual o grupal son los tratamientos que presentan mayor soporte empírico (grado de recomendación A) para el abordaje de (señala la respuesta CORRECTA):

a) Conducta suicida adolescente (11-18 años)

b) Trastornos específicamente asociados con el estrés y de las emociones mixtas en la infancia.

c) Trastorno obsesivo compulsivo en la adolescencia.

d) Depresión adolescente (11-18 años).

362. Según el modelo de indefensión aprendida modificado, ¿cuál de los siguientes es un ejemplo de atribución interna, global y estable, en el ejemplo de un/una estudiante que suspende?

a) No soy inteligente.

b) Se me dan mal las matemáticas.

c) Estoy agotado/a.

d) Estoy harto/a de los problemas de matemáticas.

363. Señala la opción INCORRECTA respecto a las teorías etiológicas de la depresión infantil:

a) Beck utilizó el concepto de triada cognitiva para la explicación de la depresión.

b) Skinner conceptualizó la depresión como un proceso de extinción operante.

c) Lewinsohn considera que la causa principal de la depresión es la alta tasa de estimulación aversiva.

d) El modelo de indefensión aprendida reformulado para la depresión incluye en su modelo explicativo el estilo atribucional predominante de la persona hacia el éxito y el fracaso.

364. Para el abordaje de la depresión en adolescentes destacan como tratamientos bien establecidos, grado de recomendación A, (señala la respuesta CORRECTA):

a) La Terapia Cognitivo Conductual y la Psicoterapia Interpersonal.

b) La Terapia Cognitivo Conductual y la Psicoterapia Focalizada en la Transferencia para Adolescentes.



c) La Terapia Cognitivo Conductual, la Terapia Dialéctica Conductual, la Terapia Basada en la Familia y la Terapia de Aceptación y Compromiso
d) La Psicoterapia Dinámica Breve y la Terapia Cognitivo Conductual.

365. El divorcio/separación de los/las padres/madres puede conllevar una menor disponibilidad de dinero y mayor tensión psicológica ante la discordia entre los/las padres/madres (señala la respuesta CORRECTA):

a) En la depresión infantil este hecho supondría que una misma situación implicase tanto una disminución del refuerzo positivo como un aumento de estimulación aversiva.
b) En la depresión infantil este hecho supondría que una misma situación implicase un aumento del refuerzo positivo como una disminución de la estimulación aversiva.
c) Estresores como la separación/divorcio de los/las padres/madres no tienen el suficiente impacto en la salud mental de los/las niños/as como para llegar a ser estímulos implicados en la depresión infantil.
d) a), b) y c) son falsas.

366. Señale cuál de las siguientes afirmaciones es verdadera respecto al duelo en la infancia y adolescencia.

a) Los/las niños/as entre los tres y los siete años niegan la muerte como un acontecimiento final, para ellos, el estado de estar muerto es temporal.
b) A los siete años los/las niños/as expresan un entendimiento de la muerte como la final e inevitable salida de la vida.
c) Durante la adolescencia, la pérdida de una relación profunda puede interferir en el desarrollo normal intelectual, emocional y psicológico.
d) En el DSM 5, los síntomas depresivos, si aparecen en un proceso de duelo, NO pueden diagnosticarse de Trastorno depresivo mayor.

367. ¿Qué dos variables tienen el potencial de crear complicaciones en el duelo adolescente?

a) Las ideas irracionales y los "debería"
b) Los "debería" y las presiones para restringir las expresiones de duelo
c) Los sentimientos de culpa y vergüenza.
d) La intensidad de la tristeza y la relación con el/la fallecido/a.

368. Respecto a la muerte de los/las padres/madres en la infancia y la adolescencia, señala cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA según Caballo y Simón (2016):

a) Para un/una niño/a pequeño/a la muerte de un/una padre/madre es un misterio, y con frecuencia pensará que él/ella causó el fallecimiento con alguna acción mala o perversa y se sentirá culpable, o lo puede invadir el temor a ser castigado/a o abandonado/a.
b) Cuando un/una hijo/a se identifica de manera profunda con el/la padre/madre que

muere, suele suceder que el/la progenitor/a que permanece vivo/a se convierte en el blanco de resentimiento, enojo y otros sentimientos violentos.
c) La elaboración del duelo por el fallecimiento de un/una padre/madre será más fácil cuanto más franca haya sido la relación entre padre/madre e hijo/a.
d) La muerte de los/las padres/madres en la adolescencia temprana, con frecuencia causa progresión rápida a un estado más maduro.

369. Dentro del proceso terapéutico del duelo en niños/as y adolescentes, se utiliza el modelo de O'Connor (1995) para describir las etapas por las que atraviesa el doliente. ¿Cuál de las siguientes opciones las recoge correctamente y en orden?

a) Shock y negación; confrontación emocional; búsqueda de nuevos vínculos; resolución y aceptación.
b) Evitación; confrontación; restablecimiento; integración.
c) Ruptura de antiguos hábitos; inicio de la reconstrucción de la vida; búsqueda de nuevos objetos de amor o amigos/as; terminación de la readaptación.
d) Negación; rabia y culpa; depresión; aceptación.

370. La intervención terapéutica en el duelo en niños/as y adolescentes se estructura en torno a cuatro tareas fundamentales. ¿Cuál de las siguientes NO forma parte de dichas tareas?

a) Aceptar la realidad de la pérdida, abandonando los mecanismos de negación.
b) Sustituir al/a la fallecido/a por una nueva relación afectiva equivalente para restablecer el equilibrio emocional.
c) Experimentar el dolor de la aflicción, tanto físico como emocional, en lugar de evitarlo.
d) Distanciarse de la relación emocional con el ausente para poder emplear esa energía en otras relaciones.

371. Respecto al duelo en la adolescencia, el trabajo de duelo y el desarrollo normal adolescente presentan importantes similitudes. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones refleja mejor esta idea?

a) La similitud entre ambos procesos hace que la persona adolescente en duelo tenga mayor facilidad para elaborar la pérdida que la persona adulta, al estar ya habituada a los procesos de separación propios de su etapa.
b) Tanto el duelo como la adolescencia implican fundamentalmente una ruptura con el pasado y la búsqueda de una identidad nueva, por lo que sus manifestaciones clínicas son prácticamente indistinguibles.
c) El duelo interfiere en el desarrollo normal de la persona adolescente siempre de forma negativa, paralizando la progresión natural del crecimiento intelectual, emocional y psicológico.
d) Ambos procesos implican adaptación a la pérdida de un objeto querido, hacer frente al cambio en las realidades internas y externas, y compartir ambivalencia y conflictos inherentes a las fases de separación y pérdida.

372. En la intervención educativa con adolescentes en duelo se identifican dos concepciones erróneas con potencial para crear complicaciones serias. ¿Cuáles son?

a) La idealización de la persona fallecida y la negación de la rabia como emoción legítima del duelo.
b) La sobreidentificación con la persona fallecida y la búsqueda prematura de nuevos vínculos afectivos.
c) Los "debería" del duelo y la creencia de que "el tiempo cura" por sí solo.
d) La negación de la irreversibilidad de la muerte y la dependencia excesiva del apoyo social.

373. Señale cuál de los siguientes no es un principio general de la entrevista motivacional recomendada con personas con problemas de consumo de sustancias.

a) Informar sobre las consecuencias negativas del consumo de sustancias.
b) Expresar empatía.
c) Evitar la discusión.
d) Apoyar la autoeficacia.

374. De acuerdo a Marlatt y Barret (1997), las estrategias globales y específicas de prevención de recaídas en casos de adicción en adolescentes, pueden agruparse en tres categorías. Señala la que NO está incluída:

a) Control periódico frecuente de marcadores biológicos para la detección de consumo.
b) Entrenamiento en habilidades.
c) Reestructuración cognitiva.
d) Intervención sobre estilos de vida.

375. En el plano conceptual y metodológico, ¿qué cautela debe tenerse al aplicar los conceptos de “abuso” o “adicción” a niños/as y adolescentes?

a) Deben aplicarse exactamente igual que en personas adultas, porque el desarrollo no modifica su significado clínico.
b) El término “abuso” y el concepto de adicción requieren matices, porque el modelo adulto no parece adecuado sin más para niños/as y jóvenes.
c) Debe evitarse cualquier diagnóstico relacionado con sustancias antes de los 18 años.
d) El concepto de adicción solo es aplicable cuando existe dependencia química objetiva.



376. Señale cuál de las siguientes afirmaciones es correcta respecto a los trastornos del ritmo circadiano.

a) Se diagnostican como parasomnias.
b) Son un tipo de hipersomnias.
c) El síndrome de la fase del sueño retrasada se da fundamentalmente en la adolescencia.
d) El tratamiento de elección es farmacológico.

377. En la narcolepsia en la infancia y adolescencia, el síntoma de parálisis del sueño:

a) Aparece únicamente en el momento de ir a dormirse.
b) Aparece únicamente en el momento de despertarse.
c) Se da en individuos que están despiertos, y pueden hablar, pero no moverse.
d) Puede darse al mismo tiempo que las alucinaciones hipnagógicas o hipnopómpicas.

378. Señala la afirmación INCORRECTA respecto a los terrores nocturnos:

a) Son un tipo de parasomnia.
b) Es un trastorno del despertar del sueño REM.
c) Suelen remitir espontáneamente.
d) Aparecen normalmente a los 2-3 años.

379. Los tratamientos psicológicos que han recibido un mayor respaldo empírico (grado de recomendación A) para el abordaje del insomnio y las parasomnias en población infantil y adolescente son los siguientes (señala la respuesta CORRECTA):

a) La Terapia Cognitivo Conductual, el Mindfulness y la intención paradojal.
b) La Terapia Cognitivo Conductual, las técnicas de exposición, la intención paradojal.
c) La Terapia Cognitivo Conductual, las técnicas de extinción, la psicoeducación parental y la reestructuración cognitiva (principalmente para el tratamiento del insomnio en adolescentes).
d) La Terapia Cognitivo Conductual, las técnicas de extinción y la reestructuración cognitiva (principalmente para el tratamiento del insomnio en niños/as).

380. ¿qué diagnóstico del dsm 5 sustituye al diagnóstico del DSM-IV de trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia y la niñez?

a) Anorexia nerviosa.
b) Anorexia nerviosa de la primera infancia.
c) Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos.
d) Pica.

381. Como técnica de tratamiento conductual en niños/as con trastorno de la ingesta alimentaria NO ha demostrado eficacia:

a) La distracción.
b) El refuerzo positivo y negativo.
c) El modelado.
d) La formación de los padres en psicología evolutiva.

382. La terapia basada en la familia es el tratamiento que presenta mayor soporte empírico (grado de recomendación A) para el abordaje de (señala la respuesta CORRECTA):

a) La Ansiedad por Separación.
b) La Anorexia Nerviosa en niños/as y adolescentes.
c) La Depresión en la niñez (5-11 años).
d) Trastornos específicamente asociados con el estrés y de las emociones mixtas en la niñez.

383. Señale cuál de las siguientes afirmaciones es falsa respecto a los síntomas que presentan los niños/as víctimas de abuso sexual.

a) Suelen presentar trastorno por estrés postraumático.
b) Suelen presentar conducta sexualizada.
c) En general, presentan más síntomas que los/las niños/as en tratamiento NO abusados/as.
d) Los síntomas dependen de la edad o estadio evolutivo.

384. Respecto al abuso sexual infantil y del adolescente, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA?

a) La evitación cognitiva disminuye la sintomatología.
b) Los sentimientos de culpa se relacionan con ansiedad en las relaciones.
c) Los sentimientos de vergüenza tienen relación con el desarrollo de síntomas de estrés postraumático.
d) La vergüenza tiene relación con ambientes familiares donde son frecuentes la expresión de disgusto y cólera.

385. De los siguientes instrumentos de evaluación del abuso sexual infantil, ¿cuál se utiliza para evaluar la veracidad de las declaraciones?

a) Análisis del contenido basado en criterios (CBCA).
b) Lista de comportamiento infantil (CBCL).
c) Inventario sobre la conducta sexual de los/las niños/as (CSBI).
d) Escala sobre el impacto en los/las niños/as de acontecimientos traumáticos (CITES).

386. Según Achembach (1991) el abuso sexual infantil:

a) No se ha relacionado con delincuencia.
b) Se ha relacionado con embarazo adolescente.
c) No se ha relacionado con conducta antisocial agresiva.
d) No se ha relacionado con hiperactividad.

387. El programa cognitivo-conductual de Deblinger y Heflin es un programa de tratamiento utilizado para:

a) Niños y niñas que han sufrido abuso sexual.
b) El trastorno del sueño infantil.
c) El Síndrome de Tourette.
d) Los problemas de conducta en personas con discapacidad intelectual.

388. Respecto al abuso sexual infantil y del/de la adolescente, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA?

a) La evitación cognitiva disminuye la sintomatología.
b) Los sentimientos de culpa se relacionan con ansiedad en las relaciones.
c) Los sentimientos de vergüenza tienen relación con el desarrollo de síntomas de estrés postraumático.
d) La vergüenza tiene relación con ambientes familiares donde son frecuentes la expresión de disgusto y cólera.

389. ¿Cuáles son los tres componentes principales del Análisis de la Validez de la Declaración (SVA)?

a) Entrevista cognitiva, análisis de consistencia y juicio clínico final.
b) Evaluación médica, análisis del contenido y contraste con pruebas forenses.
c) Evaluación psicológica del/de la menor, análisis de la declaración mediante evaluación del contenido basada en criterios (CBCA) y comprobación de la validez.
d) Evaluación del desarrollo cognitivo, análisis de criterios (CBCA) y puntuación global automatizada.

390. Según el modelo de Wolfe y Gentile (1992), ¿a qué niveles debe realizarse la evaluación de las consecuencias del abuso sexual infantil?

a) Evaluación de la adaptación global del/de la menor y evaluación de la adaptación específica al abuso sexual.
b) Evaluación cognitiva y evaluación emocional.
c) Evaluación médica y evaluación forense.
d) Evaluación emocional del/de la menor y del entorno familiar.



391. ¿Cuál es el enfoque terapéutico que ha mostrado mayor apoyo empírico en el tratamiento de niños/as víctimas de abuso sexual según los estudios citados?

a) La terapia psicodinámica centrada en la elaboración simbólica del trauma.
b) La terapia cognitivo-conductual centrada específicamente en el abuso.
c) La terapia farmacológica como intervención principal.
d) La terapia de grupo.

392. ¿Cuáles son las cuatro dinámicas traumagénicas que, según Finkelhor y Browne, explican la sintomatología de la víctima del abuso sexual?

a) Sexualización traumática, estigmatización, sentimientos de impotencia y sentimientos de traición
b) Sexualización traumática, desorganización del apego., sentimientos de impotencia y sentimientos de traición
c) Alteración de la identidad sexual, sentimientos de impotencia, sexualización traumática, y desconfianza interpersonal generalizada.
d) Conflicto intrapsíquico sexual, alteración de la identidad sexual, sentimientos de impotencia y desconfianza interpersonal generalizada.

393. Señale cuál de las siguientes es una definición correcta de las conductas estereotipadas.

a) Conductas motoras altamente consistentes y repetitivas que aparentemente NO poseen una función adaptativa.
b) Acto motor altamente repetitivo que produce un daño físico a la propia persona que lo emite.
c) Movimientos musculares rápidos y aparentemente involuntarios, repetitivos o bruscos.
d) Vocalización o movimiento súbito, rápido, recurrente y NO rítmico.

394. En la evaluación de las esterotipias y autolesiones es esencial tomar en consideración:

a) La topografía de la conducta y su función.
b) La valoración basada en apreciaciones subjetivas.
c) La evaluación de los factores iniciales.
d) La utilización de cuestionarios específicos.

395. ¿Cuál de las siguientes características es INCORRECTA respecto a los trastornos por tics?

a) Se emiten en tandas separadas por periodos libres de segundos a horas.
b) Pueden variar su frecuencia en función del contexto.
c) Disminuyen cuando la persona se relaja en privado.
d) Disminuyen o desaparecen durante el sueño.



396. Una conducta motora altamente consistente, repetitiva y rítmica, que aparentemente no posee una función adaptativa es:

a) Un tic.
b) Una compulsión.
c) Una estereotipia.
d) Corea.

397. De acuerdo al DSM-5, los tics:

a) Generalmente se experimentan como involuntarios, pero se pueden suprimir voluntariamente durante diferentes periodos de tiempo.
b) Son movimientos rítmicos y recurrentes.
c) Son movimientos súbitos, no se incluyen las vocalizaciones súbitas.
d) Solamente involucran los músculos de la cara.

398. ¿Cuál de los siguientes criterios diagnósticos de trastorno de movimientos estereotipados es ERRÓNEO según el DSM-5?

a) Comportamiento motor repetitivo, aparentemente guiado y sin objetivo.
b) El comportamiento motor repetitivo interfiere en las actividades sociales, académicas u otras.
c) Se excluyen los comportamientos autolesivos.
d) Comienza en las primeras fases del período de desarrollo

399. ¿Qué dos tratamientos conductuales se han utilizado principalmente para los trastornos por tics?

a) La inversión del hábito y el refuerzo positivo.
b) Control estimular y relajación.
c) Relajación y la inversión del hábito.
d) La práctica masiva negativa y la inversión del hábito.

400. Las estereotipias (señala la respuesta INCORRECTA):

a) Aparecen también en niños/as que se encuentran acogidos/as en orfanatos o que han sido adoptados/as después de un tiempo de estancia en los mismos.
b) La mayoría de los/las niños/as con trastorno autista presenta movimientos estereotipados en algún momento, aunque las estereotipias no siempre sean preocupantes.
c) El hecho de que ciertos tratamientos farmacológicos puedan provocar estereotipias oro-faciales (discinesia tardía orofacial) dificulta el diagnóstico de las mismas.
d) No producen daños de carácter físico al/a la propio/a niño/a que los ejecuta o ni son potencialmente peligrosas.

401. Señale cual de las siguientes afirmaciones es falsa respecto al diagnóstico de la discapacidad intelectual según el DSM 5.

a) Se clasifican dentro de los trastornos del neurodesarrollo.
b) La especificación de gravedad depende del rango de cociente intelectual (CI).
c) El diagnóstico requiere la presencia de deficiencias en el comportamiento adaptativo.
d) Las deficiencias intelectuales y adaptativas deben iniciarse en el periodo de desarrollo.

402. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre retraso mental (actualmente denominado discapacidad intelectual) leve es FALSA, según Caballo y Simón (2016)?

a) Incluye aproximadamente a la mitad de las personas afectadas por retraso mental.
b) Suelen desarrollar habilidades sociales durante los años preescolares.
c) Tienen escasas limitaciones sensoriomotoras.
d) Con frecuencia no es detectable hasta que se inicia la escolarización.

403. La discapacidad intelectual, según el DSM-5, se clasifica por gravedad en leve, moderado, grave y profundo, teniendo en cuenta que:

a) Estos niveles de gravedad se corresponden a las puntuaciones de cociente intelectual (CI).
b) Las medidas de CI son más válidas para las puntuaciones más bajas del rango de CI.
c) Los niveles de gravedad se definen según el funcionamiento adaptativo, ya que éste determina el nivel de apoyos requerido.
d) Los niveles de gravedad se definen combinando el CI con el funcionamiento adaptativo.

404. Con respecto a los trastornos del neurodesarrollo marque la opción INCORRECTA.

a) En el DSM 5 se ha modificado el término retraso mental del DSM-IV por el de discapacidad intelectual.
b) El DSM 5 fusiona en la categoría trastorno del espectro autista los siguientes subtipos: trastorno autista, el trastorno de Asperger, el trastorno desintegrativo infantil, el trastorno de Rett y el trastorno generalizado del desarrollo no especificado.
c) El TDAH se ha trasladado en el DSM 5 a los trastornos del neurodesarrollo.
d) Trastornos disruptivos y del control de los impulsos forman parte de los trastornos del neurodesarrollo en el DSM 5.

405. ¿Cuál es el cambio de paradigma fundamental en la concepción de la discapacidad intelectual (antes denominada retraso mental) propuesto por la AAMR en los años noventa y que continúa vigente?

a) La consideración del retraso mental como una enfermedad de origen exclusivamente médico.
b) La concepción del retraso mental como una limitación en el funcionamiento que requiere identificar necesidades de apoyo y no solo medir el CI.
c) El abandono de la evaluación funcional en favor de la evaluación neuropsicológica.
d) La sustitución del diagnóstico clínico por pruebas de rendimiento académico.

406. Señale cual de las siguientes afirmaciones es cierta respecto al diagnóstico de enuresis.

a) Se puede diagnosticar a partir de los 3 años.
b) En la mayoría de los casos es intencional.
c) Es importante diferenciar entre enuresis primaria y secundaria, puesto que va a orientar el tipo de intervención.
d) Los factores emocionales y los sucesos estresantes tienen un papel más importante en la génesis de la enuresis secundaria.

407. Señale cual de las siguientes afirmaciones es falsa respecto a la aplicación del método de la alarma en el tratamiento de la enuresis.

a) Sus creadores planteaban que su eficacia se basaba en el principio de condicionamiento clásico.
b) Algunos autores han planteado que el aprendizaje se produce por un método de evitación pasiva (el/la niño/a aprende a controlar el esfínter para evitar el estímulo aversivo).
c) Ha demostrado ser eficaz para el tratamiento de la enuresis.
d) Su aplicación suele lograr la remisión de la enuresis en aproximadamente un mes.

408. Señale cuál de las siguientes afirmaciones es falsa respecto al tratamiento de la encopresis.

a) El tratamiento suele ser multicomponente.
b) En todos los casos se incluye un cambio dietético.
c) Dentro de los procedimientos operantes destacan el refuerzo positivo, el control de estímulos, la economía de dichas y el ensayo conductual.
d) Se recomienda mucha precaución en la aplicación de procedimientos derivados del castigo.



409. ¿Cómo se denomina la instauración de conductas implicadas en la continencia nocturna mediante la aplicación de consecuencias positivas por las conductas correctas y aversivas por las incorrectas?

a) Método de alarma.
b) Entrenamiento en retención voluntaria.
c) Despertar sistemático.
d) Entrenamiento en cama seca.

410. Señale la afirmación INCORRECTA respecto al tratamiento de la encopresis:

a) Siempre resulta necesario un entrenamiento en hábitos dietéticos.
b) Las técnicas de control de estímulos, economía de fichas y ensayo conductual forman parte del tratamiento.
c) Los procedimientos coercitivos no son recomendados.
d) El objetivo del entrenamiento en hábitos defecatorios incluye el control de estímulos, la prevención del estreñimiento y la utilización de métodos operantes.

411. ¿Cuál de los siguientes criterios diagnósticos de la CIE-11 para la enuresis es INCORRECTO?

a) No debería diagnosticarse antes de los 5 años.
b) Puede ser nocturna, diurna o mixta.
c) La frecuencia mínima debe ser de dos episodios semanales.
d) Debe tratarse de un patróon repetido de emisión de orina en lugares inapropiados.

412. De acuerdo a la CIE-11 los tipos de enuresis son los siguientes:

a) Primaria, Secundaria, Nocturna, Diurna.
b) Solo nocturna, Solo diurna, Nocturna-Diurna.
c) Primaria, Secundaria, Diurna.
d) Primaria, Secundaria, Nocturna-Diurna.

413. Para el tratamiento de la encopresis, el entrenamiento en hábitos defecatorios NO contempla, según Simón, Durán y Salgado (2001):

a) Establecer un momento determinado del día para llevar a cabo la defecación de un modo regular.
b) Restricciones y recomendaciones dietéticas.
c) Utilización de instrumentos de biofeedback.
d) La administración de un enema cada 2-3 días, si en ese período no se ha producido ninguna evacuación.



414. ¿Cómo se denomina la instauración de conductas implicadas en la continencia nocturna mediante la aplicación de consecuencias positivas por las conductas correctas y aversivas por las incorrectas?

a) Método de alarma.
b) Entrenamiento en retención voluntaria.
c) Despertar sistemático.
d) Entrenamiento en cama seca.

415. Según O´Connor (1995), las etapas que sigue el proceso de duelo son las siguientes:

a) Ruptura de antiguos hábitos, inicio de la reconstrucción de la vida, búsqueda de nuevos objetos de amor o de amigos/as y terminación de la adaptación.
b) Negación, ira, tristeza y aceptación.
c) Shock, tristeza y aceptación.
d) Incredulidad, rebelión, tristeza y aceptación.

416. Señale cuál de las siguientes afirmaciones es correcta respecto a la Enuresis.

a) La enuresis tipo I es más frecuente afectando mayormente a niñas.
b) La probabilidad de padecer enuresis se incrementa en función del número de familiares con historia de enuresis.
c) La enuresis secundaria se define como una enuresis causada por algún tipo de fallo vesical.
d) La prevalencia de enuresis diurna es mayor en niños.

417. ¿Cuál es el método de elección para el tratamiento de las enuresis nocturnas monosintomáticas?

a) Método de alarma en cama seca.
b) Biofeedback.
c) Entrenamiento en retención voluntaria.
d) Inhibidores de las prostaglandinas.

418. Señale cuál de las siguientes características es cierta, respecto al diagnóstico del trastorno negativista desafiante con el DSM 5.

a) Con frecuencia la manifestación se limita a la conducta con los/las hermanos/as.
b) Uno de los síntomas es la conducta rencorosa o vengativa.
c) Las manifestaciones deben darse al menos en dos contextos.
d) El trastorno comienza habitualmente en la adolescencia tardía.

419. Según la CIE-10, ¿qué trastorno del comportamiento y de las emociones, de comienzo habitual en la infancia y adolescencia, es el más característico en los casos de carencia parental, abusos o malos tratos graves?

a) Trastorno de vinculación de la infancia reactivo.
b) Trastorno de ansiedad de separación.
c) Trastorno disocial limitado al contexto familiar.
d) Trastorno disocial depresivo.

420. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa respecto al programa parental positivo diseñado para los problemas de conducta infantil?

a) Incorpora cinco niveles de intervención, de menor a mayor intensidad.
b) Uno de los objetivos es la prevención.
c) La intervención en los casos de mayor gravedad es hospitalaria.
d) Se basa en el entrenamiento en habilidades parentales.

421. Respecto al trastorno negativista desafiante, ¿cuál de las siguientes opciones es INCORRECTA?

a) Es evidente durante los primeros años escolares y nunca después de la adolescencia.
b) Incluye problemas de desregulación emocional.
c) Los/Las niños/as con este trastorno presentan mayor riesgo de problemas de adaptación como personas adultas.
d) Se caracteriza por terquedad, desafío y agresión.

422. ¿Cuáles de las siguientes características constituyen factores de riesgo para la continuación de los problemas de conducta disocial a largo plazo?

a) La edad de inicio precoz, la amplitud de la conducta desviada, la frecuencia, intensidad y diversidad de las conductas y los modelos familiares inadecuados.
b) El temperamento difícil y los patrones coercitivos de interacción padres/madres-hijos/hijas.
c) La comorbilidad con el TDAH y con el trastorno negativista desafiante.
d) El bajo nivel socio-económico y socio-educativo.

423. De las siguientes afirmaciones sobre el entrenamiento en habilidades cognitivas de Kazdin para los trastornos de conducta, señale la INCORRECTA:

a) Se centra en enseñar a los/las niños/as a evaluar sus percepciones, interpretaciones y atribuciones de acontecimientos y entrenar en procesos de solución de problemas.
b) Trata de reducir las conductas impulsivas y enseñar a utilizar estrategias de autocontrol.
c) Se puede utilizar tanto individual como grupalmente.
d) Se basa en procedimientos de manejo de contingencias por parte de profesores/as y progenitores/as.

424. Según Caballo y Simón (2017), el trastorno desafiante por oposición:

a) Es una entidad clínica diferente al trastorno disocial y no constituye un factor de riesgo para desarrollarlo.
b) No es habitual que tenga asociados problemas de aprendizaje.
c) Presenta alta comorbilidad con TDAH.
d) No es habitual su asociación con problemas de comunicación.

425. De las siguientes afirmaciones sobre el entrenamiento en habilidades cognitivas de Kazdin para los trastornos de conducta, señala la INCORRECTA:

a) Se centra en enseñar a los/las niños/as a evaluar sus percepciones, interpretaciones y atribuciones de acontecimientos y entrenar en procesos de solución de problemas.
b) Trata de reducir las conductas impulsivas y enseñar a utilizar estrategias de autocontrol.
c) Se puede utilizar tanto individual como grupalmente.
d) Se basa en procedimientos de manejo de contingencias por parte de profesores/as y progenitores/as.

426. ¿Qué modelo de psicoterapia se diseñó para abordar problemas conductuales, emocionales y legales de larga duración en adolescentes y que ha mostrado una óptima evidencia empírica?

a) La terapia dialéctica conductual para adolescentes.
b) Terapia familiar multisistémica.
c) La terapia basada en la familia.
d) Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de trastornos emocionales en adolescentes.

427. Señale cual de los siguientes es un criterio del diagnóstico por déficit de atención/hiperactividad según el DSM 5.

a) Los síntomas se mantienen durante al menos 12 meses.
b) Deben existir síntomas de inatención e hiperactividad de forma simultánea.
c) Varios síntomas de inatención o hiperactividad están presentes en dos o más contextos.
d) Los síntomas se inician antes de los 7 años.

428. Desde el punto de vista cognitivo y según Barkley (1990), los factores causales del TDAH son:

a) Los déficits meta-cognitivos para analizar, aplicar y modificar estrategias de solución de problemas.
b) La presencia de conductas rígidas y poco adaptativas derivadas de condiciones ambientales.
c) Los umbrales de activación más bajos por estimulación.

d) Los déficits en las conductas gobernadas por reglas.

429. Según el DSM-5 ¿cuál es la alternativa FALSA en relación con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad?

a) Presenta seis o más síntomas de inatención y/o hiperactivo-impulsivos al menos 6 meses.
b) Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos se presentan en dos o más contextos.
c) Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.
d) Es uno de los principales trastornos generalizados del desarrollo.

430. ¿Para evaluar qué trastorno han sido diseñadas las escalas de Conners?

a) Depresión infantil.
b) Trastornos del aprendizaje.
c) Trastornos del espectro autista.
d) Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

431. Un/Una niño/a cumple criterios de inatención, pero no de hiperactividad-impulsividad, durante los últimos seis meses. ¿Qué presentación DSM-5 corresponde?

a) Presentación combinada.
b) Presentación predominante con falta de atención.
c) Presentación predominante hiperactiva/impulsiva.
d) TDAH en remisión parcial.

432. En una valoración de TDAH en una persona de 18 años, ¿qué umbral sintomático DSM-5 debe aplicarse para inatención o hiperactividad-impulsividad?

a) Seis síntomas en todos los casos, porque la edad no modifica el umbral.
b) Cinco síntomas para adolescentes mayores y personas adultas a partir de los 17 años.
c) Cuatro síntomas si existe deterioro académico.
d) Tres síntomas si hay antecedentes familiares de TDAH.

433. ¿Cuál de los siguientes aspectos caracteriza a un/a psicólogo/a clínica infantil culturalmente competente? (señala la respuesta CORRECTA):

a) Conoce las normas culturales de interacción entre padres/madres e hijos/as de otras culturas.
b) Evita que su propia cultura influya en su práctica profesional con las personas pacientes.

c) Tiene un amplio conocimiento de su propio trasfondo cultural y de cómo este influye en sus expectativas sobre las relaciones padres/madres-hijos/as.
d) Se centra en aplicar técnicas estandarizadas de intervención clínica que ya han sido probadas en diferentes culturas.

434. Según Cruzado (2022), para manejar la hostilidad de la persona paciente oncológica se debe tener en cuenta. Señala la respuesta INCORRECTA:

a) Evitar interpretar la conducta agresiva como un ataque personal.
b) Entrenarse en comunicación asertiva.
c) Comenzar por identificar y aceptar la propia hostilidad.
d) No se debe validar la expresión de la hostilidad adaptativa de la persona paciente.

435. Según Cruzado (2022) con un/una paciente oncológico/a se deben tener en cuenta una serie de cuestiones para prevenir o abordar el pacto del silencio. Señala la opción INCORRECTA:

a) La comunicación puede ser difícil y dolorosa, pero la incomunicación lo es mucho más.
b) Aunque a corto plazo la información de una mala noticia puede aumentar la ansiedad, las consecuencias a medio plazo justifican esta medida.
c) La persona paciente debe conocer su situación clínica, incluso aunque no lo desee.
d) La verdad da soporte a la esperanza, mientras el engaño lleva al aislamiento y la desesperanza.

436. Los/Las psicólogos/as clínicos, al igual que el resto de facultativos/as deben ajustarse a unos principios éticos básicos. Señale cuáles se consideran fundamentales para regir el trabajo clínico.

a) El principio de beneficencia y la confidencialidad.
b) El respeto por la autonomía, el principio de beneficencia, la ausencia de maleficencia y la justicia.
c) La buena intención en las actuaciones y el respeto de la libertad sexual de la persona paciente.
d) Principio de beneficencia, NO realizar negocios con las personas pacientes y NO aprovecharse económicamente de ellas.

437. Según el Código Deontológico del Psicólogo, si tras un tiempo razonable el/la profesional considera que no puede alcanzar los objetivos de la intervención con los medios disponibles, debe:

a) Prolongar la intervención mientras el/la cliente lo solicite.
b) Dar por terminada la intervención e indicar otros/otras profesionales que puedan hacerse cargo.
c) Mantener la intervención sin informar al/a la cliente para evitar frustración terapéutica.
d) Sustituir la intervención psicológica por procedimientos no contrastados si el/la

cliente los demanda.

438. En una evaluación solicitada por la propia persona evaluada, ¿cuándo puede comunicarse información a terceras personas según el Código Deontológico?

a) Cuando exista autorización expresa previa de la persona interesada y dentro de los límites de esa autorización.
b) Siempre que el tercero sea familiar directo, aunque la persona paciente adulta no autorice.
c) Cuando el/la profesional lo considere conveniente, sin necesidad de informar al/a la cliente.
d) Nunca, ni siquiera con consentimiento expreso del/de la cliente.

439. ¿Cuál es el principal problema en relación a la confidencialidad en la terapia de grupo? (señala la opción CORRECTA):

a) La responsabilidad del/de la terapeuta de mantener la confidencialidad de las personas pacientes.
b) La posibilidad de que las personas miembros del grupo violen la confidencialidad de otra persona paciente.
c) La dificultad de los/las terapeutas para organizar sesiones grupales tomando en consideración que se puede revelar y que no.
d) La obligación legal de publicar contratos de confidencialidad.

440. En relación con el modelo de atención en salud mental impulsado en la CAPV, señale la opción MÁS ADECUADA:

a) La continuidad asistencial se garantiza prioritariamente mediante el incremento de camas hospitalarias de larga estancia.
b) El abordaje de los trastornos mentales graves debe realizarse preferentemente desde dispositivos especializados, limitando la intervención de atención primaria.
c) La atención comunitaria implica coordinación entre niveles asistenciales, participación de recursos sociales y enfoque centrado en la recuperación.
d) La intervención comunitaria se reserva fundamentalmente para personas pacientes estabilizadas tras el alta hospitalaria.

441. Según los principios recogidos en la Estrategia de Salud Mental de la CAPV, ¿cuál de las siguientes actuaciones se ajusta MEJOR al enfoque de recuperación?

a) Priorizar la adherencia terapéutica incluso cuando entre en conflicto con las preferencias expresadas por la persona usuaria.
b) Favorecer procesos de toma de decisiones compartidas y promoción de autonomía funcional y social.
c) Reservar las intervenciones psicoterapéuticas para fases avanzadas de estabilización clínica.

d) Orientar los programas asistenciales principalmente hacia la reducción de ingresos psiquiátricos hospitalarios.

442. En el marco de la planificación sanitaria en salud mental de la CAPV, señale la afirmación CORRECTA:

a) La prevención en salud mental se centra prioritariamente en la detección precoz de trastornos mentales graves en población adulta.
b) Las actuaciones de promoción de salud mental quedan diferenciadas de las intervenciones comunitarias y educativas.
c) La coordinación intersectorial constituye un elemento estratégico para abordar determinantes sociales relacionados con la salud mental.
d) La lucha contra el estigma se focaliza especialmente en el ámbito de los trastornos mentales graves y persistentes.

443. Según los objetivos concretos de la Estrategia de Prevención del Suicidio en Euskadi, ¿a quién va dirigida específicamente la posvención?

a) Exclusivamente a las personas que han realizado un intento de suicidio fallido.
b) A la población general mediante campañas de sensibilización e información.
c) A los/las profesionales sanitarios/as para mejorar su formación técnica.
d) A los/las supervivientes (familiares y allegados/as) para proporcionarles apoyo desde el sistema.

444. Señale cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA respecto a la evaluación psicopatológica en la infancia.

a) La variación situacional y los cambios evolutivos obligan a interpretar la conducta infantil en función del desarrollo.
b) Los estudios poblacionales permiten identificar tendencias generales, pero pueden ocultar trayectorias individuales no lineales.
c) La evaluación infantil debe incorporar el análisis de la conducta a lo largo del tiempo para comprender su significado clínico.
d) Las encuestas en población general permiten identificar con precisión los mecanismos que explican los cambios asociados a la edad en la psicopatología infantil.

445. Señale cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA respecto al uso del lenguaje no verbal.

a) La postura corporal y las expresiones faciales pueden influir en la percepción de interés de la persona entrevistadora.
b) La interpretación del lenguaje corporal puede variar en función del contexto cultural de la persona paciente.
c) Existen pautas universales de lenguaje corporal que garantizan que la persona paciente se sienta comprendida.



d) El lenguaje corporal del/de la cliente puede ser malinterpretado si la persona entrevistadora desconoce su contexto cultural.

446. Señale cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA respecto a las diferencias culturales en la comunicación durante la entrevista clínica.

a) El significado del contacto ocular puede variar en función de la pertenencia cultural de la persona entrevistada.
b) En algunas culturas, una respuesta retardada puede interpretarse erróneamente como desinterés por parte de la persona entrevistadora.
c) Las diferencias en el estilo comunicativo se explican exclusivamente por la pertenencia étnica de la persona entrevistada.
d) El desconocimiento de las normas culturales del/de la cliente puede llevar a interpretaciones erróneas de su conducta comunicativa.

447. Señale cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA respecto al uso de estilos directivo y no directivo en la entrevista clínica.

a) El estilo no directivo garantiza la obtención de información suficiente para un diagnóstico válido.
b) El estilo directivo debe utilizarse al inicio de la entrevista para favorecer el rapport.
c) El uso equilibrado de estilos directivo y no directivo permite facilitar el rapport y, al mismo tiempo, obtener información específica relevante.
d) El estilo directivo se caracteriza por preguntas abiertas que fomentan respuestas extensas y espontáneas.

448. ¿Cuál de los siguientes síntomas se corresponden con una Afasia de Conducción?

a) Articulación y prosodia normales con alguna sustitución en morfemas gramaticales, lenguaje escrito y comprensión oral y lectora alteradas. No es capaz de repetir lo que dices ni de denominar lo que se le muestra.
b) Lenguaje expresivo fluido, a veces parafásico. Comprensión auditiva y lectora preservada. Denominación y repetición alterada. Lectura y escritura alterada.
c) Lenguaje espontaneo no fluido, lento y aprosódico. Denominación, repetición, lectura y escritura alteradas. Comprensión auditiva relativamente preservada.
d) Lenguaje espontáneo no fluido, con alteración grave de la comprensión, la denominación, la repetición y la escritura.



449. ¿Cuál de las siguientes características se relaciona más con la capacidad funcional de las personas pacientes con esquizofrenia?

a) La sintomatología positiva como son las alucinaciones y los delirios hacen que tengan menor capacidad funcional.
b) La sintomatología negativa como es la abulia o la apatía dificulta que las personas pacientes puedan tener una vida funcional.
c) La suma de la sintomatología positiva y negativa.
d) El rendimiento de estas personas pacientes en atención y memoria de trabajo se relaciona estrechamente con el desempeño funcional.

450. ¿Qué áreas se ha descubierto que están más alteradas con respecto al perfil cognitivo de personas con trastorno límite de personalidad?

a) El cociente intelectual general está afectado en estas personas pacientes.
b) Sobre todo, en áreas relacionadas con la memoria semántica.
c) Se puede apreciar deterioro en las funciones ejecutivas relacionadas con planificación y toma de decisiones.
d) Normalmente suele encontrarse un deterioro en praxias y gnosias.

EJERCICIOS PRÁCTICOS

CASO CLÍNICO 1. ENUNCIADO DEL CASO

Maitane, de 17 años, acude a consulta por iniciativa de su familia, ya que presenta una importante pérdida de peso y dificultades con la comida. En el momento de la consulta presenta un IMC de 17, amenorrea de cinco meses de evolución, elevada restricción alimentaria y actividad física intensa. Ha dejado de comer muchos alimentos que considera demasiado calóricos como dulces, pasteles… Come dos veces al día y necesita mucho tiempo para comer, desmenuza los alimentos o los tira. Es la mayor de dos hermanos, su hermano tiene 15 años y no presenta patología. Su madre tiene 47 años y sufre un trastorno persistente de ansiedad generalizada, y años antes estuvo en tratamiento para corregir su obesidad. El padre no tiene antecedentes psicopatológicos y es corredor de maratones.

Maitane presenta llanto frecuente, miedo a engordar y a recuperar un peso saludable, y se muestra muy exigente consigo misma en relación con su rendimiento académico, muestra baja tolerancia ante los errores, se preocupa por los detalles, el orden y la organización. Se muestra complaciente con los demás, evita mostrar emociones negativas y tiene un bajo concepto de sí misma. Presenta alteraciones de la imagen corporal y molestias somáticas como dolor de estómago, náuseas, estreñimiento…. Siempre había sido una niña rellenita y con tendencia a la obesidad: cuando se sentía aburrida o nerviosa solía picotear. Hace un año presentaba un sobrepeso de unos 8 kg, y tras un comentario de sus amigas empieza a suprimir helados, chocolate o pan, y a comer verdura cocida y alimentos a la plancha. Comienza a perder peso, sus amistades le señalan que está mejor y más guapa bien, deja de merendar y a veces tampoco almuerza. Todo esto le hace sentirse mejor, y la pérdida de peso le hace creer que controla la situación.

Esta situación se mantiene hasta que su familia comienza a preocuparse por su delgadez y porque la notan irritable, ya que se enfada por cualquier cosa, no quiere comer con ellos y discute con frecuencia. Ella comienza a rendir peor en los estudios, y a preocuparse diariamente mucho por la comida, el peso y las calorías. Además, comienza a alejarse de sus amistades. Aunque las discusiones familiares han aumentado mantiene una relación de apoyo con sus padres y hermano. Pese a su reticencia inicial a acudir al psicólogo, en sesión se muestra colaboradora.

451. Desde la perspectiva transdiagnóstica, ¿cuáles son las características que comparten los distintos trastornos de alimentación?

a) El perfeccionismo, la baja autoestima, la intolerancia a las emociones y las dificultades interpersonales.
b) La obsesividad, el pesimismo, la intolerancia a las emociones y el ascetismo.
c) El perfeccionismo, el neuroticismo, la impulsividad y la rigidez cognitiva.
d) Las dificultades interpersonales, la rumiación, la baja autoestima y la introversión.

452. De los siguientes instrumentos de evaluación, ¿cuál no es adecuado para valorar la imagen corporal en la anorexia nerviosa?

a) BITE.
b) EDI.



c) EAT.
d) BSQ.

453. ¿Cuál de las siguientes terapias para la anorexia nerviosa en las adolescentes más jóvenes presenta mayor evidencia empírica y mayor grado de recomendación?

a. La psicoterapia interpersonal.
b. La terapia basada en la familia.
c. La terapia dialéctica conductual.
d. La terapia cognitivo-conductual.

454. De los siguientes objetivos terapéuticos, y dada la sintomatología que presenta la paciente, no se considera necesario:

a) Realizar una rehabilitación nutricional en el hospital.
b) Trabajar sobre la motivación y expectativas de cambio.
c) Trabajar sobre los altos niveles de exigencia.
d) Trabajar sobre su bajo estado de ánimo.

455. De las siguientes técnicas ¿cuál es adecuada para tratar las conductas rituales (como pesarse continuamente, contar calorías o trocear la comida) de los trastornos de alimentación?

a) La reestructuración cognitiva.
b) El control estimular.
c) La prevención de respuesta.
d) El castigo positivo.



CASO CLÍNICO 2. ENUNCIADO DEL CASO

Ainhoa, estudiante universitaria de 20 años, soltera, acude a pedir ayuda porque le cuesta cada vez más controlar sus hábitos alimentarios y de compras. Su deseo de sentirse atractiva y tener éxito en los círculos sociales y con los chicos, le había llevado a preocuparse por adelgazar. Hacía
12 meses que había comenzado a realizar dieta, y cuando sentía hambre ingería grandes cantidades de comida para posteriormente vomitar y usar laxantes. Esta pauta cada vez le ocupaba más tiempo e interfería tanto en sus estudios como en sus relaciones sociales. Además, en bastantes ocasiones realizaba compras de ropa, calzado y complementos de las cuales luego se arrepentía. Estas conductas eran más intensas cuando tenía decepciones personales o se sentía abrumada por las emociones como el enfado o la ira.

Ainhoa señala que lleva muchos años luchando contra sentimientos de tristeza y con una sensación de vacío interno que se hacía muy patente cuando experimentaba rechazos personales o en periodos de soledad. En su adolescencia temprana cuando se sentía así, se realizaba pequeñas heridas en los brazos y en las piernas, tras las cuales se sentía aliviada y con una cierta sensación de control. Desde siempre le había costado mucho mantener amistades, y siempre se había sentido muy aislada socialmente. Le daba miedo relacionarse con las personas y confiar en ellas por el temor a que la rechazaran, pero sí que deseaba establecer relaciones. Cuando tenía 3 años sus padres se divorciaron y pasó mucho tiempo viviendo con sus abuelos maternos y una tía. Al empezar a la escuela su madre vuelve a casarse y entonces pasa a vivir con ella y su padrastro. La relación con este último no había sido buena y ella se sentía abandonada por su madre cuando en las discusiones se ponía siempre del lado de su marido y la criticaba por su comportamiento. Desde el divorcio no había tenido contacto con su padre.

A partir de los 17 años había tenido alguna relación con chicos, pero durante las mismas se sentía muy insegura y mostraba una necesidad constante de aceptación. En muchas ocasiones tenía discusiones con ellos por razones insignificantes, y durante las mismas podía llegar a perder el control y amenazarles con herirse, lo que a la larga provocaba que ellos se alejaran.

Acude a terapia porque desea aprender a controlar sus impulsos y emociones, entenderse mejor y establecer relaciones personales más adaptativas.

456. ¿En qué categoría general podría encuadrarse el diagnóstico de Ainhoa?

a) Trastorno del estado de ánimo.
b) Trastorno del control de los impulsos.
c) Trastorno de personalidad.
d) Trastorno adaptativo.

457. ¿Los modelos familiares durante la infancia han sido?

a) Invalidantes y de apego rechazante.
b) Invalidantes y de apego inseguro.
c) Invalidantes y de refuerzo intermitente.
d) Invalidantes y de límites laxos.



458. ¿Qué tipo de terapia psicológica podría ser la más adecuada en este caso?

a) La terapia cognitiva de Beck.
b) La terapia basada en los esquemas de Wells.
c) La terapia interpersonal de Schramm.
d) La terapia de mentalización de Bateman y Fonagy.

459. ¿Qué objetivos son esenciales en el módulo de entrenamiento grupal en habilidades de la terapia dialéctica conductual de Linehan?

a) Trabajar la eficacia interpersonal, aprender estrategias de regulación emocional y tolerancia al malestar.
b) Disminuir conductas autolesivas y situaciones de crisis y prevenir rupturas de alianza terapéutica.
c) Aumentar la tolerancia al malestar, tomar conciencia de los esquemas irracionales y aprender estrategias para clarificar y elaborar los afectos.
d) Reducir la ansiedad, y mejorar las habilidades sociales y de resolución de problemas.

460. En relación al trastorno de personalidad límite, de las siguientes afirmaciones señale la incorrecta:

a) Los patrones del trastorno límite de personalidad son el resultado de la transacción entre la vulnerabilidad emocional del/de la niño/a y un ambiente que invalida las expresiones emocionales.
b) Los objetivos del tratamiento se ordenan jerárquicamente del siguiente modo: disminución de conductas suicidas y parasuicidas, disminución de las conductas que interfieren con el curso de la terapia, disminución de las conductas que interfieren en la calidad de vida de la persona paciente.
c) En situaciones de estrés grave las personas con este trastorno pueden tener ideación paranoide o síntomas disociativos.
d) Las similitudes entre el trastorno de personalidad límite y el trastorno de personalidad dependiente son el miedo al abandono y la reacción con sentimientos de rabia y exigencia ante la ruptura de relaciones interpersonales.

CASO CLÍNICO 3. ENUNCIADO DEL CASO

Javier, de 20 años, acude por un problema relacionado con el consumo de alcohol y derivado por el médico de cabecera. Vive con sus compañeros de piso y estudia segundo de Administración y Dirección de Empresas (ADE) en una universidad privada. Sale casi todos los fines de semana con sus compañeros de piso: quedan los viernes después de clase a tomar unas cañas, y normalmente continúan bebiendo copas durante toda la noche hasta la mañana siguiente. El sábado se queda dormido hasta la tarde, y cuando se levanta, sale de nuevo de copas hasta la mañana del domingo. El domingo lo pasa en la cama sin hacer nada.

El resto de la semana va a clase por las mañanas y estudia por las tardes. Antes solía ir al gimnasio a última hora, pero desde hace unos 6 meses ha dejado de hacerlo. Empieza a pensar que si entre semana bebiera una gota de alcohol ya no podría parar de beber en todo el día. Aunque alguna vez ha probado el cannabis, no lo consume habitualmente.

Hace un par de meses salió el sábado con su grupo de amigos y después de tomar cuatro o cinco cervezas comenzó a tomar copas, tras cuatro copas ya no recordaba nada. Empezó a sentir que su corazón se le aceleraba como nunca, se empezó a sentir raro y sus amigos lo sacaron al aire libre diciendo que se le pasaría, pero no se le pasó. Esa noche se fue a casa y el domingo no salió; los compañeros le dijeron que seguramente le pusieron alcohol de mala calidad. Durante la semana estuvo inquieto e intento no pensar en lo ocurrido, pero el viernes cuando estaba acercándose al bar empezó a sentir que el corazón se le aceleraba, y se empezó a poner nervioso, queriéndose marchar a casa. Los amigos insistieron para que no se fuera y él, para no soportar los comentarios negativos, se quedó, aunque sintiéndose mal.

Javier ha comenzado a darse cuenta de que su intranquilidad va en aumento cuando bebe, que ya no disfruta como antes, y que se despierta con resaca y taquicardias. Se siente agobiado y con miedo a perder el control total respecto a la bebida. Los fines de semana bebe cada vez más y sin pasárselo bien, pero se siente incapaz de rechazar los planes de sus amigos y plantear actividades alternativas, por temor a quedarse sólo y al qué dirán.

Javier siempre ha sido una persona tímida, callada e introvertida, a la que las situaciones sociales le generan mucha ansiedad. Le costó encontrar amigos en la universidad, las interacciones con chicas le resultan muy difíciles, y el alcohol le ha servido como herramienta para desinhibirse. Últimamente se siente culpable y triste, no sabe cómo hacer frente a la situación y ha comenzado a preocuparse por su salud. Se da cuenta que le cuesta más concentrarse y estudiar y que su rendimiento académico ha comenzado a disminuir. Señala que en su familia el alcohol ha estado presente siempre, y considera que su padre podría tener un problema con el alcohol dado que en bastantes ocasiones ha llegado a casa bebido.

461. El patrón de consumo de alcohol que presenta Javier se ajusta al:

a) Consumo problemático.
b) Consumo experimental.
c) Consumo intensivo o en atracón.
d) Dependencia al alcohol.

462. ¿Qué función desempeña la bebida en el inicio del consumo en el caso de Javier?

a) Castigo positivo.
b) Castigo negativo.
c) Refuerzo positivo.
d) Refuerzo negativo.

463. Desde el punto de vista de la evaluación funcional de la conducta de consumo, se deben recoger los siguientes datos:

a) Topografía de las conductas, intensidad, frecuencia y duración.
b) Expectativas del paciente en referencia al efecto de la sustancia.
c) Estímulos antecedentes, respuestas y consecuencias de la conducta.
d) Características temporales de la conducta de consumo, variables organísmicas y consecuencias del consumo.

464. Para poder desarrollar un programa de beber controlado, ¿qué instrumento de evaluación puede ser el más útil?

a) El cuestionario AUDIT.
b) La entrevista estructurada.
c) El autorregistro de consumo de alcohol.
d) Un cuestionario diagnóstico.

465. De los siguientes componentes terapéuticos, ¿cuáles pueden ser los más adecuados en el caso de Javier?

a) Identificar razones para beber menos, establecer un periodo de abstinencia de dos o tres semanas, construir reglas de bebida, afrontar la presión y la ansiedad social, y prevenir recaídas.
b) La entrevista motivacional, la abstinencia del alcohol, y la realización de actividades incompatibles con la bebida.
c) Identificar razones para beber menos, construir reglas de bebida y aprender estrategias de relajación.
d) Analizar las causas del consumo, identificar razones para beber menos y establecer estrategias para controlar el “craving”.

CASO CLÍNICO 4. ENUNCIADO DEL CASO

Jaione es una chica de 25 años que es derivada al Centro de Salud Mental por su cardiólogo. En un periodo de dos meses había acudido al servicio de urgencias hospitalarias en cuatro ocasiones presentando un cuadro de palpitaciones, disnea, sudoración, temblores y miedo, con la sensación de que iba a morir inminentemente. Estos síntomas aparecían rápidamente y le dejaban asustada, exhausta y plenamente convencida de que había sufrido un infarto de miocardio. Todas las evaluaciones médicas realizadas después de los episodios fueron normales.

En la primera sesión con el psicólogo, la paciente aparece aseada, colaboradora y con un discurso coherente. El aspecto externo es de una joven nerviosa, excesivamente preocupada por su salud. Refiere que había tenido, en total, cinco crisis en los últimos tres meses y en contextos variados: trabajando, utilizando transporte público y mientras cenaba con amigos. Estos ataques habían provocado que tuviera un miedo constante a que le sucedieran de nuevo, por lo que había pedido unos días en el trabajo, evitaba tomar bebidas excitantes y no realizaba ningún tipo de actividad

¨me paso el día sin hacer nada¨. También refiere sufrir dificultades para iniciar y mantener el sueño y una disminución del apetito. Describía su situación actual como angustiosa ¨estar así es un verdadero infierno¨, a la espera de sufrir otro ataque, ya que estaba convencida de que tenía algún tipo de patología cardiaca que las pruebas médicas no habían detectado.

En la exploración, Jaione comenta que, cuando tenía 9 años, había tenido pequeños problemas de ansiedad que habían diagnosticado como fobia escolar; estuvo acudiendo a algunas sesiones, -no precisa cuantas-, con la psicóloga del centro y el problema se resolvió fácilmente. También comenta que ella y su entorno la consideran una persona que se agobia con facilidad y que siempre está ¨dándole vueltas al coco¨. Sus padres están divorciados desde que tiene 12 años, siendo el proceso de divorcio bastante cordial; ella vive con su madre y sus dos hermanos menores. Su padre vive en otra provincia y no ha formado otra familia. La relación con todos ellos es correcta, y comenta que todos están bastante preocupados por su salud.

466. De acuerdo a los criterios del DSM-5, Jaione presenta un diagnóstico de:

a) Crisis de pánico.
b) Trastorno de ansiedad no especificado.
c) Trastorno de pánico.
d) Trastorno de pánico con agorafobia

467. Señale cuál de las siguientes afirmaciones en relación con el tratamiento es correcta:

a) El entrenamiento en relajación ha demostrado ser una opción válida, con resultados similares a la aplicación de terapia cognitivo conductual.
b) El entrenamiento en habilidades sociales en los casos de ansiedad normalmente incluye técnicas como el ensayo conductual, las estrategias de resolución de problemas y la reestructuración cognitiva, y está particularmente recomendada en

el caso de la agorafobia.

c) La terapia cognitivo-conductual es la que presenta mayor nivel de evidencia.
d) La terapia metacognitiva para los trastornos de ansiedad pone el foco en el contenido de los pensamientos ansiógenos.

468. ¿Qué componente terapéutico no sería de utilidad para trabajar las cogniciones catastróficas?

a) Entrenamiento en respiración lenta.
b) Experimento de pares asociados.
c) Prueba de hiperventilación.
d) Exposición interoceptiva

469. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta en relación con los factores de riesgo para los trastornos de ansiedad?

a) Los episodios de ansiedad por separación en la infancia están considerados siempre como un factor de riesgo.
b) La corteza cingulada posterior parece estar relacionada con el inicio y el mantenimiento de los trastornos de ansiedad.
c) Se han identificado diversos factores temperamentales, pero se desconoce su implicación en el riesgo para el diagnóstico de un trastorno de pánico.
d) Se ha encontrado una asociación entre patologías respiratorias como el asma y el desarrollo del trastorno de pánico.

CASO CLÍNICO 5. ENUNCIADO DEL CASO

Cristina es una mujer de 35 años, casada, con una hija de tres años y a punto de tener a su segundo hijo. Es licenciada en economía, pero dejó de trabajar después del nacimiento de su primera hija. Su esposo es empresario y el nivel económico de la familia es alto. Acude a su Centro de Salud Mental derivada por su médico de cabecera.

Ella y su marido tienen una amistad íntima con otra pareja, con quienes comparten salidas de fin de semana y algún periodo vacacional. Desde hace unos meses, coincidiendo con el embarazo, Cristina refiere tener pensamientos recurrentes acerca de sentirse sexualmente atraída por el hombre del matrimonio amigo, Jon. En esas fantasías se ve teniendo relaciones sexuales con él y esto le hace sentirse muy incómoda cuando coinciden en persona, ya que se ve incapaz de controlar su comportamiento. Cuando mantiene relaciones con su marido, siente pánico, ya que se imagina teniendo relaciones con Jon y se ve capaz de decir su nombre en lugar del de su esposo. Entiende que estas relaciones con Jon no van a producirse, ya que ella no quiere hacer daño a su esposo.

La paciente admite tener este tipo de fantasías de tipo sexual con otros hombres de edades similares a la de Jon, pero con menor frecuencia. También admite tener pensamientos recurrentes sobre las consecuencias de la infidelidad, como la vergüenza, la culpabilidad y la pérdida de su estatus económico. Estos pensamientos le ocupan buena parte del día, le generan altos niveles de ansiedad y, en ocasiones, síntomas parecidos a los de un ataque de pánico, sobre todo al pensar que su marido le puede quitar a sus hijos. Para contrarrestar estos pensamientos, Cristina suele intentar ¨quitárselos de la cabeza¨, repasar mentalmente todos los encuentros con la pareja de amigos, para ver si su conducta ha sido extraña, y entretenerse con otras tareas de casa o jugando con su hija. Asimismo, evita quedar con la pareja de amigos y contestar a sus llamadas de teléfono, a pesar de que su marido está extrañado con estas conductas.

En la exploración, la paciente refiere que cuando tenía 18 años tuvo unas discusiones importantes con su padre debidas a la elección de los estudios. Tras estas discusiones aparecieron pensamientos en los que se sentía capaz de matar a su padre, lo que le provocaba mucha ansiedad, además de algunos síntomas compatibles con ataques de pánico. Estos pensamientos remitieron cuando se fue a estudiar a la universidad en otra comunidad autónoma. También admite que, después de dar a luz a su hija, aparecieron pensamientos en los que se veía capaz de hacer daño a la recién nacida y que le provocaban gran ansiedad y sintomatología física, por lo que, en los primeros días después del nacimiento, procuraba no pasar mucho tiempo a solas con la niña. Estos pensamientos fueron desapareciendo conforme su hija creció.

En la evaluación psicológica se han obtenido los siguientes datos: una puntuación de 24 en la escala Y-BOCS; una puntuación de 21 en la escala BDI-II; y una puntuación de 26 en la escala BAI.

470. Según el DSM-5 Cristina presenta un diagnóstico de:

a) Trastorno obsesivo compulsivo sin relación con tics, y con introspección aceptable.
b) Trastorno de personalidad obsesivo compulsivo.
c) Neurosis obsesivo compulsiva con predominio de actos e ideas obsesivas mixtas.
d) Trastorno obsesivo compulsivo sin relación con tics, y con ausencia de introspección.

471. Tomando en consideración los datos obtenidos en la evaluación, ¿cuál de los siguientes procedimientos sería necesario incluir para obtener más información sobre su cuadro clínico?

a) La observación conductual.
b) Autorregistros.
c) El MCMI de Millon.
d) La escala HADS de Hamilton

472. Señale la opción correcta en relación con el diagnóstico diferencial de la paciente:

a) Es bastante común que aparezcan rituales en algunas fobias específicas.
b) En los trastornos del control de impulsos pocas veces se obtiene placer de las compulsiones.
c) El trastorno obsesivo de la personalidad implica una mala adaptación generalizada, un patrón de perfeccionismo excesivo, y rígido control.
d) Los comportamientos repetitivos están precedidos por impulsos cognitivos premonitorios.

473. Tomando en consideración las características del caso, escoja la opción correcta:

a) La creencia nuclear que subyace en el caso de Cristina es la necesidad de ser querida por sus allegados, de ahí el temor a hacerles daño.
b) El intento de parar la obsesión, repasar mentalmente y evitar constituyen castigos positivos.
c) La aparición de las obsesiones no tiene relación con sucesos estresantes.
d) No se aprecia ninguna relevancia en el uso del pensamiento fusión-acción.

474. Señale la opción incorrecta en relación con la aplicación de exposición y prevención de respuesta:

a) Mediante estas técnicas, se evitan activamente los rituales y se expone al paciente a los pensamientos o imagines intrusivas.
b) En el caso de las obsesiones puras, resulta más efectiva la aplicación de la detección del pensamiento, en lugar de la exposición a los pensamientos intrusivos.
c) La utilización de técnicas para modificar las creencias, se incluyen para facilitar la exposición o para ayudar a integrar la información, estimular la generalización y prevenir las recaídas.

d) Se recomienda la aplicación de un módulo de psicoeducación anterior a la aplicación de la técnica de exposición.

CASO CLÍNICO 6. ENUNCIADO DEL CASO

Iker es un chico de 25 años, soltero y en paro; que asiste a la consulta de psicología derivado por el psiquiatra para su valoración. Lleva acudiendo al CSM durante años para controlar los síntomas psicóticos y afectivos, así como el consumo abusivo de marihuana.

Al preguntarle por su historia, Iker relata haber tenido una infancia y adolescencia temprana normal en la que llevaba bien los estudios, jugaba al baloncesto y formaba parte de una cuadrilla con la que compartía el tiempo libre. Sobre los 15 años comenzó a sentirse triste, con falta de energía, sin motivación para estudiar o quedar con sus amigos, y comenzó a aislarse en su habitación. La novia que tenía en aquella época le dejó, ya que no se encontraba cómoda con su comportamiento. En esa época, comenzó a fumar marihuana casi a diario, ya que le servía para olvidar lo triste que estaba. Unos meses más tarde, comenzó a experimentar crisis de angustia recurrentes, en las que sufría taquicardias y le atenazaba el miedo a morir. En aquella época, sus padres le enviaron al psiquiatra para tratar los síntomas ansioso-depresivos, que se resolvieron adecuadamente tras la pauta de un ISRS y de psicoterapia de apoyo.

Al desaparecer los síntomas de depresión, Iker decidió dejar la medicación; esto provocó que se encontrase de nuevo triste y desmotivado, con episodios de irritabilidad. El rendimiento académico empeoró y no pudo aprobar la selectividad para estudiar la carrera que él quería, lo que provocó un nuevo aislamiento social y un aumento en el consumo de tóxicos. En esta época consumía marihuana a diario.

A los 20 años, Iker sufrió un brote psicótico que requiere de hospitalización. Aparecen alucinaciones auditivas en las que las voces le acusan de haber abusado de su ex novia. Él está convencido de que estos abusos habían ocurrido, a pesar de que no había ninguna prueba que lo corroborase. Este episodio le genera un gran malestar, que lleva a un intento de suicidio en el que se produce cortes en los brazos, lo que condujo al ingreso. En el momento de la hospitalización presenta agitación y altos niveles de ansiedad. Tras pautarle medicación ansiolítica y antipsicótica, los síntomas de agitación remiten, pero, al cabo de unos días, se encuentra muy deprimido, con anhedonia, sentimientos de culpa, dificultades de sueño, falta de apetito y problemas de concentración. Tras administrarle un combinado de antidepresivos y antipsicóticos la clínica psicótica y depresiva remite. La duración del episodio psicótico fue de unas seis semanas, de las cuales cuatro se caracterizaron por el predominio de la sintomatología depresiva.

Antes de los 25 años, y habiendo reducido considerablemente el consumo de marihuana, fue ingresado dos veces más. Ambos episodios comenzaron con un par de semanas previas de delirios y alucinaciones relacionados con el malestar que le había causado a su exnovia. Estos episodios se acompañaban de síntomas depresivos intensos. Durante ambas recaídas había mantenido la pauta médica prescrita por su psiquiatra, Clozapina y Sertralina, junto con la psicoterapia de apoyo. Su psiquiatra refiere que la disforia y la irritabilidad no se habían resuelto desde el primer ingreso y que el consumo de tóxicos empeoraba considerablemente la sintomatología afectiva. Después de la estabilización sintomatológica en el tercer ingreso, se le derivo a recursos psicosociales para trabajar la abstinencia de tóxicos, con relativo éxito ya que desde hace unos seis meses no ha fumado marihuana

475. ¿Cuál de los siguientes diagnósticos correspondería al caso de Iker?

a) Depresión Mayor con síntomas psicóticos.
b) Trastorno esquizoafectivo, de tipo depresivo, con episodios múltiples, actualmente en remisión.
c) Trastorno Bipolar I, episodio depresivo actual con características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo.
d) Trastorno psicótico inducido por sustancias, con inicio durante la intoxicación.

476. ¿Cuál de los siguientes diagnósticos sería considerado como trastorno secundario?

a) Trastorno depresivo persistente.
b) Trastorno por consumo de cannabis, en remisión total.
c) Abstinencia de cannabis.
d) Trastorno por consumo de cannabis, en remisión inicial.

477. Dadas las características del caso, ¿Qué instrumento de evaluación incorporaría al protocolo de evaluación?

a) El test de tarjetas de Wisconsin, WCST.
b) El MMPI.
c) La escala HADS de Hamilton.
d) La escala Calgary CDSS.

478. ¿Cuál de las siguientes terapias es un tratamiento integrado multimodal recomendable para este paciente?

a) El programa REHACOP.
b) El programa IPT de Roder.
c) La terapia metacognitiva.
d) La terapia familiar conductual.

479. Los programas de tratamiento que han demostrado mayores niveles de evidencia y están altamente recomendados en el tratamiento de los trastornos psicóticos son:

a) Los programas de entrenamiento en habilidades sociales.
b) Las intervenciones familiares.
c) Los programas de rehabilitación neuropsicológica.
d) Los programas de psicología integrada



CASO CLÍNICO 7. ENUNCIADO DEL CASO

Markel, de 12 años, derivado desde atención primaria a consulta de psicología de un Equipo de Salud Mental Infanto-juvenil. Viene acompañado por su madre, quien acudió a consulta porque su hijo presentaba rabietas que le parecen están contribuyendo al empeoramiento de su rendimiento escolar desde que empezara la ESO.

Durante el último curso de Primaria, el profesorado señalaba que Markel era académicamente capaz, pero poco hábil para hacer amigos, más interesado por los dinosaurios de juguete que llevaba al colegio que por sus compañeros. Rara vez hablaba en clase, y en los últimos meses varios profesores le habían oído gritar a otros chicos, generalmente en el pasillo, sin que detectaran causa alguna, pero no le habían castigado al suponer que estaba respondiendo a alguna provocación.

Al entrevistarlo a solas, respondió con balbuceos no espontáneos a las preguntas sobre el colegio, los compañeros de clase y la familia. Sin embargo, cuando se le pregunto si le interesaban los dinosaurios, se animó. Sacó de la mochila varios dinosaurios de juguete y, sin mirar mucho a los ojos, se puso a hablar largo y tendido sobre ellos, describiendo con exactitud sus nombres, características y la forma en que se clasificaban. Al preguntarle de nuevo por el colegio, comenta finalmente que otros chicos le susurran insultos en clase, y que después, en el pasillo, se los gritan al oído, “y yo odio los ruidos fuertes”.

En la anamnesis, se recoge que Markel dijo su primera palabra a los 11 meses y empezó a utilizar frases cortas a los tres años. Siempre le han gustado mucho los dinosaurios. Según su madre, siempre ha sido muy tímido, sin amigos íntimos. Le disgustan los chistes y las bromas –dice que no los entiende–, y aunque a ella estos comportamientos siempre la han parecido un poco raros, señala que no son muy distintos de los de su padre, ya que ambos son “muy tiquismiquis con las rutinas y sin sentido del humor”. Durante la exploración se mostró tímido y por lo general nada espontáneo. Pese al bajo contacto ocular, el discurso era coherente e intencional. En ocasiones se trababa con las palabras, hacía pausas excesivas y a veces repetía rápidamente palabras o partes de palabras. Decía encontrarse bien, pero que le daba miedo el colegio. Parecía triste y solamente se animaba al hablar de sus dinosaurios de juguete. Negó tener ideas suicidas, y no presentaba síntomas psicóticos. La cognición estaba intacta.

480. Según el DSM-5, en este caso se establecería como diagnóstico principal:

a) Trastorno del espectro autista: síndrome de Asperger.
b) Trastorno del espectro autista sin deterioro intelectual acompañante y con deterioro del lenguaje acompañante.
c) Trastorno atípico del espectro autista con deterioro del lenguaje acompañante.
d) Todas las respuestas son correctas

481. En este caso, y de acuerdo con el DSM-5, las características del lenguaje de Markel son compatibles con las características diagnosticas del:

a) Trastorno del lenguaje.
b) Trastorno fonológico.
c) Trastorno de la fluidez de inicio en la infancia.

d) Trastorno de la comunicación no especificado.

482. Según el DSM-5:

a) El trastorno del espectro autista se diagnostica dos veces más frecuentemente en el sexo masculino que en el femenino.
b) En las muestras clínicas, los niños tienden a tener más probabilidad de presentar discapacidad intelectual acompañante que las niñas.
c) En las niñas sin deterioro intelectual acompañante ni retraso del lenguaje, el trastorno del espectro autista podría no reconocerse por resultar quizás más sutil la manifestación de las dificultades sociales y de comunicación.
d) Todas las respuestas son correctas.

483. En relación con el caso, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) La presencia de antecedentes familiares dificultó un diagnóstico temprano, al no considerarse en el ámbito familiar que los problemas fueran merecedores de atención especial.
b) La ausencia de un diagnóstico temprano contribuyó a que el paciente se convirtiera en víctima del acoso escolar.
c) Sin intervenciones adecuadas, el paciente corre un gran riesgo de fracaso académico.
d) Todas las respuestas son correctas.

CASO CLÍNICO 8. ENUNCIADO DEL CASO

Izaskun, de 35 años, derivada desde atención primaria a consulta de un Centro de Salud Mental. Se trata de una analista informática, a la que una pequeña crítica reciente en el ámbito profesional le había dejado "llorando durante horas".

Durante la entrevista, señaló que llevaba tiempo muy baja de ánimo, y creía que esa crítica "fue la gota que colmó el vaso". Se sentía frustrada en su trabajo, pues consideraba que no podía ya aspirar a mucho más en el ámbito laboral, lo que frecuentemente le causaba malestar y le llevaba a pensar que no tenía talento suficiente para encontrar un trabajo mejor. A pesar de sus problemas laborales, creía que era capaz concentrarse sin dificultad. Si bien comentaba que nunca había pensado en suicidarse, a veces se planteaba si la vida tenía algún sentido. Comentó que en ocasiones le costaba dormirse, y que no había perdido ni peso ni apetito. Le gustaba correr y estar al aire libre, y aunque puntualmente quedaba con algunos compañeros de trabajo, decía ser tímida y sentirse fuera de lugar en aquellas situaciones sociales a no ser que conociera bien a la gente. Consideraba su deseo sexual normal, y afirmaba que sus relaciones románticas habían sido "pocas y breves". Comentó que sus síntomas iban y venían, pero que habían permanecido estables en los últimos tres años. No tenía síntomas indicativos de manía o hipomanía.

Con respecto a su historia familiar, Izaskun comentó que era hija única, y que de pequeña había estado muy unida a su padre, en tanto que describió a su madre como una mujer retraída y emocionalmente distante. Cuando estaba en secundaria ingresaron en repetidas ocasiones a su

padre por leucemia, lo que a ella le causó una depresión que fue tratada con psicoterapia, lo que afirma le resultó de mucha ayuda. No tenía más antecedentes psiquiátricos ni médicos. Tras esta primera entrevista se le prescribió escitalopram y el inicio de una psicoterapia de apoyo.

Al cabo de varios meses de tratamiento Izaskun confesó que de niña había sufrido abusos sexuales por parte de un amigo de la familia. Además, se descubrió que tenía pocas amigas y un patrón persistente de relaciones disfuncionales con los hombres.

484. De acuerdo con el DSM-5, los síntomas descritos se corresponden con un diagnóstico principal de:

a) Trastorno de adaptación con estado de ánimo deprimido.
b) Trastorno depresivo persistente (distimia).
c) Trastorno de depresión mayor crónico.
d) Trastorno de depresión breve recurrente.

485. Según el DSM-5, el diagnóstico de Izaskun se clasifica en el subtipo de "inicio temprano":

a) Si el inicio es antes de los 10 años.
b) Si el inicio es antes de los 16 años.
c) Si el inicio es antes de los 18 años.
d) Si el inicio es antes de los 21 años.

486. Resultaría aconsejable valorar en mayor profundidad si Izaskun cumple los criterios del DSM-5 para el diagnóstico comórbido de un:

a) Trastorno de personalidad esquizoide.
b) Trastorno de personalidad límite.
c) Trastorno de personalidad evitativa.
d) Trastorno de personalidad histriónica.

487. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre Izaskun no es correcta?

a) Los rasgos de personalidad de la paciente pueden complicar el tratamiento y augurar un mal resultado.
b) No existe relación alguna entre los rasgos de personalidad y el pronóstico de la paciente.
c) Sus rasgos de personalidad disfuncionales podrían mejorar con la resolución de la sintomatología asociada al diagnóstico principal.
d) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.

488. Si no se han cumplido todos los criterios para un episodio de depresión mayor durante al menos los dos años anteriores, en el diagnóstico principal de la paciente puede especificarse:

a) Con síndrome distímico puro.
b) Con características atípicas.
c) Con características no congruentes con el estado de ánimo.
d) De gravedad moderada.

CASO CLÍNICO 9. ENUNCIADO DEL CASO:

Mara es una niña de 8 años, la mayor de 3 hermanos. Cuenta con antecedentes familiares de ansiedad. En concreto, su madre presentó problemas de ansiedad en la infancia. Los padres de Mara acudieron a terapia de pareja hace unos años.

Su madre consulta porque Mara presenta síntomas de ansiedad desde hace 3 meses cuando se tiene que separar de sus padres como, por ejemplo, al ir al colegio, ir a casa de sus amigos o con sus abuelos. Desde entonces evita ir a cualquier lugar donde sus padres no están y la única actividad placentera que mantiene es jugar al futbol. A la escuela acaba yendo por insistencia de los padres, pero estando ahí se queja de dolor de tripa y ocasionalmente sus padres se la acaban llevando a casa. En cuanto a los aspectos cognitivos, Mara es muy inteligente y sabe expresar muy bien cómo se siente. Presenta temor a sus sensaciones y anticipaciones negativas acerca de sus síntomas en las diferentes salidas o alejamientos de sus padres: “si voy a casa de Lucas, mi amigo, me voy a sentir mal”, “no quiero ir al colegio porque me va a doler la tripa”. Además, tiene preocupaciones del tipo “cuando vuelva a casa mis padres se habrán separado”.

Información de la madre:

“Me llamo Lucía y soy la madre de Mara, una niña que hace 3 meses ha comenzado con episodios de ansiedad. Mara era una niña normal. Iba al cole contenta, le gustaba ir con sus amigos, se quedaba a dormir con sus tíos, todo genial. Hasta que un día, sin ton ni son, todo cambió. No quería quedarse a comer en el cole, le daba miedo ir sola 20 metros hasta la entrada a su clase, y no hablemos de irse a dormir con alguien: su padre tuvo que hacerse 350 km para ir a recogerle a la casa de los abuelos en la playa porque la niña no podía más.

Cuando empezó con los dolores de tripa en el colegio, tomé la decisión de que ya no podíamos seguir así y busqué a un buen profesional, porque la "pelota", se hacía más y más grande. Y comenzó la terapia”.

489. Con la información que tenemos del caso, y de acuerdo con el DSM-5, ¿podemos realizar el diagnóstico de trastorno de ansiedad de separación?

a) Sí, cumple criterios para el diagnóstico.
b) No, porque lleva menos de 4 meses con el problema.
c) No, porque el inicio del problema ha aparecido después de los 6 años.
d) No, porque la paciente, aunque con ansiedad, es capaz de acudir al colegio.

490. Según el DSM-5, el cuadro clínico de Mara también cumple criterios para el diagnóstico de:

a) Trastorno de ansiedad generalizada.
b) Trastorno de pánico.
c) Agorafobia.
d) Ninguna de las anteriores.

491. ¿Qué función ejerce sobre el problema el hecho de que los padres vayan a buscarla para sacarla de la situación temida?

a) Coste de respuesta.
b) Extinción.
c) Castigo positivo.
d) Refuerzo negativo.

492. De los tratamientos psicosociales existentes para la ansiedad juvenil, el tipo de tratamiento que cuenta con el mayor apoyo empírico y se considera el tratamiento de elección es:

a) Las técnicas cognitivo-conductuales.
b) Algunas técnicas de tercera generación, especialmente el mindfulness.
c) La terapia de aceptación y compromiso.
d) No hay evidencia que justifique un tratamiento de elección.

493. ¿Cuál de las siguientes técnicas psicológicas NO es tratamiento de elección para Mara teniendo en cuenta su edad?

a) Relajación muscular.
b) Desensibilización sistemática.
c) Exposición gradual en vivo.
d) Imágenes emotivas.

494. Durante el tratamiento psicológico de Mara respecto a la participación de sus progenitores. Señala la opción INCORRECTA:

a) El entrenamiento para padres y madres comienza con una definición clara y medible de la conducta problemática de la niña.
b) Los progenitores en trastornos como la Ansiedad de Separación son instruidos sobre las contingencias que deben establecer y cómo comunicárselas a la niña.
c) El entrenamiento para padres y madres comienza con claras instrucciones sobre como jugar con la niña afectada de ansiedad de separación, entendiendo sus proyecciones

y ayundándoles a interpretar su conducta.

d) Se busca no solo una mejora en la conducta del niño, sino también padres y madres más competentes y seguros de sí mismos.

CASO CLÍNICO 10. ENUNCIADO DEL CASO:

Nerea es una mujer de 19 años que es la mayor de 3 hermanos. Es natural de un pequeño pueblo, aunque actualmente vive en Bilbao porque está cursando primer año de estudios universitarios.

Análisis del motivo de consulta:

La paciente acude a consulta debido a los altos niveles de ansiedad que presenta desde hace 7 meses cuando comenzó el curso actual.

A pesar del paso del tiempo, los síntomas de ansiedad no han remitido. Refiere que se encuentra nerviosa, y que en general es debido a su carácter, pero el problema ha aumentado considerablemente desde que se ha trasladado a Bilbao para comenzar sus estudios universitarios. A lo largo de la exploración se manifiesta colaboradora, pero nerviosa; destaca su gran interés y motivación por recibir atención psicológica para resolver sus dificultades con la ansiedad en el contexto académico.

Historia del problema:

En cuanto al inicio del problema, la paciente afirma que desde siempre ha sido nerviosa y tímida, pero es en este curso "cuando peor se ha visto". Hasta ahora, Nerea había vivido en su lugar de origen, un pequeño pueblo de la costa guipuzcoana. Según señala, tiene un concepto bastante negativo de sí misma, se define como insegura y le cuesta tomar decisiones.

En octubre comenzó la universidad y cambió de residencia. A medida que se acercaba temporalmente su marcha a la ciudad, se mostraba cada vez más nerviosa ante el cambio tan brusco que iba a dar su vida, pues pasaría de vivir en su pueblo con su familia, a convivir en un piso con unas compañeras en Bilbao; añadiendo, además, el cambio del Instituto a la Universidad.

Su rendimiento académico ha sido claramente inferior a la tónica general mantenida hasta ahora en el Instituto. En el primer cuatrimestre suspende todas las asignaturas del 1º curso de grado, siendo la primera vez que figuran suspensos en su expediente. También se queja de que no le cunde el tiempo.

495. ¿En qué grupo diagnóstico se encuadraría el trastorno que padece Nerea, según el DSM-5?

a) Trastornos de ansiedad.
b) Trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados.
c) Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés.
d) Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados.

496. De acuerdo al DSM-5, este trastorno en el caso de Nerea se especificaría como:

a) Agudo.
b) Persistente.
c) Subclínico.
d) Ninguno de los anteriores.

497. Teniendo en cuenta las características de los Trastornos adaptativos según el DSM-5 (señala la INCORRECTA):

a) Es posible diagnosticarlos en presencia de otro trastorno mental.
b) Se asocian con mayor riesgo de suicidio y suicidio consumado.
c) Los factores de estrés pueden ser recurrentes o continuos.
d) No se pueden diagnosticar tras la muerte de un ser querido.

498. La supresión referida a los intentos de alejar de la conciencia las emociones o los pensamientos que preocupan a Nerea serían estrategias, (señala la respuesta CORRECTA):

a) Estrategias adaptativas como la evitación experiencial que pueden conducir hacia una óptima regulación emocional.

b) Estrategias adaptativas como forma de prevenir la rumia y preocupación.

c) Estrategias desadaptativas que ya que la supresión bloquea el proceso de aceptación.

d) Estrategias que pueden llevar a una «desregulación emocional» más que estrategias «adaptativas» o «desadaptativas».

499. Según los criterios diagnósticos del DSM-5, en el caso de Nerea habría que especificar que se trata de un trastorno de adaptación:

e) Con estado de ánimo deprimido.
f) Con ansiedad.
g) Con alteración de la conducta.
h) Sin especificar

500. Una de las consecuencias funcionales para Nerea, típica de los trastornos adaptativos, fue: (señala la INCORRECTA)

a) Ataques de pánico.
b) Cambios temporales en las relaciones sociales.
c) Disminución del rendimiento académico.
d) Disminución del rendimiento en sus quehaceres diarios.


epe
ope
23+24+25