Osakidetza



TERAPEUTA OCUPACIONAL

PREGUNTAS

1. **Según la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), el concepto de "funcionamiento" incluye:**

   a) Únicamente las funciones corporales.
   b) Funciones corporales, estructuras corporales y factores ambientales.
   c) Funciones corporales, actividades y participación.
   d) Actividades, participación y factores personales.

2. **Según la clasificación de las funciones cognitivas superiores de Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), ¿cuál de las siguientes funciones mentales está especialmente relacionada con la capacidad de adoptar nuevas estrategias o modificar el punto de vista ante un problema?:**

   a) Abstracción.
   b) Flexibilidad cognitiva.
   c) Juicio.
   d) Organización y planificación.

3. **Según la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), la existencia de una restricción en la participación se determina fundamentalmente mediante:**

   a) La identificación de déficits individuales en funciones o estructuras corporales.
   b) La comparación entre la participación real del individuo y la participación esperable en personas sin discapacidad dentro de su contexto sociocultural.
   c) La valoración subjetiva del grado de implicación percibido por la propia persona.
   d) El análisis exclusivo de las barreras ambientales presentes en el entorno.

4. **Según el componente Actividades y Participación de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), ¿qué describe el calificador de desempeño/realización?:**

   a) Lo que una persona hace en su contexto o entorno actual, incluyendo el entorno social y los factores ambientales.
   b) La capacidad potencial de una persona para realizar una actividad en un entorno estandarizado.
   c) Las dificultades que una persona presenta en la realización de actividades básicas.
   d) Los problemas que una persona experimenta al involucrarse en situaciones vitales.

5. ¿Cuál es la principal diferencia entre la CIF y la CIE-10?:

a) La CIF clasifica enfermedades y la CIE-10 clasifica deficiencias.
b) La CIF se basa en la etiología y la CIE-10 en el funcionamiento.
c) La CIF clasifica el funcionamiento y la discapacidad, y la CIE-10 los estados de salud (enfermedades, trastornos, lesiones, etc.).
d) Ambas clasificaciones tienen el mismo objeto, pero diferente codificación.

6. Según la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), ¿qué se entiende por "Actividad" dentro del componente Actividades y Participación?

a) La realización de una tarea o acción por una persona.
b) El acto de involucrarse en una situación vital.
c) Las dificultades que una persona puede tener en el desempeño de actividades.
d) Los problemas que una persona puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales.

7. Respecto al concepto de deficiencia de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), señala la respuesta INCORRECTA:

a) Las deficiencias de la estructura pueden incluir anomalías, defectos, pérdidas o cualquier otra desviación en las estructuras corporales.
b) Las deficiencias representan una desviación de la "norma" generalmente aceptada en relación al estado biomédico del cuerpo y sus funciones.
c) Las deficiencias no tienen relación causal ni con su etiología ni con su forma de desarrollarse.
d) Las deficiencias se clasifican en categorías usando criterios de identificación que son diferentes de las funciones y estructuras corporales.

8. ¿Cuál de las siguientes NO pertenece a la clasificación de Primer Nivel de "Actividades y Participación" de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)?

a) Aprendizaje y aplicación del conocimiento.
b) Comunicación.
c) Productos y Tecnología.
d) Vida doméstica.

9. Los factores ambientales de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) se organizan en niveles:

a) Clínico y comunitario.
b) Personal y social.
c) Biológico y social.
d) Individual y social.

10. El cambio conceptual introducido por la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) respecto a su versión de 1980 se caracteriza fundamentalmente por:

a) El paso de una clasificación centrada en la etiología de la enfermedad a otra basada en los determinantes sociales.
b) La sustitución del análisis de las consecuencias de la enfermedad por la identificación de los componentes de la salud.
c) La priorización de las relaciones causales entre condiciones de salud y discapacidad.
d) La clasificación exclusiva de los efectos funcionales derivados de las enfermedades.

11. Según la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), señale la opción que corresponde a una actividad expresamente EXCLUIDA de la "categoría d210: Llevar a cabo una única tarea":

a) Llevar a cabo una tarea compleja con más de un componente, que pueden ser ejecutados secuencial o simultáneamente.
b) Preparar, iniciar y organizar el tiempo y el espacio requeridos para una tarea sencilla o compleja, dirigiendo y ejecutando la tarea por uno mismo sin la ayuda de otros.
c) Resolver problemas asociados al rendimiento en la realización de tareas.
d) Dirigir y ejecutar una tarea junto con otros que están involucrados en algunas o en todas sus fases.

12. ¿Cuál de los siguientes NO es un objetivo específico de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)?

a) Establecer un lenguaje común sobre salud.
b) Permitir comparaciones internacionales.
c) Sustituir los sistemas diagnósticos clínicos.
d) Proporcionar una base científica para el estudio de la salud.

13. La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) considera que la discapacidad es:

a) Un atributo individual.
b) Un resultado de interacción compleja.
c) Una consecuencia directa de enfermedad.
d) Un fenómeno exclusivamente social.

14. Los factores personales en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF):

a) No se clasifican debido a su variabilidad social y cultural.
b) Se codifican con calificadores específicos.
c) Se clasifican en un anexo independiente.
d) Se incluyen dentro de los factores ambientales, como una parte de ellos.

15. La versión completa de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) se caracteriza por:

a) Clasificar únicamente dos niveles.
b) Clasificar cuatro niveles jerárquicos.
c) Eliminar los factores contextuales.
d) Ser exclusiva para investigación.

16. Las funciones mentales se clasifican en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) como:

a) Funciones corporales.
b) Actividades.
c) Factores personales.
d) Estructuras corporales.

17. La finalidad primordial de la terapia ocupacional, para la World Federation of Occupational Therapists (2010), implica fundamentalmente:

a) La adaptación exclusiva del entorno físico para facilitar el desempeño.
b) El incremento de las capacidades funcionales individuales.
c) El desarrollo de habilidades específicas para la autonomía personal.
d) La participación activa de las personas en las actividades que conforman su vida cotidiana.

18. ¿Qué respuesta NO corresponde con la definición de terapia ocupacional establecida por la World Federation of Occupational Therapists (2010)?

a) Es una profesión del ámbito de lo social, centrada en la persona.
b) Le concierne la promoción de la salud y bienestar a través de la ocupación.
c) La terapia ocupacional se ejerce en una gran variedad de ambientes de los sectores público, privado y voluntario.
d) Es una profesión de la salud centrada en persona.

19. De acuerdo con la World Federation of Occupational Therapists (2010), los y las terapeutas ocupacionales intervienen para favorecer la participación ocupacional mediante:

a) La prescripción de rutinas estructuradas orientadas al desempeño.
b) El trabajo con personas y colectivos para aumentar su capacidad de implicación ocupacional.
c) La enseñanza de estrategias de afrontamiento personal.
d) La intervención clínica centrada en la corrección del déficit de las personas y comunidades.

20. Según la World Federation of Occupational Therapists (2010), la participación de las personas puede verse modulada por múltiples factores. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones refleja con mayor precisión esta idea?

a) Solo las capacidades físicas de la persona determinan su nivel de participación.
b) Las habilidades de la persona interactúan con las características de la ocupación y del ambiente, incluyendo factores sociales, culturales y legislativos
c) Los factores sociales y culturales del entorno son los únicos que pueden restringir la participación.
d) El marco legislativo por sí mismo garantiza o limita la participación, independientemente de las capacidades individuales.

21. De acuerdo con la World Federation of Occupational Therapists (2010), las habilidades del individuo que pueden apoyar o restringir la participación son:

a) Físicas y sociales.
b) Físicas, emocionales y sociales.
c) Físicas, afectivas o cognitivas.
d) Cognitivas y culturales.

22. Si una persona muestra alta satisfacción ocupacional, pero bajo desempeño, ¿qué sugiere el enfoque de terapia ocupacional descrito por la World Federation of Occupational Therapists (2010)?

a) Que la intervención es ineficaz, porque el desempeño es el único indicador válido.
b) Que la terapia puede ser efectiva en términos de bienestar y participación, aunque no siempre se refleje inmediatamente en el desempeño.
c) Que no son tan importantes los intereses de la persona usuaria y que la terapia se debe de enfocar solo en resultados medibles.
d) Que la satisfacción de la persona usuaria no es relevante para la intervención.

23. Según la World Federation of Occupational Therapists (2010), la intervención en terapia ocupacional para favorecer el compromiso ocupacional implica:

a) La modificación de la ocupación y la adaptación del ambiente como estrategias excluyentes.
b) La adaptación del ambiente y la sustitución de las actividades de la vida cotidiana.
c) La modificación de la ocupación y la intervención clínica directa sobre el déficit funcional.
d) La modificación de la ocupación o del ambiente con el objetivo de aumentar el apoyo al compromiso ocupacional.

24. Según la World Federation of Occupational Therapists (2010), los y las terapeutas ocupacionales pueden intervenir con:

a) Personas que presentan exclusivamente deficiencias físicas que le impiden participar en las actividades de la vida diaria.
b) Todas las personas con problemas de salud y sin restricciones de participación
c) Únicamente grupos sociales o personas en situación de vulnerabilidad.
d) Todas las personas, incluidas aquellas con deficiencias, restricciones de participación o exclusión social.

25. Según la World Federation of Occupational Therapists (2010), la exclusión social que puede justificar la intervención del terapeuta ocupacional está relacionada con:

a) La falta de recursos económicos.
b) La pertenencia a grupos mayoritarios.
c) La pertenencia a grupos minoritarios sociales o culturales.
d) La ausencia de redes de apoyo familiar.

26. Según la World Federation of Occupational Therapists (2010), la formación de los y las terapeutas ocupacionales se caracteriza por:

a) Exclusivamente en una formación centrada en las ciencias médicas y en la intervención clínica individual.
b) Una formación en las ciencias médicas, sociales, del comportamiento, psicológicas, psicosociales y ocupacionales.
c) Una preparación basada en ciencias sociales o psicológicas, de manera independiente.
d) Una formación especializada exclusivamente en ciencias ocupacionales

27. ¿Cuál de las siguientes opciones NO figura en el Código Deontológico de Terapia Ocupacional como principio ético del terapeuta ocupacional?

a) Confidencialidad.
b) Dignidad.
c) Solidaridad.
d) Veracidad.

28. Según Drolet (2018), ¿qué tipo de situación ética ocurre cuando un valor ético entra en conflicto con un valor personal o un interés organizativo?

a) Dilema ético.
b) Tentación ética.
c) Cuestión ética.
d) Estrés ético.

29. El Capítulo 5 del Código Deontológico de Terapia Ocupacional se refiere a:

a) La intervención profesional.
b) La investigación y la docencia.
c) La confidencialidad, el secreto profesional y la protección de datos.
d) La publicidad de los servicios.

30. El ámbito de aplicación del Código Deontológicos se establece para:

a) Solamente a terapeutas ocupacionales que ejerzan en servicios públicos.
b) Cualquier terapeuta ocupacional que ejerza en España.



c) Solamente a terapeutas ocupacionales que pertenezcan a Colegios Profesionales de colegiación obligatoria.
d) Profesionales sanitarios/as de disciplinas afines.

31. ¿Cómo se denomina la situación en la que existen dudas sobre qué principio ético aplicar en un conflicto ético?

a) Silencio ético.
b) Tentación ética.
c) Incertidumbre ética.
d) Dilema ético.

32. El Capítulo 4. De la intervención, del Código Deontológico de Terapia Ocupacional incluye:

a) Artículos 7 y 8.
b) Artículos 9 y 10.
c) Artículos 11 y 12.
d) Artículos 13 y 14.

33. ¿Qué artículo del Código Deontológico de Terapia Ocupacional trata sobre la documentación?

a) Artículo 12.
b) Artículo 13.
c) Artículo 15.
d) Artículo 18.

34. ¿En qué capítulo del Código Deontológico de Terapia Ocupacional se establece la creación de la Comisión Deontológica?

a) Capítulo octavo.
b) Capítulo sexto.
c) Capítulo séptimo.
d) Capítulo noveno.

35. Una terapeuta ocupacional detecta un conflicto entre las normas de un centro y los principios éticos del Código Deontológico de Terapia Ocupacional que imposibilita el ejercicio digno de la profesión. La acción más ética y de acuerdo al Código es:

a) Seguir estrictamente las normas del centro, ignorando el conflicto ético.
b) Informar a la persona usuaria de la discrepancia y actuar según su criterio.
c) Recurrir al organismo deontológico competente.
d) Tomar decisiones rápidas basadas únicamente en la experiencia clínica.

36. ¿En qué año fue publicado el Código Deontológico de Terapia Ocupacional?

a) 2018.
b) 2019.
c) 2020.

d) 2021.

37. En la relación profesional, el principio de fidelidad recogido en el Código Deontológico de Terapia Ocupacional significa:

a) Cumplir los compromisos con la persona usuaria y respetar acuerdos.
b) Priorizar los intereses personales sobre los de las personas usuarias.
c) Ajustarse únicamente a normas institucionales.
d) Mantener la confidencialidad solo mientras dure la intervención.

38. ¿Qué tipo de situación ética se describe cuando al menos dos valores éticos se enfrentan y la elección del profesional resulta difícil?

a) Cuestión ética.
b) Incertidumbre ética.
c) Estrés ético.
d) Dilema ético.

39. Según Drolet (2018), ¿qué tipo de situación ética se produce cuando al menos un valor ético se ve comprometido por razones pertenecientes a la persona, la institución o la sociedad?

a) Dilema ético.
b) Cuestión ética.
c) Tentación ética.
d) Estrés ético.

40. Según Drolet (2018), ¿qué situación ética se caracteriza porque el problema ético no es percibido o discutido?

a) Silencio ético.
b) Tentación ética.
c) Estrés ético.
d) Cuestión ética.

41. Señale la respuesta FALSA en relación al empleo de ensayos controlados aleatorizados cuando se utilizan para fundamentar la terapia ocupacional basada en la evidencia:

a) La muestra debe de ser cuidadosamente seleccionada de la población relevante a estudiar.
b) No es necesario que haya grupo control de comparación.
c) Se debe de adecuar el número de pacientes para que el efecto sea significativo.
d) Se debe de protocolizar el tratamiento para que sea reproducible.

42. Identifica los cinco pasos en la terapia ocupacional basada en la evidencia:

a) Formular la pregunta; buscar respuestas; evaluar la evidencia; aplicar los resultados; evaluar los resultados.
b) Justificar la intervención; formular los objetivos; formular hipótesis; definir los resultados; realizar una discusión.
c) Buscar información relevante sobre el tema; formular hipótesis; definir la intervención; aplicar los resultados; difundir el resultado.
d) Ninguna es correcta.

43. ¿Cuál de los siguientes enunciados forma parte de los supuestos de la terapia ocupacional basada en la evidencia?

a) La intervención se centra únicamente en el diagnóstico médico de las personas.
b) Los beneficios de la terapia ocupacional no dependen del tipo de intervención aplicada.
c) Existe una explicación ocupacional para el trastorno, problema o queja de la persona usuaria.
d) La persona usuaria presenta siempre un trastorno de origen exclusivamente biológico.

44. Según el Instituto de Medicina (2001), la práctica basada en la evidencia debe consistir en la integración de:

a) Evidencia científica, juicio clínico y contexto institucional.
b) Experiencia clínica, valores de la persona paciente y resultados de investigación.
c) Conocimientos científicos y preferencias del/de la profesional.
d) La mejor evidencia de investigación con la experiencia clínica y los valores de la persona paciente.

45. El último paso del proceso de terapia ocupacional basada en la evidencia, tiene como finalidad principal:

a) Comprobar la validez externa de la intervención.
b) Repetir el proceso únicamente si los resultados no son favorables.
c) Evaluar la efectividad y la eficacia para mejorar en sucesivas ocasiones.
d) Comparar los resultados con otras intervenciones similares.

46. Según A. Sánchez Cabeza (2015) la terapia ocupacional basada en la evidencia se fundamenta en:

a) Cuatro fases cíclicas derivadas de la práctica clínica.
b) Cinco pasos secuenciales basados en la medicina basada en la evidencia.
c) Cinco principios metodológicos propios de la terapia ocupacional.
d) Un modelo mixto de evaluación clínica y experimental.

47. ¿Cuál de estas fuentes está indicada para consultar ensayos clínicos en curso y dirigidos a pacientes, profesionales y familiares?

a) ClinicalTrials.
b) OT Evidence.

c) PubMed.
d) BMJ Evidence-Based Medicine.

48. Según el modelo PICO, utilizado en la formulación de la pregunta clínica en terapia ocupacional basada en la evidencia, el componente O se refiere a:

a) Las técnicas y pruebas que se van a llevar a cabo.
b) Las pruebas o técnicas que se quieren comparar.
c) Las consecuencias relevantes para la persona paciente tras la prueba o técnica.
d) Las personas pacientes relevantes sobre los que se interviene.

49. Según A. Sánchez Cabeza (2015) durante la evaluación de la validez y aplicabilidad de la evidencia, ¿qué conjunto de criterios permite determinar si dicha evidencia constituye la mejor opción para la persona usuaria?

a) La relevancia estadística, el diseño metodológico y la replicabilidad de los resultados.
b) La importancia clínica, la posibilidad de generalización, la relevancia y la fidelidad de la información.
c) La adecuación al contexto clínico y la experiencia previa del profesional.
d) El impacto clínico, la significación estadística y la consistencia de los resultados.

50. Según la clasificación de la evidencia científica propuesta por Gálvez (2007), en función del diseño del estudio, el Nivel I se caracteriza por:

a) La obtención de evidencia a partir de estudios multicéntricos bien diseñados.
b) La realización de ensayos clínicos controlados, con o sin aleatorización.
c) La evidencia derivada de múltiples series comparadas con intervención.
d) La evidencia procedente de al menos un ensayo clínico controlado y aleatorizado diseñado de forma adecuada.

51. En el marco de referencia de la terapia ocupacional basada en la evidencia propuesto por Gitlow y Depoy (2013), denominado Práctica Sistemática de la Terapia Ocupacional (SOTP), la intervención reflexiva se entiende como:

a) La evaluación inicial del perfil ocupacional del sujeto.
b) La comprensión de la necesidad, qué se necesita para resolver parte o todo el problema.
c) La monitorización regular del progreso y la revisión continúa del tratamiento.
d) La valoración final de los resultados obtenidos.

52. Según la clasificación de la evidencia científica propuesta por Gálvez (2007), ¿qué característica diferencia al Nivel II.3 de otros subniveles del Nivel II?

a) La ausencia de grupo control.
b) La evidencia obtenida a partir de múltiples series comparadas en el tiempo, con o sin intervención.

c) La no aleatorización de los ensayos.
d) La evidencia obtenida de la realización del estudio en más de un centro.

53. En el ámbito de los marcos de referencia para la terapia ocupacional basada en la evidencia, el modelo original propuesto por Sackett (1996) se caracteriza por:

a) Integrar la experiencia clínica individual con la mejor evidencia clínica disponible obtenida de la investigación sistemática.
b) Priorizar la experiencia clínica sobre la evidencia de investigación.
c) Integrar la evidencia científica con los valores de la persona paciente.
d) Estimular la toma de decisiones clínicas compartidas entre terapeuta y persona usuaria.

54. Uno de los principales beneficios de la práctica de la terapia ocupacional basada en la evidencia es:

a) Sustituir la experiencia clínica del profesional por evidencia externa.
b) Integrar la experiencia clínica con la mejor evidencia disponible.
c) Aplicar únicamente la evidencia científica sin considerar la opinión de la persona usuaria.
d) Evitar la transformación de dudas clínicas en preguntas estructuradas.

55. ¿Cuál de las siguientes bases de datos está especialmente orientada a la evidencia en terapia ocupacional y ofrece resúmenes de revisiones sistemáticas y ensayos clínicos aleatorizados?

a) Cochrane.
b) OTseeker.
c) PEDro.
d) PubMed.

56. Dentro de los marcos de referencia de la terapia ocupacional basada en la evidencia, el modelo de Law (2002) establece cuatro elementos fundamentales de la rehabilitación basada en la evidencia. ¿Cuál de los siguientes NO se incluye entre ellos?

a) Conocimiento.
b) Consulta.
c) Juicio.
d) Evaluación.

57. ¿ Cuál de los siguientes diseños de estudio corresponde específicamente al Nivel II.2 según la clasificación de la evidencia científica propuesta por Gálvez (2007)?

a) Estudios de cohorte o caso control bien diseñados, realizados en más de un centro o por más de un grupo de investigación.
b) Estudios descriptivos realizados por comités de expertos.
c) Ensayos controlados no aleatorizados bien diseñados.

d) Series comparadas en el tiempo con o sin intervención.

58. Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA en relación a la ocupación del ocio del Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso de la American Occupational Therapy Asociation de 2020:

a) La exploración del ocio conlleva: identificar los intereses, habilidades, oportunidades y actividades de ocio apropiadas.
b) Es una actividad obligatoria elegida voluntariamente y desempeñada durante un tiempo que no entre en conflicto con la dedicación de ocupaciones obligatorias como trabajar, el cuidado personal o dormir.
c) La participación del ocio es la planificación y participación de actividades de ocio apropiadas; mantener el equilibrio entre las actividades de ocio y otras ocupaciones; obtener, utilizar y mantener equipo y suministros.
d) Es una de las ocupaciones.

59. A que enfoque de la intervención en el proceso de terapia ocupacional se refiere la siguiente afirmación: "va dirigido a encontrar formas para revisar el contexto actual o a la actividad demandada para apoyar el desempeño en el entorno natural, incluyendo técnicas como, mejorar algunas funciones para proveer claves o reduciendo otras funciones para reducir la distracción":

a) Enfoque de promoción de la salud.
b) Enfoque de restaurar o establecer.
c) Enfoque de mantener.
d) Enfoque de modificar.

60. El Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso de la American Occupational Therapy Asociation de 2020, clasifica las ocupaciones en:

a) Actividades de la vida diaria, Actividades instrumentales de la vida diaria, Manejo de la salud, Descanso y sueño, Educación, Trabajo, Juego, Ocio y Participación social.
b) Actividades de la vida diaria, Trabajo y Ocio.
c) Actividades básicas de la vida diaria, Actividades instrumentales de la vida diaria, Juego, Ocio, Trabajo y Participación Social.
d) Actividades de la vida diaria, Sexualidad, Juego, Ocio, Trabajo, Participación social.

61. Las actividades de terapia ocupacional son difíciles de categorizar porque:

a) La mayoría de las actividades pueden adaptarse para ajustarse a una u otra categoría, dependiendo de la meta deseada.
b) Cualquier actividad puede ajustarse simultáneamente a varios niveles.
c) Cada individuo, en cada momento, posee una respuesta única ante cada actividad concreta.
d) Todas las respuestas son correctas.

62. ¿Cuál es una habilidad motora?

a) Secuenciar.
b) Elegir.
c) Alcanzar.
d) Regular emociones.

63. Según el Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso de la American Occupational Therapy Asociation de 2020, el concepto de ocupación se diferencia de actividad porque:

a) La ocupación es siempre individual y la actividad grupal.
b) La ocupación está contextualizada y cargada de significado personal.
c) La actividad implica valores culturales y la ocupación no.
d) La ocupación se limita a las AVD básicas.

64. Señale la opción INCORRECTA respecto a las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD):

a) Incluyen la gestión financiera.
b) Se consideran dependientes del contexto cultural.
c) Forman parte de los factores del cliente.
d) Incluyen el cuidado de otros.

65. Señale la opción que NO corresponde a una destreza de procesamiento:

a) Iniciar.
b) Organizar.
c) Secuenciar.
d) Coordina.

66. En relación con la diferenciación entre hábitos y rutinas, señale la opción correcta:

a) Los hábitos pueden clasificarse en términos de salud, eficiencia y beneficio, mientras que las rutinas estructuran la vida diaria mediante secuencias de actividades.
b) Las rutinas constituyen patrones automáticos adquiridos, mientras que los hábitos organizan la vida diaria en secuencias.
c) Los hábitos implican secuencias estructuradas de actividades, mientras que las rutinas son respuestas automáticas.
d) Los hábitos solo pueden ser saludables o no saludables, mientras que las rutinas carecen de impacto sobre la salud.

67. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones refleja con mayor precisión el concepto de "rutinas compartidas"?

a) Son secuencias de actividades que dependen exclusivamente de las características individuales de cada participante.
b) Implican actividades simultáneas sin estructura definida entre los participantes.
c) Se limitan a contextos familiares y no incluyen entornos laborales.
d) Se desarrollan de manera similar independientemente de quién participe y pueden integrarse en co-ocupaciones.

68. ¿Cuál de los siguientes NO es un factor del cliente?

a) Hábitos.
b) Creencias.
c) Valores.
d) Funciones neuromusculoesqueléticas.

69. En la síntesis del proceso de evaluación en terapia ocupacional, ¿cuál de las siguientes opciones refleja una integración coherente entre el análisis de datos y la comprensión del desempeño ocupacional?

a) Describir de forma aislada los déficits del cliente, priorizando los aspectos clínicos observables sin considerar factores contextuales ni apoyos disponibles.
b) Interpretar los datos obtenidos para identificar simultáneamente facilitadores y barreras del desempeño, integrando factores personales, contextuales y ocupacionales.
c) Establecer hipótesis exclusivamente a partir de resultados estandarizados, evitando incorporar información subjetiva del cliente.
d) Centrar el análisis en los resultados esperados de la intervención, sin necesidad de profundizar en las causas del desempeño actual.

70. ¿Cuál de las siguientes NO es un tipo de intervención para la implementación de la intervención?

a) Uso terapéutico de ocupaciones y actividades.
b) Intervenciones virtuales.
c) Intervención grupal.
d) Interpretación de datos de evaluación para identificar apoyos y obstáculos al desempeño ocupacional.

71. En relación con las diferencias entre análisis ocupacional y análisis de actividad, señale la opción correcta:

a) El análisis ocupacional implica comprender las ocupaciones específicas del cliente en su contexto real, mientras que el análisis de actividad es genérico y descontextualizado.
b) El análisis ocupacional es genérico y descontextualizado, centrado en demandas culturales, mientras que el análisis de actividad considera la situación específica del cliente en su contexto real.

c) Ambos tipos de análisis son equivalentes y se diferencian únicamente en la terminología utilizada por distintas profesiones.
d) Ninguna de las respuestas es correcta.

72. La finalidad última de los resultados de terapia ocupacional descritos en el Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso de la American Occupational Therapy Asociation de 2020 es:

a) Reflejar únicamente mejoras en factores del cliente sin relación con la ocupación.
b) Centrarse exclusivamente en la eliminación de déficits físicos.
c) Evaluar únicamente el cumplimiento del programa terapéutico.
d) Reflejar la capacidad del cliente para participar en ocupaciones deseadas.

73. ¿Cuál es la secuencia correcta del proceso según el Marco de trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso de la American Occupational Therapy Asociation de 2020?

a) Evaluación, Intervención, Resultados.
b) Intervención, Evaluación, Resultados.
c) Evaluación, Resultados, Intervención.
d) Resultados, Evaluación, Intervención.

74. En un proceso de evaluación en terapia ocupacional, se identifica que una persona presenta creencias religiosas fuertes, vive en un entorno con barreras arquitectónicas y tiene un estilo de vida marcado por su historia cultural. ¿Cómo se clasificarían correctamente estos elementos?

a) Factores del cliente, factores ambientales y factores personales, respectivamente.
b) Factores personales, factores del cliente y factores ambientales, respectivamente.
c) Factores ambientales, factores personales y factores del cliente, respectivamente.
d) Factores del cliente, factores personales y factores ambientales, respectivamente.

75. ¿Cuál de las siguientes combinaciones refleja correctamente una distinción conceptual entre factores del/de la cliente y factores personales?

a) Ambos incluyen funciones corporales, pero difieren en el contexto ambiental.
b) Los factores personales incluyen funciones corporales, mientras que los factores del/de la cliente incluyen antecedentes vitales.
c) Los factores personales son externos a la persona, mientras que los factores del/de la cliente son internos.
d) Los factores del/de la cliente incluyen elementos relacionados con la salud (funciones y estructuras), mientras que los factores personales no forman parte de una condición de salud.

76. Según los pasos esenciales de la Medida Canadiense del Desempeño Ocupacional (COPM), ¿cuál es la secuencia metodológicamente correcta tras la identificación de los problemas ocupacionales?

a) Seleccionar los 5 problemas prioritarios y, posteriormente, valorar su desempeño y satisfacción.
b) Puntuar primero el desempeño y la satisfacción, y después asignar la importancia de cada problema.
c) Asignar la importancia a cada problema identificado, seleccionar los prioritarios y evaluar desempeño y satisfacción.
d) Valorar únicamente el desempeño antes de la intervención y la satisfacción después de esta.

77. En relación con la selección de los problemas prioritarios en la Medida Canadiense del Desempeño Ocupacional, ¿qué criterio determina dicha selección según el procedimiento?

a) El grado de dificultad objetiva que presenta cada actividad para el/la profesional.
b) La frecuencia con la que la persona realiza la actividad en su vida diaria.
c) La puntuación de importancia asignada por la propia persona.
d) El menor nivel de satisfacción expresado durante la entrevista inicial.

78. Según el Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional y la Facilitación (CMOP-E), el foco principal del análisis se sitúa en:

a) La persona como elemento central, subordinando la ocupación y el entorno.
b) La ocupación como medio terapéutico para modificar el entorno.
c) El desempeño ocupacional entendido como resultado del entorno.
d) La interacción dinámica e interdependiente entre persona, ocupación y entorno.

79. Según I. Zango Martín (2017) el Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional surge por primera vez en:

a) 1985.
b) 1990.
c) 1997.
d) 2005.

80. ¿Quiénes participaron en la creación inicial del Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional?

a) Terapeutas ocupacionales de la asociación canadiense.
b) Investigadores/as universitarios/as canadienses.
c) Profesionales sanitarios/as de distintas disciplinas.
d) Equipos multidisciplinares internacionales.

81. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO corresponde con los planteamientos de la práctica centrada en el/la cliente de Carl Rogers, en los que se apoya el Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional y la Facilitación (CMOP-E)?

a) Respeto del/de la profesional hacia las opiniones de la persona.
b) Compartir la responsabilidad de la intervención entre cliente y terapeuta.

c) Proveer información para que la persona pueda tomar decisiones sobre su situación ocupacional.
d) Dirección unilateral del proceso de intervención por parte del terapeuta.

82. Desde una perspectiva histórica, la principal aportación del año 2007 en la evolución del Modelo Canadiense fue:

a) La introducción de la práctica centrada en el/la cliente como eje del modelo.
b) La creación de un único modelo que integra desempeño y evaluación.
c) La diferenciación entre Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional y la Facilitación y, el Modelo Canadiense de la Facilitación Centrada en el/la Cliente.
d) La creación de la Medida Canadiense del Desempeño Ocupacional.

83. Según el Modelo Canadiense de la Facilitación Centrada en el Cliente (CMCE), la práctica centrada en el/la cliente puede aplicarse a:

a) Únicamente a personas o familias en contextos clínicos.
b) A personas, grupos, comunidades y organizaciones, considerando también la población en general.
c) Solo a personas con discapacidad dentro de programas institucionales.
d) Exclusivamente a pacientes con necesidades complejas que requieren intervención directa del terapeuta.

84. ¿Cuáles son los elementos del componente persona según el Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional y la Facilitación (CMOP-E)?

a) Capacidades físicas, cognitivas y sociales, y espiritualidad.
b) Desempeño cognitivo, afectivo y físico, y espiritualidad.
c) Funciones motoras, roles ocupacionales y espiritualidad.
d) Habilidades de autocuidado, productividad y ocio.

85. Desde la conceptualización del Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional y la Facilitación (CMOP-E), las áreas de ocupación se estructuran en:

a) Autocuidado, productividad y ocio.
b) Autonomía personal, participación social y trabajo.
c) Actividades básicas, instrumentales y avanzadas.
d) Desempeño personal, comunitario y social.

86. ¿Cuál de las siguientes combinaciones recoge de forma completa y exacta los componentes del entorno en el Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional y la Facilitación (CMOP-E)?

a) Físico, social, económico y político.
b) Cultural, físico y social.
c) Social, comunitario, organizacional y físico.
d) Institucional, cultural, físico y social.

87. Según Townsend y Polatajko (2013) en el Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional y la Facilitación (CMOP-E), la participación debe entenderse como:

a) El resultado del desempeño ocupacional o el contexto en el que este se desarrolla, alcanzándose a través de la ocupación.
b) Un fenómeno exclusivamente derivado del contexto ambiental.
c) Un componente estructural independiente del desempeño ocupacional.
d) Un objetivo final de la intervención, desligado del proceso ocupacional.

88. En el Modelo Canadiense de la Facilitación Centrada en el Cliente (CMCE), la colaboración entre terapeuta y cliente se conceptualiza como:

a) Una relación jerárquica donde el/la terapeuta define los objetivos y guía la intervención.
b) Un proceso representado por dos líneas asimétricas, que representan el dinamismo, la variabilidad, el cambio y las diferencias de poder.
c) Una interacción lineal que garantiza igualdad total entre terapeuta y cliente.
d) Un marco estructurado que limita la participación del cliente a la toma de decisiones informadas.

89. ¿Cuál de las siguientes combinaciones refleja con mayor fidelidad las acciones que la intervención terapéutica puede incluir según el Modelo Canadiense de la Facilitación Centrada en el Cliente (CMCE)?

a) Diagnosticar, evaluar y re-evaluar el desempeño ocupacional.
b) Supervisar el desempeño del/ de la cliente y limitar su participación para garantizar resultados objetivos.
c) Orientar al cliente exclusivamente mediante protocolos estandarizados y guías clínicas.
d) Adaptar, abogar, asesorar, colaborar, consultar, coordinar, diseñar, construir, educar, implicar y aplicar técnicas especializadas.

90. Todos los siguientes son principios fundamentales del Modelo Canadiense de la Facilitación Centrada en el Cliente (CMCE) en la intervención terapéutica, EXCEPTO:

a) Respeto por la elección, el riesgo y la responsabilidad del/de la cliente.
b) Participación del/de la cliente en la toma de decisiones y promoción de desafíos ocupacionales.
c) Cambio como eje central de la intervención y reflexión crítica sobre justicia, diversidad y relaciones de poder.
d) Establecimiento de protocolos y control absoluto de las decisiones por parte del/de la terapeuta.

91. El constructo que integra pensamientos y sentimientos acerca de uno/una mismo/a como actor en el mundo, y que se manifiesta cuando una persona anticipa, elige, experimenta e interpreta lo que hace, es:

a) Causalidad personal.



b) Volición.
c) Rol internalizado.
d) Elección ocupacional.

92. El tiempo estimado para completar la entrevista y la valoración de la Escala de Impacto Ambiental del Trabajo (WEIS) es:

a) 10-15 minutos.
b) 15-30 minutos.
c) 30-60 minutos.
d) Más de 90 minutos.

93. Según D. Recio Delgado y Pérez Corrales (2013), ¿cuál es la duración estimada para la administración del Perfil Ocupacional Inicial del Modelo de Ocupación Humana (MOHOST), considerando que se basa en la observación de la participación de una persona con dificultades en salud mental?

a) Entre uno o dos días independientemente del dispositivo o recurso en el que esté la persona usuaria.
b) Entre tres días para dispositivos de agudos y una semana en dispositivos comunitarios.
c) Una semana independientemente del dispositivo o recurso en el que esté la persona usuaria.
d) Una semana en dispositivos de agudos y dos o más semanas para dispositivos comunitarios.

94. Señala la respuesta correcta de la información que aporta la entrevista semiestructurada de la Entrevista Histórica del Desempeño Ocupacional- segunda versión (OPHI II):

a) Roles ocupacionales, rutina diaria, ambiente ocupacional y eventos críticos de la vida.
b) Roles ocupacionales, rutina diaria, ambiente ocupacional, elecciones de actividad/ocupación y eventos críticos de la vida.
c) Historia de vida, elecciones de actividad/ocupación e identidad ocupacional.
d) Identidad ocupacional, competencia ocupacional e impacto ambiental en el desempeño de la persona.

95. El concepto definido por el Modelo de Ocupación Humana como "Los pensamientos y los sentimientos inmediatos que emergen desde lo íntimo del desempeño y en respuesta al desempeño" es:

a) Interpretación.
b) Experiencia.
c) Anticipación.
d) Volición.

96. En relación con el "impacto ambiental" definido en el Modelo de Ocupación Humana, señale la opción INCORRECTA:

a) Incluye tanto oportunidades como limitaciones del entorno.
b) Integra aspectos sociales del entorno.
c) Considera demandas ejercidas por el contexto sobre la persona.
d) Hace referencia exclusivamente a factores físicos del ambiente.

97. En relación con los hábitos definidos en el Modelo de Ocupación Humana, señale la opción INCORRECTA:

a) Se consolidan mediante la repetición suficiente de una acción hasta establecer un patrón estable de desempeño.
b) Requieren de la existencia de circunstancias ambientales habituales para desarrollarse.
c) Surgen necesariamente tras un proceso deliberado de reflexión consciente sobre el significado de la acción.
d) Permiten que actividades inicialmente atencionales lleguen a ejecutarse de forma automática.

98. La Escala de Impacto Ambiental del Trabajo (WEIS) organiza la evaluación de los factores del entorno laboral mediante:

a) 17 factores ambientales reflejados en 17 ítems puntuados en una escala de cuatro puntos que indican cómo cada factor impacta en el desempeño, satisfacción y bienestar del trabajador.
b) 17 factores agrupados en dimensiones físicas, sociales y temporales, cada uno evaluado en una escala dicotómica (impacto/no impacto).
c) 14 ítems que describen la percepción de la persona trabajadora sobre dolor, fatiga y necesidad de descanso durante las actividades laborales.
d) Una serie de ítems sin puntuación estandarizada, cuya interpretación depende únicamente del análisis cualitativo del/de la terapeuta.

99. Señale la opción que establece correctamente la relación conceptual entre hábito, habituación y rol internalizado:

a) El hábito es una tendencia adquirida a responder de manera específica en contextos conocidos; la habituación es la disposición internalizada a exhibir patrones constantes guiados por hábitos y roles; y el rol internalizado supone la incorporación de un estatus con sus actitudes y comportamientos asociados.
b) El hábito es un patrón global de comportamiento estructurado por roles; la habituación es una tendencia concreta adquirida por repetición; y el rol internalizado es la automatización de tareas cotidianas.
c) El hábito implica asumir un estatus social determinado; la habituación se refiere a la repetición automática de tareas; y el rol internalizado constituye decisiones deliberadas a corto plazo.
d) El hábito depende de la reflexión sobre el significado de la acción; la habituación es el sentido de eficacia personal; y el rol internalizado es la repetición suficiente de una conducta en un mismo ambiente.

100. Respecto al Cuestionario Volicional (VQ), señale la opción CORRECTA:

a) Está indicado cuando la evaluación autoinformada de la volición no resulta factible.
b) Es un instrumento de autoinforme diseñado exclusivamente para personas con adecuada capacidad introspectiva.
c) Evalúa exclusivamente intereses declarados verbalmente por la persona.
d) Se basa prioritariamente en entrevistas estructuradas.

101. La definición "la capacidad de hacer cosas que proviene de la condición de los componentes físicos y mentales subyacentes y de la experiencia subjetiva correspondiente" corresponde a:

a) Causalidad personal.
b) Capacidad de desempeño.
c) Impacto ambiental.
d) Intereses.

102. En relación con la administración del Cuestionario Volicional (VQ), señale la opción CORRECTA:

a) Solo puede aplicarse en una sesión independiente de la intervención terapéutica.
b) Impide que el/la terapeuta proporcione apoyo durante la observación.
c) Puede utilizarse dentro de una sesión terapéutica variando sistemáticamente el entorno.
d) Requiere periodos de observación superiores a 60 minutos.

103. El Registro de Actividades del NIH (ACTRE) se diferencia del Cuestionario Ocupacional en que:

a) Elimina la clasificación de actividades en trabajo, ocio y descanso.
b) Está diseñada exclusivamente para población pediátrica.
c) Incorpora preguntas adicionales sobre dolor, fatiga, dificultad y necesidad de descanso.
d) No puede utilizarse como diario.

104. Según el Modelo de Ocupación Humana, "los compromisos deliberados para entrar en un rol ocupacional, adquirir un hábito nuevo o llevar a cabo un proyecto personal" se define como:

a) Elecciones ocupacionales.
b) Rol internalizado.
c) Elecciones de actividad.
d) Capacidad de desempeño.

105. Respecto a las personas para las que está indicada la Escala de Impacto Ambiental del Trabajo (WEIS) señale la respuesta INCORRECTA:

a) Personas que no se encuentran trabajando, pero se espera que retomen un tipo de trabajo específico.
b) Personas que presentan dificultades en el trabajo debido a lesiones o episodios de enfermedad.
c) Personas con desempleo crónico sin experiencia laboral reciente.
d) Trabajadores/as cuyo desempeño laboral se ve afectado por factores del entorno.

106. Según G. Kielhofner (2011) la investigación sobre el Cuestionario Volicional (VQ) indica que los ítems:

a) Se organizan aleatoriamente sin secuencia jerárquica.
b) Siguen una secuencia de mayor a menor volición.
c) Reflejan un continuo de menor a mayor volición.
d) Evalúan dimensiones independientes sin progresión.

107. En relación con el formato de aplicación del Registro de Actividades del NIH (ACTRE) y el Cuestionario Ocupacional, señale la opción CORRECTA:

a) Pueden utilizarse como diarios durante el período real registrado o para informar sobre un día típico.
b) Están diseñados exclusivamente como entrevistas estructuradas.
c) Ambos instrumentos solo pueden aplicarse retrospectivamente sobre días típicos.
d) Requieren necesariamente observación directa del/de la terapeuta.

108. ¿Cuál de las siguientes características corresponde al desorden o trastorno de modulación sensorial?

a) Dificultad para interpretar las características de los estímulos sensoriales y sus diferencias.
b) Dificultades en la planificación motora para ejecutar acciones.
c) Problemas de estabilidad postural y tono muscular bajo.
d) Respuestas exageradas, hiporrespuesta o búsqueda sensorial ante los estímulos.

109. Un/Una niño/a presenta buena detección de estímulos sensoriales, pero tiene dificultades para distinguir entre estímulos táctiles similares y para identificar diferencias en la intensidad de los estímulos. Según Miller et al (2007), este caso corresponde a:

a) Desorden o trastorno de modulación sensorial, por hipersensibilidad.
b) Desorden o trastorno motor de base sensorial (dispraxia).
c) Desorden o trastorno de discriminación sensorial.
d) Desorden postural por hipotonía y mala estabilidad.

110. En el tratamiento de Integración Sensorial (IS), ¿qué es la respuesta adaptativa?

a) La reacción pasiva del/de la niño/a a cualquier estímulo sensorial que reciba.

b) La respuesta del/de la niño/a a un desafío presentado por el/la terapeuta, promoviendo habilidades motoras, sensoriales y sociales.
c) La estimulación sensorial proporcionada sin relación con los problemas del/de la niño/a.
d) La observación del/de la terapeuta sin interacción ni desafío activo.

111. En Integración Sensorial (IS) se entiende por "modulación" el proceso neurológico mediante el cual el sistema nervioso:

a) Forma conexiones con otros sistemas del cerebro.
b) Adapta sus respuestas a un ambiente interno y externo en constante cambio.
c) Permite experimentar, interpretar y responder a estímulos.
d) Se da únicamente en la etapa de 0 a 3 años.

112. En el tratamiento de Integración Sensorial (IS), ¿cuál es la diferencia principal entre experiencia sensorial y estimulación sensorial?

a) La experiencia sensorial requiere una respuesta activa del/de la niñoa y se relaciona con sus problemas sensoriales, mientras que la estimulación sensorial solo proporciona estímulos sin relación con los problemas y sin esperar respuesta.
b) La estimulación sensorial requiere respuesta activa y se relaciona con los problemas del/de la niño/a, mientras que la experiencia sensorial no.
c) No hay diferencia; ambos términos significan lo mismo en el tratamiento de IS.
d) La experiencia sensorial se aplica solo en personas adultas, mientras que la estimulación sensorial se aplica solo en niños/as.

113. Cuántos son los sistemas sensoriales reconocidos en integración sensorial:

a) Cinco.
b) Seis.
c) Ocho.
d) Siete.

114. Qué autora desarrolló este concepto: "proceso neurológico que organiza las sensaciones corporales de nuestros sistemas sensoriales a nivel de sistema nervioso, permitiéndonos responder exitosamente a las demandas ambientales":

a) Lucy Jane Miller en 2007.
b) Berta Bobath en 1948.
c) Jean Ayres en 1999.
d) Diane Parham en 2006.

115. Según la teoría de Integración Sensorial (IS) y la evidencia sobre autismo, ¿cuál de los siguientes aspectos justifican la necesidad de una evaluación sensorial detallada en niños/as con diagnóstico de autismo?

a) Los problemas sensoriales en niños/as con autismo se limitan únicamente a la modulación táctil y auditiva, por lo que basta una evaluación específica de estos sentidos.
b) Los niños/as con autismo pueden presentar dificultades en ideación, registro y modulación sensorial, así como en la organización y planificación del comportamiento, lo que impacta su interacción social y su experiencia personal significativa.
c) La evaluación sensorial solo es relevante si se observa defensividad táctil extrema; en caso contrario, no aporta información útil para la terapia ocupacional.
d) Los problemas sensoriales en autismo son anecdóticos y se han documentado solo en relatos autobiográficos, por lo que no requieren intervención sistemática.

116. A qué término se refiere Jean Ayres con: "habilidad para conceptuar, planificar y ejecutar actividades motrices no habituales":

a) Práxis.
b) Somatodispraxia.
c) Propiocepción.
d) Percepción táctil.

117. ¿Cuál de las siguientes respuestas corresponde con la autoría del Perfil Sensorial?:

a) Winnie Dunn.
b) Erna I. Blanche
c) R.C. Carrasco.
d) Diane Parham.

118. Seleccione qué herramienta de evaluación NO se considera dentro del enfoque top-down para evaluación de las demandas cognitivas:

a) Evaluación de las habilidades Motoras y del procesamiento (Assessment of Motor and Process Skills AMPS).
b) Prueba del desempeño en Funciones Ejecutivas (Test Executive Function Performance Test EFPT).
c) Evaluación cognitiva de terapia ocupacional de Lownstein (Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment LOTCA).
d) Todas son correctas.

119. La barognosia es la capacidad de:

a) Calibrar el peso y la consistencia de los objetos.
b) Dar información sobre el movimiento y la posición del cuerpo en el espacio.
c) Reconocer la forma, el tamaño y el peso de los objetos.
d) Identificar la presión ejercida sobre el propio cuerpo.

120. El resultado que se espera obtener tras la intervención del marco aplicado del neurodesarrollo es:



a) El restablecimiento de una respuesta adecuada del Sistema Nervioso Central a los estímulos y demandas ambientales.
b) El incremento del recorrido articular y de la fuerza muscular.
c) La recuperación completa en todos los casos.
d) Ninguna de las respuestas es cierta.

121. Cuál de estos supuestos básicos corresponde a la Teoría de Rood:

a) El empleo de los estímulos sensoriales adecuados permite lograr respuestas musculares adecuadas y la normalización del tono.
b) La conducta motora temprana está dominada por la actividad refleja.
c) La mejoría de la capacidad motora depende del aprendizaje de la motricidad.
d) El esquema motor central del cerebro puede ser modificado mediante la experimentación de los patrones de movimiento normales.

122. Según B. Polonio López (2001), el tratamiento en el Marco Cognitivo Perceptivo se basa en dos tipos de abordaje:

a) Rehabilitador y compensatorio.
b) Habilitador y de prevención.
c) Estabilizador y de mantenimiento.
d) De adaptación y funcional.

123. Señale la respuesta FALSA en relación al Marco aplicado de referencia Biomecánico:

a) El recorrido articular, la fuerza muscular y la resistencia pueden mejorar a través del uso de la actividad propositiva.
b) Para la medición del recorrido articular se puede utilizar el goniómetro.
c) La función no mejora con la repetición de la práctica y el refuerzo positivo de los logros.
d) Para poner en práctica la intervención se puede utilizar el abordaje mediante las actividades graduadas.

124. Según B. Polonio López (2001), cuál de los siguientes supuestos en relación al marco aplicado de referencia biomecánico es cierto:

a) El recorrido articular, la fuerza muscular y la resistencia pueden mejorar a través del uso de la actividad propositiva.
b) Debe de existir un equilibrio dinámico entre el reposo y el esfuerzo que se requiere.
c) Para que la aplicación de este marco de referencia sea posible y adecuada, el sistema nervioso central de la persona debe de estar intacto.
d) Todas son ciertas.

125. ¿A qué tipo de abordaje utilizado en el marco aplicado de referencia cognitivo-perceptivo se refiere lo siguiente: "este abordaje implica entrenamiento o reentrenamiento de las habilidades perceptivas mediante práctica intensiva"?

a) Abordaje rehabilitador.
b) Abordaje compensatorio.



c) Abordaje adaptativo.
d) Las respuestas a) y b) son correctas.

126. Según B. Polonio López (2001), ¿a qué abordaje del marco de referencia del neurodesarrollo corresponde el siguiente supuesto?: "las sinergias básicas de los miembros, los reflejos posturales primitivos y las reacciones asociadas reaparecen en la etapa espástica de la hemiplejia, puesto que se interfiere la influencia de los centros de control superior".

a) Facilitación neuromuscular propioceptiva.
b) Hipotonía, espasticidad, etapa de recuperación relativa.
c) Recuperación parcial, espasticidad, hipotonía residual.
d) Espasticidad estable sin variaciones evolutivas.

127. Para A. Sánchez Cabeza (2010), la progresión del tono muscular descrita en el Concepto Bobath sigue habitualmente la secuencia:

a) Espasticidad inicial, hipotonía, recuperación completa.
b) Hipotonía, espasticidad, etapa de recuperación relativa.
c) Recuperación parcial, espasticidad, hipotonía residual.
d) Espasticidad estable sin variaciones evolutivas.

128. El aprendizaje motor se caracteriza fundamentalmente por:

a) La repetición mecánica de movimientos sin necesidad de procesamiento cognitivo.
b) La ejecución automática de ajustes posturales reflejos.
c) La mejora inmediata del rendimiento sin cambios permanentes en la capacidad.
d) La adquisición y modificación del movimiento aprendido a través del tiempo mediante práctica y experiencia.

129. En el abordaje basado en el control motor orientado a actividades en terapia ocupacional, el uso de objetos reales:

a) Produce mejores movimientos funcionales que los objetos simulados.
b) Es equivalente al uso de objetos simulados en términos de resultados funcionales.
c) Solo se recomienda en fases finales de la rehabilitación.
d) No influye en la recuperación motora.

130. Cuál de las siguientes premisas básicas NO corresponde con el Marco de referencia perceptivo-cognitivo:

a) La percepción y la cognición son requisitos esenciales para la ejecución funcional.
b) Si la recepción o el reconocimiento de la información es defectuosa, o la respuesta apropiada no está organizada, la persona será incapaz de ejecutar actividades funcionales.



c) Los déficits perceptivos y cognitivos pueden mejorar mediante la práctica intensiva y el reentrenamiento.
d) En el caso de trastornos no susceptibles de mejoría o curación no es posible enseñar a la persona para compensar sus déficits perceptivos y cognitivos.

131. Respecto al entrenamiento de actividades en el marco del aprendizaje y control motor orientado a actividades en terapia ocupacional, es más adecuado:

a) Trabajar partes aisladas de la actividad antes de integrarlas.
b) Entrenar únicamente componentes musculares deficitarios.
c) Realizar la actividad completa desde el inicio hasta el final.
d) Evitar la participación activa del sujeto en la toma de decisiones.

132. El fundamento terapéutico central del Concepto Bobath consiste en:

a) El fortalecimiento muscular selectivo mediante ejercicios resistidos progresivos.
b) La repetición intensiva de patrones motores compensatorios funcionales.
c) La inhibición de reflejos anómalos y el reaprendizaje del movimiento normal mediante facilitación en puntos clave del cuerpo.
d) La automatización precoz de sinergias espásticas para optimizar la funcionalidad.

133. En la valoración según el Concepto Bobath, se registra información sobre todos los siguientes elementos EXCEPTO:

a) Tono postural y progresión del tono muscular.
b) Reacciones asociadas y calidad de los patrones de movimiento.
c) Sensibilidad superficial y profunda.
d) Nivel de participación social y desempeño ocupacional global.

134. Seleccione qué herramienta de evaluación NO se considera dentro del enfoque top-down para evaluación de las demandas cognitivas:

a) Prueba del desempeño en Funciones Ejecutivas (Test Executive Function Performance Test, EFPT).
b) Batería de evaluación Neurológica para Terapeutas Ocupacionales de Chessington (Chessington Occupational Therapy Neurological Battery, COTNAB).
c) Evaluación de las habilidades motoras y del procesamiento (Assessment of Motor and Process Skills AMPS).
d) Evaluación Cognitiva de las AVD.

135. En el marco del aprendizaje y control motor orientado a actividades en terapia ocupacional, la retroalimentación debe entenderse como:

a) Un elemento determinante del aprendizaje motor que proporciona información previa, durante y posterior a la ejecución, favoreciendo el conocimiento activo del sujeto sobre sus fortalezas y debilidades y facilitando la resolución de problemas motores.
b) Un recurso complementario cuya función principal es reforzar la motivación, sin influencia directa sobre la calidad del movimiento.
c) Una estrategia útil únicamente al finalizar la tarea para informar al sujeto sobre el resultado global obtenido.
d) Un mecanismo pasivo que sustituye la necesidad de práctica repetida en diferentes contextos.

136. Desde la teoría social cognitiva, la autoeficacia influye en:

a) La intensidad del refuerzo externo necesario para mantener una conducta.
b) La decisión de participar o no en una ocupación determinada.
c) La secuenciación motora de tareas simples a tareas complejas.
d) La eliminación automática de conductas inadecuadas.

137. El marco conductual surge históricamente como:

a) Una reacción frente al predominio de la psicología estructuralista y el marco psicodinámico.
b) Una evolución interna del psicoanálisis hacia modelos más empíricos.
c) Una integración entre la fenomenología y la psicología humanista.
d) Una aplicación directa de la neuropsicología experimental a la clínica.

138. Cuál de estas afirmaciones corresponde al Marco Cognitivo-Conductual:

a) La conducta humana se origina a partir de los procesos cognitivos internos, los pensamientos son los agentes intermediarios entre los estímulos del medio y las reacciones sobre éste de la persona.
b) La persona evoluciona y se autorrealiza a través de la interacción con su entorno.
c) Utiliza técnicas que, mediante la modificación de los procesos cognitivos, pretenden proporcionar estrategias para lograr comportamientos más adaptados.
d) Las respuestas a) y c) son correctas.

139. Dos de los autores más relevantes del Marco Humanista son:

a) Burrhus F. Skinner y John B. Watson.
b) Jacques Lacan y Donald Winnicott.
c) Lev Vygostky y John Dewey.
d) Abraham Maslow y Carl Rogers.

140. Las técnicas como la desensibilización sistemática o la desensibilización en vivo derivan principalmente de estudios sobre:

a) Procesos de reforzamiento diferencial.
b) Modelado simbólico vicario.
c) Habituación, extinción y condicionamiento clásico.
d) Autocontrol cognitivo mediado.

141. El análisis topográfico dentro de la evaluación conductual se refiere a:

a) La identificación de antecedentes y consecuentes ambientales.
b) La descripción objetiva de los comportamientos a nivel fisiológico, cognitivo y motor.
c) La evaluación de las expectativas de autoeficacia de la persona.
d) La determinación de contingencias reforzantes a largo plazo.

142. En el enfoque constructivista aplicado a terapia ocupacional, el papel de la persona usuaria se caracteriza por:

a) Seguir instrucciones estructuradas previamente diseñadas por el/la terapeuta ocupacional.
b) Orientar activamente qué necesita aprender y cómo se producirá dicho aprendizaje.
c) Reproducir modelos conductuales previamente reforzados.
d) Adaptarse a objetivos terapéuticos establecidos exclusivamente por el profesional.

143. En el condicionamiento operante desarrollado por B. F. Skinner, una conducta aumentará su probabilidad de repetirse cuando:

a) Se asocia repetidamente a un estímulo inicialmente neutro.
b) Se acompaña de una reducción espontánea de la activación fisiológica.
c) Se produce en ausencia de estímulos antecedentes identificables.
d) Va seguida de una consecuencia reforzante que incrementa la probabilidad de que dicha conducta vuelva a emitirse.

144. Según la Teoría del Aprendizaje Social de Albert Bandura (1976), la adquisición de una conducta se produce fundamentalmente mediante:

a) La observación de un modelo (real o simbólico) mientras ejecuta la conducta y atiende a los efectos que esta tiene.
b) La repetición sistemática de la conducta acompañada de reforzamiento positivo.
c) La asociación entre estímulos neutros y respuestas reflejas.
d) La supresión de respuestas inadecuadas mediante castigo negativo, eliminando estímulos agradables o reforzadores tras la conducta inapropiada.

145. El paso de la Teoría del Aprendizaje Social a la Teoría Cognitivo Social implica una nueva concepción del aprendizaje entendida como:

a) Un proceso automático basado exclusivamente en asociaciones estímulo-respuesta.
b) La repetición mecánica de conductas observadas.
c) La adquisición de conocimientos mediante el procesamiento cognitivo de la información.
d) Un fenómeno determinado únicamente por contingencias ambientales.

146. En la Terapia Racional-Emotiva (TRE) de Albert Ellis, los trastornos emocionales se originan principalmente en:

a) Los acontecimientos externos en sí mismos.
b) La intensidad de los estímulos ambientales, es decir, la fuerza o magnitud de los eventos externos que afectan a la persona, sin considerar la percepción o el sistema de creencias que modula la reacción emocional.
c) La interpretación o sistema de creencias que la persona realiza sobre los acontecimientos.
d) La ausencia de reforzadores positivos, que podrían compensar la percepción negativa de los hechos sin intervenir directamente en la construcción cognitiva de los significados personales.

147. La sobregeneralización, según la Teoría Cognitiva de Beck, consiste en:

a) Atribuirse la causa de todos los acontecimientos negativos.
b) Anticipar exclusivamente resultados positivos.
c) Minimizar sistemáticamente los errores.
d) Extraer conclusiones generales a partir de hechos concretos, pudiendo llegar a la etiquetación.

148. Desde la teoría conductista aplicada a terapia ocupacional, el foco principal de intervención se sitúa en:

a) La modificación de esquemas cognitivos profundos.
b) La exploración de conflictos intrapsíquicos inconscientes que no son directamente observables.
c) La conducta observable, su refuerzo y la reducción de conductas problemáticas.
d) La interpretación simbólica del desempeño ocupacional basada en significados internos.

149. En terapia ocupacional, el análisis conductual de una conducta compleja implica:

a) Fragmentarla en componentes secuenciados de simple a complejo para facilitar su aprendizaje progresivo y estructurado.
b) Sustituirla por una actividad alternativa de menor dificultad, evitando la exposición directa a la conducta problemática.
c) Eliminar cualquier tipo de reforzador externo durante el proceso de aprendizaje, con el fin de favorecer exclusivamente la motivación intrínseca.
d) Centrarse prioritariamente en el análisis de los procesos cognitivos internos que subyacen a la conducta

150. En aplicación a la terapia ocupacional de la teoría social cognitiva, la utilización de la Autoevaluación Ocupacional (OSA) tiene como finalidad principal:

a) Establecer un diagnóstico psicopatológico estructurado.
b) Medir exclusivamente el rendimiento objetivo en tareas estandarizadas.
c) Identificar prioridades y objetivos percibidos por las personas evaluadas.
d) Determinar la situación de las funciones cognitivas de las personas evaluadas.

151. En la aplicación de la terapia ocupacional, dentro del proceso de enseñanza-aprendizaje según el enfoque constructivista, entre las habilidades que se busca promover en la persona se encuentran:

a) La formulación de preguntas, la exploración independiente y la generación de soluciones individuales a los problemas.
b) La repetición mecánica de conductas reforzadas y la eliminación sistemática de respuestas inadecuadas previamente observadas.
c) La aplicación sistemática de recompensas externas ante respuestas correctas previamente definidas.
d) La reducción progresiva de la participación activa para consolidar aprendizajes estructurados por el profesional.

152. ¿Cómo se interpreta la puntuación obtenida en el Índice de Barthel?

a) A menor puntuación, más independencia; a mayor puntuación, más dependencia.
b) A menor puntuación, más dependencia; a mayor puntuación, más independencia.
c) La puntuación no se relaciona con independencia ni dependencia.
d) La puntuación indica solo la satisfacción de la persona con sus actividades.

153. ¿Cuál es el papel del/de la terapeuta ocupacional en el establecimiento de objetivos en el tratamiento de las actividades de la vida diaria?

a) Decidir los objetivos sin tener en cuenta las preferencias de la persona usuaria.
b) Aplicar exclusivamente protocolos estandarizados de intervención.
c) Aportar los conocimientos para analizar qué destrezas simples deben lograrse antes de actividades complejas, respetando las preferencias de la persona.
d) Priorizar siempre los problemas más complejos para evitar retrocesos.

154. En el tratamiento de las actividades de la vida diaria, ¿cuál de los siguientes objetivos cumple los criterios SMART?

a) Caminar con normalidad tras la colocación de una prótesis de cadera.
b) Usar la mano afectada con normalidad.
c) Caminar 10 minutos diarios de lunes a viernes dentro de casa.
d) Mejorar la autoestima y sentirse como antes.

155. Según Rodríguez, Navas y Garrido (2018), ¿Qué error conceptual se comete con frecuencia al plantear el proceso de evaluación en las actividades de la vida diaria?

a) Considerar que la evaluación debe centrarse exclusivamente en la satisfacción de la persona usuaria.
b) Pensar que la evaluación solo sirve para conocer las limitaciones que impiden el desempeño ocupacional deseado.
c) Priorizar la recogida de información objetiva frente a la subjetiva.
d) Entender la evaluación como un proceso exclusivamente descriptivo.

156. ¿Cuál es el rango de puntuación del Índice de Lawton y cómo se interpreta?

a) 0-100, mayor puntuación indica mayor dependencia.
b) 0-8, mayor puntuación indica mayor independencia.
c) 0-33, mayor puntuación indica mayor independencia.
d) 1-7, mayor puntuación indica mayor dependencia.

157. ¿Qué herramienta de evaluación estandarizada de las Actividades de la Vida Diaria tiene como propósito fundamental medir la ejecución de las actividades que la persona generalmente lleva a cabo, en base al nivel de independencia y grado de ayuda y cuyo rango de valores para la puntuación oscila entre 7 y 126?

a) El Cuestionario de Actividad Funcional de Pfeffer.
b) El Índice de Barthel.
c) La Medida de Independencia Funcional.
d) El Índice de Lawton.

158. Respecto a la Medida de Independencia Funcional (FIM), señale cuál de las siguientes afirmaciones es correcta:

a) Se administra exclusivamente por cuestionario autoadministrado, evaluando únicamente lo que la persona podría realizar en las actividades de la vida diaria.
b) Se prefiere administrar por observación directa de la persona, evaluando la ejecución real de las actividades y el grado de ayuda necesario, aunque también puede completarse por la propia persona paciente o por el/la familiar/cuidador/a.
c) Se administra únicamente preguntando al/a la familiar o cuidador/a, evaluando la capacidad potencial de la persona sin observarla directamente.
d) Se administra mediante entrevista clínica centrada exclusivamente en la independencia cognitiva y social de la persona.

159. Cuál de las siguientes actividades NO pertenece a las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, según la clasificación del "Marco de trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso" de la American Occupational Therapy Asociation de 2020:

a) Cuidado de mascotas.
b) Gestión de la comunicación.
c) Expresión de actividades espirituales y religiosas.
d) Actividad sexual.

160. Según Rodríguez, Navas y Garrido (2018), ¿por qué resulta relevante conocer las estrategias utilizadas previamente por la propia persona usuaria sin intervención profesional?

a) Porque permiten sustituir la intervención terapéutica formal.
b) Porque facilitan la estandarización de futuras intervenciones.
c) Porque refuerzan el sentido de control de la persona y aportan soluciones eficaces ya probadas.
d) Porque evidencian la gravedad de la disfunción ocupacional.

161. En la Medida de Independencia Funcional cada actividad es evaluada entre 1 y 7 puntos, ¿qué significa una puntuación de nivel 1 y una de nivel 7?

a) Nivel 1: independencia completa; Nivel 7: asistencia total.
b) Nivel 1: dependencia parcial; Nivel 7: dependencia total.
c) Nivel 1: dependencia completa; Nivel 7: completa independencia.
d) Nivel 1: realiza la actividad solo; Nivel 7: no puede realizarla.

162. En el Cuestionario de Actividad Funcional de Pfeffer, ¿cuál de las siguientes afirmaciones describe correctamente su administración, puntuación y relación con la independencia funcional?

a) Se administra exclusivamente mediante autoinforme de la persona paciente, evaluando actividades básicas como alimentación y vestido, puntuando 0 si necesita ayuda y 1 si es independiente.
b) Evalúa únicamente la independencia cognitiva y social, puntuando todas las actividades con 0 si son independientes y 1 si son dependientes.
c) Evalúa tanto ABVD como AIVD mediante observación directa, puntuando 1–7 puntos por actividad; a mayor puntuación, mayor independencia.
d) Es un cuestionario heteroadministrado que se completa preguntando al/a la familiar o cuidador/a, evalúa principalmente actividades instrumentales, y cada actividad se valora entre 0 (realiza solo) y 3 (no puede realizarla); a mayor puntuación, mayor dependencia.

163. Según Rodríguez, Navas y Garrido (2018), en relación con el análisis de las limitaciones que impiden la participación ocupacional en las actividades de la vida diaria, ¿qué permite específicamente el proceso de evaluación?

a) Determinar únicamente si existe o no disfunción ocupacional.
b) Detallar qué actividades y qué pasos dentro de ellas se ven comprometidos, así como sus causas.
c) Establecer de forma inmediata el plan de intervención más adecuado.
d) Sustituir la perspectiva subjetiva del usuario por una objetiva.

164. Para Rodríguez, Navas y Garrido (2018) ¿cuál de las siguientes actividades NO pertenece a las Actividades Básicas de la Vida Diaria?:

a) Gestión de salud y mantenimiento.
b) Movilidad funcional.
c) Bañarse y ducharse.
d) Alimentarse.

165. Respecto al Índice de Katz, ¿qué implica una puntuación alta?

a) Mayor dependencia en las ABVD evaluadas.
b) Mayor independencia en las ABVD evaluadas.
c) Mayor autonomía en actividades instrumentales.
d) Mayor rendimiento cognitivo y social.

166. Para la formulación de objetivos en las actividades de la vida diaria basada en una estructura SMART, ¿qué elementos deben especificarse obligatoriamente?

a) Actividad deseada, diagnóstico clínico y pronóstico funcional.
b) Actividad deseada, nivel de motivación y tipo de evaluación estandarizada.
c) Apoyo familiar, contexto institucional y nivel de satisfacción del/de la terapeuta.
d) Actividad deseada, apoyo necesario, cuantificación del rendimiento y periodo de tiempo.

167. Dentro del objetivo de recoger información descriptiva sobre el nivel actual de desempeño ocupacional en las actividades de la vida diaria, ¿qué aspectos deben analizarse según Rodríguez, Navas y Garrido (2018)?

a) Exclusivamente la autonomía de la persona usuaria y su grado de dependencia.
b) Únicamente la satisfacción personal de la persona usuaria con su desempeño.
c) La comparación entre el desempeño actual y el diagnóstico médico.
d) El nivel de asistencia, eficiencia, eficacia y seguridad en la ejecución de las AVD.

168. A qué actividad corresponde el producto de apoyo de la "tabla sueca":

a) Alimentación.
b) Higiene personal.
c) Baño.
d) Uso del inodoro.

169. ¿Cuál de los siguientes NO es un producto de apoyo para la movilidad en la cama?

a) Escalerilla.
b) Triángulo de anclaje.
c) Sábanas deslizantes.
d) Todos los anteriores son productos de apoyo para la movilidad en la cama.

170. Garriga y Fleites (2021) proponen cinco etapas para el tipo de intervención relacionada con los productos de apoyo. ¿Cuál de las siguientes etapas NO pertenece a esta propuesta?

a) Evaluación.
b) Diseño y confección.
c) Entrenamiento.
d) Fabricación industrial masiva.

171. Según Bernd et al. (2009), todo proceso de intervención con productos de apoyo debe asentarse sobre cuatro aspectos clave. ¿Cuál de los siguientes NO es uno de ellos?

a) Un procedimiento estructurado y sistemático.
b) Una priorización de la improvisación clínica basada en la experiencia.
c) Un enfoque centrado en la persona.
d) Un proceso de registro y documentación.

172. En el proceso de prescripción de productos de apoyo, ¿dentro de qué categoría de factores se incluye la disponibilidad de recursos económicos de la persona usuaria?

a) Factores ambientales.
b) Factores relacionados con la actividad.
c) Factores relacionados con el dispositivo.
d) Factores personales.

173. En relación con los factores de los dispositivos de apoyo, ¿cómo se denomina el elemento que se encarga de trasladar la información recibida desde la persona para controlar los resultados de la actividad?

a) Interfaz.
b) Procesador.
c) Output.
d) Sensor ambiental.

174. Durante la fase de implementación y entrenamiento en el uso de productos de apoyo, ¿cuál es la estrategia principal que distingue a la Terapia Ocupacional de otras disciplinas?

a) Comenzar con tareas aisladas y repetitivas.
b) Centrarse exclusivamente en las funciones básicas del dispositivo.
c) Comenzar con una actividad significativa para la persona con un propósito determinado.
d) Delegar el entrenamiento únicamente en el manual del fabricante.

175. Entre los servicios comunes que ofrecen las organizaciones del tercer sector en relación con los productos de apoyo, ¿en qué consiste el servicio de "Bancos de Productos de Apoyo"?

a) En la financiación directa a fondo perdido para la compra de material.
b) En la fabricación industrial de productos ortoprotésicos.
c) En la gestión de subvenciones estatales exclusivamente.
d) En permitir el préstamo o alquiler de dispositivos a los socios, nutriéndose a veces de donaciones.

176. En relación con los niveles de la medida de resultados en la intervención con productos de apoyo (según Cook y Polgar, 2008), ¿qué instrumentos sirven como herramientas para determinar la efectividad en el nivel funcional?

a) La Psychosocial Impact of Assistive Device Scale (PIADS).
b) La Medida de Independencia Funcional (FIM) y el Índice de Barthel.
c) La Quebec User Evaluation of Satisfaction with Assistive Technology (QUEST).
d) El Matching Person and Technology (MPT).

177. El proyecto ATOMS clasifica los factores que influyen en el abandono de los productos de apoyo en tres grandes grupos. ¿Cuál de los siguientes es uno de ellos?

a) Factores relacionados con la estética del producto.
b) Factores relacionados con el coste de fabricación.
c) Factores relacionados con el profesional o el servicio.
d) Factores relacionados con la marca comercial.

178. El modelo MPT (Matching Person and Technology) desarrollado por Marcia Scherer tiene como objetivo principal:

a) Clasificar los productos de apoyo según su coste económico.
b) Realizar un emparejamiento óptimo entre la persona usuaria y la tecnología para evitar el abandono.
c) Evaluar exclusivamente la satisfacción con el servicio técnico de reparación.
d) Medir únicamente el nivel de independencia funcional física.

179. En el ámbito educativo, el modelo SETT Framework desarrollado por Zabala (1995) como instrumento de evaluación para productos y tecnología en la educación, propone cuatro áreas de análisis para la toma de decisiones. ¿Qué significan sus siglas?

a) Student, Environment, Tasks, Tools (Estudiante, Entorno, Tareas, Herramientas).
b) Service, Education, Teaching, Technology (Servicio, Educación, Enseñanza, Tecnología).
c) School, Evaluation, Teachers, Time (Escuela, Evaluación, Maestros, Tiempo).
d) System, Efficiency, Testing, Training (Sistema, Eficiencia, Pruebas, Entrenamiento).



180. Con respecto a la escala QUEST 2.0 (Quebec User Evaluation of Satisfaction with Assistive Technology), señala la opción correcta:

a) Es una herramienta diseñada exclusivamente para niños/as menores de 10 años.
b) Mide la satisfacción de la persona usuaria en dos secciones: satisfacción con el dispositivo y satisfacción con el servicio.
c) Es un cuestionario de 50 ítems que evalúa la independencia funcional.
d) Evalúa el impacto psicosocial del producto en la autoestima de la persona usuaria.

181. Dentro de los factores de abandono de Productos de Apoyo identificados por Phillips y Zhao (1993), ¿cuál de las siguientes opciones se considera una causa?

a) El alto precio de mercado del dispositivo.
b) El cambio en las prioridades o necesidades de los usuarios.
c) La falta de interés de la familia.
d) La complejidad del manual de instrucciones.

182. ¿Qué herramienta estandarizada se sugiere utilizar en la Fase 3 (Implementación) para evaluar el impacto psicosocial de los productos de apoyo?

a) System Usability Scale.
b) Canadian Occupational Performance Measure.
c) Psychosocial Impact Assistive Devices Scale (PIADS).
d) Matching Person and Technology (MPT) exclusivamente.

183. Si un/una terapeuta ocupacional necesita imprimir en 3D un engrosador lastrado para una persona con temblor intencional, ¿qué factor técnico deberá modificar incrementando su porcentaje, lo que derivará en un mayor tiempo de impresión?

a) El relleno (infill).
b) El color del material.
c) La temperatura de la boquilla.
d) El software de diseño.

184. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha elaborado un listado de productos de apoyo prioritarios. ¿Cuántos productos se recogen en dicho listado como esenciales e imprescindibles?

a) 25 productos.
b) 50 productos.
c) 100 productos.
d) 10 productos.

185. Según B. Polonio López (2010). las dimensiones recomendadas de una silla de ruedas son:

a) Holgura del asiento: 2,5 cm entre muslos y el lateral de la silla.
b) Altura del reposabrazos: 4 cm por encima del codo, con el brazo extendido.

c) Borde delantero del asiento: 1-2,5 cm entre el asiento y la parte posterior de la rodilla.
d) Todas son ciertas.

186. La perforación es una de las características de los termoplásticos utilizados para la confección de férulas, señale cuál de estas afirmaciones es la correcta:

a) A mayor perforación, menor rigidez y mejor ventilación de la zona.
b) A mayor perforación, mayor rigidez del termoplástico.
c) A mayor tamaño de superficie de férula siempre tiene que existir menos perforación en el termoplástico.
d) Ninguna es correcta.

187. En relación a los pliegues de flexión de una férula, señale la respuesta FALSA:

a) Son puntos de referencia básicos a la hora de hacer una férula.
b) Los pliegues de muñeca sirven de referencia a la hora de encontrar los ejes de movimiento.
c) El pliegue palmar distal se inicia en el borde cubital de la cabeza del quinto metacarpiano y se dirige hacia arriba, para concluir en la base del segundo y tercer dedo.
d) El pliegue tenar es un pliegue imaginario que se toma como referencia en las férulas, que resulta de la unión de los pliegues palmares proximales y distales.

188. ¿Qué tipo de ortesis permite la movilidad en una dirección, pero la limita en la opuesta, consiguiendo bloquear bien el movimiento de flexión o el de extensión?

a) Ortesis estática con bloqueo.
b) Ortesis estática seriada.
c) Ortesis estática progresiva.
d) Ortesis dinámica con bloqueo.

189. En la confección de férulas que incluyen la palma de la mano debe respetarse el principio de oblicuidad doble. Este principio se evidencia al sujetar un lapicero con el puño cerrado y el antebrazo en pronación, formándose dos ángulos oblicuos. ¿A qué corresponden dichos ángulos?

a) Al eje longitudinal de los dedos y al eje sagital de la muñeca.
b) A la línea que pasa por las cabezas metacarpianas y al eje transversal de la muñeca en relación con la línea metacarpiana.
c) Al eje longitudinal del antebrazo y al eje transversal de los metacarpianos.
d) A la línea media de la palma de la mano y al eje longitudinal del pulgar.

190. El tiempo de trabajo para la confección de una férula con termoplástico depende de diversas características del material. Señale la afirmación correcta:

a) Cuanta mayor resistencia presenta el material, mayor es el tiempo de trabajo necesario.



b) Cuanto mayor es el grosor del termoplástico, menor es el tiempo de trabajo, ya que se enfría más rápido.
c) Cuanto mayor es la perforación del termoplástico, menor es el tiempo de trabajo necesario.
d) El tiempo de trabajo no se ve influido por la resistencia, el grosor ni la perforación del material.

191. ¿Cuáles son las tres dimensiones o subescalas que evalúa el instrumento PIADS (Psychosocial Impact of Assistive Technology Scale)?:

a) Competencia, adaptabilidad y autoestima.
b) Satisfacción, servicio y durabilidad.
c) Eficiencia, eficacia y disponibilidad.
d) Entorno, estudiante y herramientas.

192. En relación con las normas para el manejo de las articulaciones desde la perspectiva de la economía articular, ¿qué recomendación NO es correcta?

a) Distribuir las cargas entre varias articulaciones.
b) Usar las articulaciones más pequeñas para garantizar mayor precisión en la manipulación y transporte.
c) Usar las articulaciones en posición estable, evitando giros y rotaciones.
d) Evitar posiciones que favorezcan deformidades.

193. La intervención en el contexto virtual de una persona con problemas en su participación en las Actividades de la Vida Diaria se puede llevar a cabo a través de:

a) NeuronUP.
b) Gafas de realidad virtual.
c) Simuladores de conducción.
d) Todas son ciertas.

194. En relación a la realidad virtual para el tratamiento en la patología neurológica:

a) Se basa en una tecnología háptica.
b) Puede ser de dos tipos: inmersiva y no inmersiva.
c) La ventaja de uso es triple: permite simular situaciones de la vida diaria, se puede usar como telerrehabilitación, permite evaluar la evolución de la persona paciente.
d) Todas son ciertas.

195. La definición «simulación de un entorno real generado por ordenador en el que, a través de una interfaz persona-máquina, se permite a la persona usuaria interactuar con ciertos elementos dentro del escenario simulado» corresponde a:

a) Realidad mixta.
b) Realidad aumentada.
c) Realidad virtual.
d) Ninguna es correcta.

196. El modelo HAAT (Human Activity Assistive Technology) propone la interacción de cuatro elementos fundamentales. ¿Cuál de los siguientes NO es uno de esos elementos?

a) La actividad.
b) El contexto.
c) La tecnología de asistencia.
d) El coste económico.

197. En relación con las clasificaciones adicionales sobre tecnología de apoyo, ¿cómo se define la "baja tecnología"?

a) Aquella que requiere adaptaciones personalizadas complejas.
b) Tecnología que utiliza inteligencia artificial y robótica avanzada.
c) Tecnología fácilmente adquirible y asequible que no requiere conocimiento experto para su uso.
d) Dispositivos que sustituyen completamente una función corporal perdida.

198. ¿Qué teoría describe siete factores que influyen en la adopción de la innovación, como la ventaja relativa o la compatibilidad, para predecir el uso o no de la tecnología de apoyo?

a) Modelo de Gitlin.
b) Teoría de los Atributos Percibidos.
c) Modelo de Cognición Social.
d) Marco de Trabajo de la AOTA.

199. La iniciativa GATE (Global Cooperation on Assistive Health Technology) de la OMS trabaja en torno a cinco áreas de acción interconectadas. ¿Cuál de las siguientes opciones recoge correctamente algunas de estas áreas?

a) Personas, política y productos.
b) Precio, promoción y plaza.
c) Pacientes, médicos y hospitales.
d) Hardware, software y periféricos.

200. Según la Rehabilitation Engineering and Assistive Technology Society of North America (RESNA), ¿a qué perfil profesional corresponde la certificación ATP?

a) Especialista en sedestación y movilidad.
b) Tecnólogo/a en ingeniería de rehabilitación.
c) Terapeuta Ocupacional Senior.
d) Profesional de tecnología de asistencia.

201. Según las definiciones sobre términos de tecnología y vida cotidiana, ¿cómo se define la "tecnología cotidiana"?

a) Cualquier producto fabricado especialmente para personas con discapacidad destinado a facilitar la participación.
b) Dispositivos o productos electrónicos diseñados para promover el funcionamiento en la vida diaria.
c) Variedad de equipos y servicios electrónicos, técnicos y mecánicos que existen en la vida cotidiana y que las personas pueden emplear en sus casas y comunidad.
d) Sistemas de realidad virtual inmersiva utilizados exclusivamente en entornos de rehabilitación hospitalaria.

202. Dentro de las soluciones tecnológicas para promover la participación en la infancia, ¿qué función principal tiene la aplicación Quiver Vision?

a) Traducir mensajes de voz o escritos a pictogramas de forma inmediata.
b) Permitir la creación de horarios visuales como listas o en formato reloj.
c) Ordenar la secuencia de tareas que se están realizando y marcar las ya finalizadas.
d) Facilitar la visualización de dibujos con realidad aumentada (RA) en 3D tras ser coloreados en una plantilla física.

203. En el ámbito de la rehabilitación física en adultos/as, ¿qué dispositivo se describe como un guante que se ajusta a los dedos pulgar, índice y corazón para permitir que personas con parálisis en la mano realicen ciertos movimientos y prensión?:

a) Neomano.
b) Smart Glove.
c) SaeboVR.
d) Lokomat.

204. ¿En qué consiste el sistema Beprevent como solución tecnológica para promover el envejecimiento activo?:

a) Un robot asistencial que ayuda físicamente a la persona mayor a levantarse de la cama.
b) Una plataforma de videollamadas diseñada específicamente para personas con deterioro cognitivo.
c) Un sistema de etiquetas electrónicas que se colocan en objetos cotidianos para recopilar datos sobre las rutinas de la persona y detectar situaciones de riesgo.
d) Un software de realidad virtual para el entrenamiento de la memoria y la prevención del Alzheimer.

205. Con respecto a las herramientas tecnológicas para la evaluación, ¿cuál de las siguientes características corresponde al PEDI-CAT (Pediatric Evaluation of Disability Inventory-Computer Adaptive Test)?:

a) Es un test que evalúa exclusivamente la calidad de vida relacionada con la salud en personas adultas mayores.

b) Es una herramienta de lápiz y papel que no ha sido digitalizada.
c) Es una herramienta adaptada al ordenador donde el propio software adapta el número de ítems que se administran a cada persona a través de un algoritmo.
d) Es una base de datos que contiene más de quinientos instrumentos de valoración en PDF.

206. ¿Qué permite realizar la aplicación (app) del Modelo Kawa disponible para dispositivos móviles?:

a) Calcular la puntuación de la Medida Canadiense de Desempeño Ocupacional (COPM) automáticamente.
b) Elaborar de forma visual el río de la vida de la persona usuaria, permitiendo diseñar, arrastrar y etiquetar elementos como rocas o troncos.
c) Realizar un análisis estadístico cuantitativo de los datos de la persona paciente.
d) Conectar con terapeutas ocupacionales de todo el mundo mediante un chat en tiempo real.

207. ¿Cuál de las siguientes plataformas se describe como una aplicación web que permite la creación de bases de datos de investigación y la gestión de encuestas digitales de forma segura?:

a) REDCap.
b) AnswerGarden.
c) Kahoot.
d) Canva.

208. Entre las principales ventajas de la impresión 3D aplicada a la terapia ocupacional, ¿cuál de las siguientes opciones es correcta?

a) El tiempo de impresión es irrelevante independientemente del tamaño de la pieza.
b) Permite la fabricación de formas complejas con un coste añadido mínimo.
c) Los materiales utilizados siempre tienen una resistencia superior a los métodos tradicionales.
d) No requiere ningún tipo de formación técnica específica para el/la terapeuta.

209. Según Bohórquez (2018) en la creación de escenarios para la intervención con realidad virtual, ¿cuál de los siguientes conceptos se define como la propiedad que permite a la persona usuaria cambiar su posición de observación dentro del mundo virtual?

a) Inmersión.
b) Interacción.
c) Manipulación.
d) Navegación.

210. Dentro del marco de trabajo para el diseño y creación de productos de bajo coste basado en el Design Thinking, ¿qué actividad corresponde a la Fase 2 (Elaboración del prototipo)?

a) La identificación de necesidades mediante entrevistas personales.
b) La medición de resultados utilizando herramientas estandarizadas como PIADS.
c) La construcción de una primera muestra o prototipo ajustado a la persona usuaria final y a su familia.
d) El entrenamiento en el uso del producto de apoyo en el entorno real.

211. Para I. M. Alguacil Diego (2015), ¿cuál es el objetivo principal del tratamiento inicial en las fracturas de antebrazo?

a) Mantener intacta la longitud de cúbito y radio y la pronosupinación.
b) Evitar la atrofia muscular.
c) Recuperar la flexoextensión del codo.
d) Prevenir la rigidez de la muñeca.

212. Según A. Sánchez Cabeza (2015), ¿cuál de las siguientes respuestas es FALSA en relación al concepto de "la ocupación como fin" en las intervenciones en disfunción física?

a) Tiene efecto terapéutico debido a las cualidades que presenta relacionadas con la significación y el propósito.
b) Se centra en la modificación de las habilidades y capacidades de las personas.
c) Se centra en la modificación de las demandas de las actividades y del entorno.
d) Los principios terapéuticos para la aplicación de la ocupación como fin provienen de las teorías del aprendizaje y del procesamiento de la información.

213. En las fracturas de antebrazo no desplazadas, el tratamiento conservador se realiza mediante:

a) Férula con codo en extensión durante 2 semanas.
b) Inmovilización con codo en flexión de 45° durante 8 semanas.
c) Vendaje funcional con movilización precoz.
d) Yeso con codo a 90° de flexión, muñeca en ligera dorsiflexión y antebrazo en pronación intermedia durante 4-6 semanas.

214. Las fracturas de Monteggia y Galeazzi se caracterizan respectivamente por:

a) Fractura de radio con luxación proximal del cúbito y fractura de cúbito con luxación distal del radio.
b) Fractura de ambos huesos sin luxación asociada.
c) Fractura aislada de cúbito y fractura aislada de radio.
d) Fractura de cúbito con luxación de la cabeza del radio y fractura de radio con luxación distal del cúbito.

215. En función del desplazamiento de los fragmentos el patrón clásico de la fractura de Colles es:

a) Fractura distal de radio intraarticular con desplazamiento volar.
b) Fractura distal de radio extraarticular con desplazamiento dorsal.
c) Fractura distal de radio intraarticular cuyo trazo afecta a la estiloides radial.
d) Hundimiento de la superficie articular a nivel de las fositas escafoideas o semilunar.

216. En función del desplazamiento de los fragmentos, ¿cuál de las siguientes fracturas distal de radio es intraarticular con desplazamiento dorsal?

a) Barton.
b) Colles.
c) Smith I.
d) Hutchinson.

217. Los monofilamentos de Semmes-Weinstein se caracterizan por:

a) Estar fabricados en metal con diámetros variables y aplicarse mediante presión manual directa sobre la piel.
b) Aplicar estímulos térmicos progresivos para valorar la sensibilidad superficial y profunda.
c) Medir exclusivamente la presión profunda mediante la aplicación de un único monofilamento grueso, sin establecer gradientes de fuerza ni valorar el umbral para el toque ligero.
d) Utilizar monofilamentos de nailon de una longitud estándar y un diámetro progresivo para proporcionar gradientes de fuerza controlada a los mecanorreceptores de la piel, permitiendo determinar el umbral para el toque ligero y la presión profunda.

218. La prueba sensitiva de los monofilamentos de Semmes-Weinstein permite establecer niveles de funcionalidad según los resultados obtenidos. ¿Qué caracteriza al nivel "Sensación de protección disminuida"?

a) Es el nivel de reconocimiento normal para el toque ligero y la presión profunda.
b) No existe respuesta alguna a la aplicación de los estímulos y la zona es asensorial.
c) Implica un menor uso de las manos, dificultad para manipular algunos objetos y tendencia a la caída de estos, pudiendo el paciente referir debilidad.
d) Se produce al percibir el monofilamento más grueso y el estímulo se refiere como una sensación global de presión.

219. Cuando el edema se localiza principalmente en la mano, ¿qué estrategia de vendaje antiedema es más útil?

a) Aplicar un vendaje en espiral de los dedos dejando la palma libre, combinable con vendas de algodón o elásticas autoadhesivas.
b) Inmovilizar toda la mano y el antebrazo sin permitir movimiento de los dedos.
c) Aplicar únicamente vendaje tubular sobre el brazo sin cubrir los dedos.
d) Colocar la mano en un yeso rígido para reducir edema rápidamente.

220. Respecto a precisión, errores y control fino de los movimientos de la mano, ¿qué test registra específicamente errores, "droops" y número de filamentos correctamente colocados para cada mano?

a) Purdue Pegboard Test.
b) Box and Block Test.
c) Nine Hole Peg Test.
d) Grooved Pegboard Test.

221. Según la escala de Semmes-Weinstein, el rango de monofilamento 4.56–6.65 corresponde a:

a) Umbral normal tacto ligero.
b) Tacto ligero disminuido.
c) Sensación de protección disminuida.
d) Pérdida sensación de protección

222. En el Purdue Pegboard Test, la prueba de ensamblaje refleja:

a) La capacidad de la mano dominante para introducir clavijas en treinta segundos.
b) La coordinación bimanual y el concepto de trabajo continuo de ambas manos, introduciendo clavijas, arandelas y tubos en un orden determinado en un minuto.
c) La rapidez con la que se pueden mover bloques de un contenedor a otro.
d) La orientación espacial de los filamentos de acero en un tablero agujereado.

223. La versión Upper limb/Upper extremity MAS (UUL-MAS/UE-MAS) del Motor Assessment Scale (MAS):

a) Evalúa solo la función del miembro superior y puede utilizarse de manera independiente.
b) Se centra en la función de la mano dominante únicamente.
c) Requiere asistencia activa del evaluador para todas las tareas.
d) Evalúa la fuerza de agarre mediante instrumentos de medición.

224. ¿Cómo se obtiene la puntuación final del Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand (DASH) y qué indica un valor alto?

a) Sumando todas las respuestas y multiplicando por 10; un valor alto indica buena función.
b) Sumando los valores de cada respuesta y dividiendo entre 2; un valor alto indica fuerza normal del miembro superior.
c) Contando únicamente las respuestas del módulo opcional y restando 5; un valor alto indica menor discapacidad.



d) Sumando los valores de las respuestas, dividiendo por el número de respuestas para obtener un promedio de 1 a 5, luego transformando a 0–100 restando 1 y multiplicando por 25; un valor alto indica mayor discapacidad.

225. Según M.J. Incio González (2015), durante la fase de sindactilización en las fracturas de falanges, ¿qué intervenciones deben realizarse?

a) Movilizaciones pasivas globales y específicas, excluyendo movimientos laterales en las articulaciones interfalángicas; trabajo de los arcos de la mano, pinzas, contactos dígito-palmares globales y analíticos, y oposición, e inicio del tratamiento del edema.
b) Movilizaciones pasivas globales y específicas con movimientos laterales permitidos, trabajando solo los arcos de la mano, sin incluir pinzas ni oposición, iniciando tratamiento del edema.
c) Movilizaciones activas asistidas únicamente, excluyendo trabajo sobre arcos de la mano y pinzas, e inicio del tratamiento del edema.
d) Ejercicios de fuerza y estiramiento lateral de las articulaciones interfalángicas sin movilizaciones pasivas ni trabajo de arcos, pinzas o oposición, con tratamiento del edema opcional.

226. ¿Cuál es uno de los objetivos del vendaje multicapa aplicado en miembro superior con edema?

a) Aumentar la presión en los capilares sin colapsarlos durante la contracción muscular.
b) Inmovilizar completamente la extremidad para prevenir cualquier movimiento.
c) Reducir la temperatura del segmento para disminuir el flujo linfático.
d) Aplicar tensión máxima sobre la venda para comprimir la extremidad.

227. ¿Qué material se utiliza en la técnica de vendaje multicapa para intervenir en el edema de la mano?

a) Bandas elásticas de alta tensión y férulas rígidas.
b) Solo vendas adhesivas rígidas aplicadas a toda la extremidad.
c) Vendas de algodón, vendas de crepé y tira de material tubular elástico.
d) Masillas de resistencia variable y guantes compresivos.

228. En el abordaje rehabilitador del desvío cubital secundario a artritis, la estrategia más adecuada para la recuperación funcional de las articulaciones metacarpofalángicas (MCF) es:

a) Inmovilización prolongada para evitar la progresión de la deformidad.
b) Movilización pasiva exclusiva de las MCF para prevenir dolor.
c) Movilización analítica, activa asistida y específica de cada MCF, pudiendo complementarse con férulas correctoras.
d) Ejercicios resistidos globales de prensión desde fases iniciales.

229. En la deformidad en Boutonniere leve se observa:

a) Flexión de la interfalángica proximal mayor de 40° con deformidad fija.
b) Deformidades secundarias pronunciadas en articulaciones adyacentes.
c) Necesidad de artrodesis precoz.
d) Flexión de la interfalángica proximal menor de 20°, sin hiperextensión significativa de interfalángica proximal ni metacarpofalángica.

230. Según el primer principio de economía articular descrito por Gable (2011), señale la afirmación correcta:

a) Se debe alternar el trabajo con periodos de reposo en buena posición, descansando cuando aparezca dolor antes de retomar la actividad.
b) Las actividades más exigentes deben realizarse sin interrupciones para mantener la funcionalidad articular.
c) El dolor durante la actividad es esperable y no requiere modificar el ritmo de ejecución.
d) El reposo solo es necesario tras finalizar completamente la tarea programada.

231. Según J.A. Duarte y J.E. Tavares (2015), en la artritis reumatoide en fase aguda, el tratamiento conservador incluye:

a) Crioterapia si existe dolor e inflamación, estimulación eléctrica nerviosa transcutánea y reposo articular mediante ortesis de reposo.
b) Termoterapia superficial y ejercicios resistidos intensos.
c) Movilizaciones forzadas para evitar anquilosis.
d) Parafina sistemática independientemente del estado inflamatorio.

232. En el tratamiento conservador de la rizartrosis, la ortesis estabilizadora de la base del primer metacarpiano se utiliza principalmente para:

a) Evitar la progresión de la aducción del primer metacarpiano y la subluxación de su base, además de aliviar el dolor durante la realización de actividades.
b) Potenciar la musculatura aductora del pulgar con el objetivo de estabilizar el primer espacio interdigital y prevenir subluxaciones futuras.
c) Mantener la articulación completamente inmovilizada durante todo el día para impedir cualquier movimiento que pueda causar dolor o deformidad.
d) Sustituir por completo el programa domiciliario de ejercicios, garantizando la corrección de la deformidad únicamente mediante el soporte mecánico de la ortesis.

233. En la deformidad de dedos en ráfaga, la férula de reposo debe cubrir:

a) Solo la articulación metacarpofalángica del pulgar.
b) La interfalángica proximal de cada dedo, con ángulo de 10° de flexión.
c) Una tercera parte del antebrazo y palma de la mano, con cinchas interdigitales para disminuir desviación cubital.
d) Exclusivamente la muñeca, sin cubrir los dedos.

234. En la higiene personal de personas con artrosis, ¿qué adaptaciones se recomiendan, para facilitar su uso y proteger las articulaciones?

a) Utilizar utensilios de higiene con mangos finos para mejorar precisión.
b) Engrosar y/o alargar los mangos de utensilios; emplear tijeras de pedicura y cortauñas adaptados; usar dispensadores al alcance.
c) Evitar cualquier producto de apoyo para potenciar la fuerza de la mano.
d) Colocar todos los utensilios en el suelo para forzar el alcance y mejorar movilidad de hombro.

235. Según pautas de protección articular, para facilitar las transferencias se recomienda:

a) Utilizar asientos bajos y blandos para mejorar la comodidad al sentarse y levantarse.
b) Emplear asientos estables, poco profundos, de base dura y con apoyabrazos.
c) Evitar el uso de apoyabrazos para permitir mayor libertad de movimiento de los hombros durante la transferencia.
d) Colocar un colchón blando para incrementar la flexibilidad articular y disminuir el esfuerzo al levantarse.

236. En relación con la protección de los dedos más utilizados, señale la opción correcta según los principios de economía articular:

a) Debe potenciarse prioritariamente el uso del primer y segundo dedo por su mayor capacidad funcional.
b) La sobrecarga repetida del primer dedo no supone riesgo estructural.
c) El uso selectivo de los dedos no influye en la prevención de deformidades.
d) Se recomienda economizar el primer y segundo dedo, favoreciendo el uso del cuarto y quinto dedo junto con la palma.

237. En la posición de reposo en la cama, para proteger las articulaciones de cadera y rodilla y prevenir rigidez en personas con artrosis, se recomienda:

a) Decúbito supino con cojín bajo las rodillas y brazos flexionados de forma mantenida para favorecer la comodidad general.
b) Decúbito supino colocando un cojín bajo las rodillas para compensar la flexión de caderas y decúbito lateral con un cojín entre las piernas, manteniendo los brazos en flexión sostenida.
c) Decúbito supino colocando un cojín bajo las nalgas para compensar la flexión de rodillas sin provocar flexión de caderas, y decúbito lateral con un cojín entre las rodillas, evitando posturas sostenidas de brazos y manos en flexión.
d) Flexionar simultáneamente caderas y rodillas con un cojín bajo los tobillos para reducir la presión sobre la espalda y favorecer el confort nocturno.

238. Según pautas de protección articular, para transportar o cargar objetos pesados se recomienda:

a) Sujetarlos con una sola mano para facilitar el movimiento.
b) Transportarlos con los dedos parcialmente flexionados para mantener estabilidad y fuerza en la mano.
c) Apoyarlos solo en la parte distal de los antebrazos, con codos extendidos y muñecas ligeramente flexionadas.



d) Usar ambas manos con las palmas, apoyarlos sobre antebrazos y tronco, y si es posible, arrastrarlos o usar un carrito.

239. En relación con la economía articular tras un proceso inflamatorio de origen artrítico, señale la afirmación correcta:

a) Tras la inflamación, la articulación recupera estabilidad estructural completa, por lo que puede someterse a cargas habituales.
b) El riesgo principal tras la inflamación es la pérdida de movilidad, pero no la deformidad.
c) Las articulaciones inflamadas pueden quedar frágiles e inestables, con riesgo de deformación ante movimientos intensos o repetitivos.
d) La economía articular está indicada únicamente en fases activas de inflamación.

240. Respecto a la educación de las técnicas de economía articular, se considera más efectivo:

a) Reforzar el aprendizaje mediante demostraciones prácticas, documentación gráfica y sesiones en grupo para favorecer soporte social y motivación.
b) Realizar sesiones individuales únicamente, sin demostraciones prácticas ni material gráfico.
c) Limitar la enseñanza a instrucciones verbales breves para ahorrar tiempo.
d) Evitar la participación grupal para que cada paciente aprenda de forma independiente.

241. La deformidad en Z del pulgar en artritis reumatoide se caracteriza por:

a) Destrucción del tendón extensor corto del pulgar, luxación de la articulación metacarpofalángica y falange en hiperextensión.
b) Hiperflexión de la articulación metacarpofalángica y luxación de la falange proximal.
c) Flexión de la articulación interfalángica distal con desviación cubital de la falange.
d) Retracción de los músculos interóseos cubitales y luxación palmar de la falange proximal.

242. Para la deformidad en "cuello de cisne", la férula recomendada tiene forma de:

a) Z para mantener la falange en hiperextensión.
b) Trapeciometacarpiana para inmovilizar la base del pulgar.
c) Dedos en ráfaga con cinchas interdigitales para corregir desviación cubital.
d) Ojal con un ángulo de 10° para evitar la hiperflexión.

243. Para evitar posiciones sostenidas de las articulaciones durante actividades como lectura, uso del teléfono o manipulación de cartas, se recomienda:

a) Mantener libros, cartas o teléfono en las manos durante periodos prolongados, cambiando la posición de forma intermitente para estimular fuerza y coordinación.

b) Colocar libros o cartas sobre el regazo o una mesa baja, forzando ligeros movimientos de muñeca y antebrazo para prevenir rigidez, sin usar soportes especializados.
c) Alternar entre sujetar objetos con las palmas y solo con los dedos, combinando distintos agarres para equilibrar fuerza y movilidad, evitando depender completamente de soportes.
d) Utilizar productos diseñados para cada función, como atril de lectura, teléfono manos libres y soporte para cartas, de manera que se reduzca la carga sobre manos y muñecas.

244. Señale que respuesta NO es correcta en relación a las técnicas utilizadas por los terapeutas ocupacionales en el tratamiento preprotésico de una persona con amputación:

a) Tratamiento postural.
b) Endurecimiento y desensibilización del muñón.
c) Colocación y retirada de la prótesis.
d) Control de las sensaciones producidas por el síndrome del miembro fantasma.

245. Señale cual NO es un componente de una prótesis de miembro superior:

a) Pieza terminal.
b) Arnés.
c) Flexor tipo Kleinert.
d) Encaje protésico.

246. A qué tipo de prótesis de miembro superior corresponde esta afirmación: "se acciona mediante lo movimientos corporales que generan tensión en un cable, el cual bloquea y desbloquea el codo y abre y cierra el gancho o la mano protésica":

a) Mioeléctrica.
b) Híbrida.
c) Estática.
d) Mecánica.

247. ¿A qué tipo de prótesis de miembro superior corresponde esta afirmación: "carecen de ningún tipo de funcionalidad y sólo pretenden recomponer el equilibrio postural y la imagen corporal perdidos por la amputación"?

a) Mioeléctrica.
b) Híbrida.
c) Estética.
d) Mecánica.

248. En comparación con la extremidad anatómica, las manos protésicas:

a) Presentan multitud de grados de libertad y abundante feedback sensorial.
b) Están limitadas a unos pocos grados de libertad y proporcionan un feedback sensorial muy limitado.



c) No muestran diferencias relevantes respecto a la mano humana.
d) Permiten sentir y transmitir emociones con precisión.

249. Para B. Polonio López (2015) el reto principal para la persona usuaria de una prótesis de miembro superior consiste en:

a) Igualar completamente la funcionalidad biomecánica de la mano anatómica.
b) Recuperar la totalidad del feedback sensorial previo a la amputación.
c) Desempeñar las actividades posibles de forma diestra pese a las limitaciones protésicas.
d) Evitar el uso prolongado de la prótesis para prevenir fatiga.

250. La causa más frecuente de amputación en la población joven y adulta es:

a) Origen traumático.
b) Enfermedad vascular periférica.
c) Tumores malignos.
d) Anomalías genéticas.

251. Según B. Polonio López (2015), respecto a la etiología de la amputación en función del miembro afectado:

a) Tanto en extremidades superiores como inferiores la causa predominante es traumática.
b) Las amputaciones de extremidades inferiores se asocian principalmente a procesos patológicos, mientras que las superiores son mayoritariamente traumáticas.
c) Las extremidades superiores se amputan con mayor frecuencia por enfermedad vascular periférica y procesos tumorales, especialmente en población anciana, siendo la causa traumática secundaria en términos epidemiológicos globales.
d) No existen diferencias etiológicas relevantes según la localización anatómica, ya que tanto en miembro superior como inferior predominan de forma similar las causas traumáticas, vasculares y tumorales en todos los grupos de edad.

252. La aparición de neuromas en el muñón amputado puede influir en la rehabilitación porque:

a) Consiste en pequeños acúmulos de tejido nervioso que generan dolor o hipersensibilidad, dificultando el uso de la prótesis y el entrenamiento protésico.
b) Solo afecta la estética de la extremidad, sin repercusiones funcionales.
c) Mejora la sensibilidad residual del muñón, acelerando la adaptación a la prótesis.
d) Se limita únicamente al dolor fantasma, sin afectar la función.

253. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones diferencia correctamente el miembro fantasma de la sensación fantasma?

a) El miembro fantasma implica sensaciones en la parte amputada, mientras que la sensación fantasma incluye un amplio abanico de sensaciones localizadas, difusas, continuas o intermitentes inducidas por estímulos externos.

b) El miembro fantasma solo ocurre en la protetización, mientras que la sensación fantasma se presenta en todos los tipos de amputación.
c) Ambos fenómenos son idénticos y no presentan diferencias clínicas significativas.
d) La sensación fantasma se limita únicamente a dolor físico, mientras que el miembro fantasma involucra emociones y dolor.

254. Una intervención temprana con prótesis en amputaciones de miembro superior permite:

a) Acelerar el ajuste psicológico, reducir dolor y edema, disminuir sensación de miembro fantasma y facilitar reparación tisular.
b) Garantizar la eliminación total de ansiedad o depresión postamputación.
c) Sustituir completamente la función de la mano anatómica, incluso sin entrenamiento adicional.
d) Minimizar, pero no eliminar, la necesidad de ajustes progresivos del muñón y de la terapia ocupacional.

255. ¿Cuál es la función principal del encaje protésico?

a) Cubrir el muñón para fines estéticos únicamente, protegiendo la piel y mejorando la apariencia general del miembro residual.
b) Sostener el guante protésico y mejorar la apariencia.
c) Constituir la conexión entre prótesis y cuerpo, distribuyendo presión y transfiriendo fuerza.
d) Permitir la movilidad del codo sin necesidad de ajustes.

256. ¿Qué función cumple la calceta en las prótesis de miembro superior?

a) Es un componente estructural que soporta el motor de la prótesis.
b) Absorbe sudor, protege la piel del muñón y aumenta la comodidad.
c) Facilita la movilidad del codo y muñeca.
d) Sustituye el arnés en prótesis mecánicas.

257. ¿Cuál es el plazo recomendado para incorporar la prótesis al tratamiento para asegurar adaptación óptima?

a) Dentro de los primeros 7 días tras la amputación.
b) A los 3 meses después de la cirugía.
c) Dentro de los 30 días posteriores a la amputación.
d) Solo cuando se completa la cicatrización del muñón.

258. ¿Cuáles son las ventajas y desventajas de las prótesis mioeléctricas?

a) Incremento de la fuerza de agarre, eliminación del arnés y mayor satisfacción del usuario.
b) No requieren ningún tipo de entrenamiento adicional para su uso.
c) Permiten movimientos más precisos y controlados, incrementan la funcionalidad de la extremidad, aunque su uso implica mayor peso, coste elevado y riesgo de deterioro si no se mantienen correctamente.

d) Su adaptación depende de la integración con la musculatura residual, la sensibilidad del muñón y la coordinación con la extremidad natural, generando un proceso de aprendizaje más prolongado y complejo que las mecánicas tradicionales.

259. Según B. Polonio López (2015), ¿Cuántos grados de movimiento activo permiten las prótesis de brazo actuales?

a) Cuatro: apertura/cierre de mano y flexoextensión del codo.
b) Seis: apertura/cierre de la mano, pronosupinación del antebrazo y flexoextensión del codo.
c) Hasta seis grados de movimiento, incluyendo la capacidad de realizar apertura y cierre de la mano, pronosupinación del antebrazo y flexoextensión del codo, lo que permite ejecutar la mayoría de actividades de prensión básicas.
d) Seis grados, además de movimientos adicionales controlados por microprocesadores que proporcionan información sensorial adicional y permiten precisión en tareas complejas, especialmente en casos de amputaciones bilaterales.

260. Cuando una persona presenta espasticidad severa de muñeca en flexión unida a desviación radial o cubital se recomienda la siguiente férula:

a) Ortesis tubular de extensión de muñeca y dedos.
b) Férula palmar de muñeca.
c) Férula lateral de muñeca y dedos.
d) Férula estática de extensión de codos.

261. La regulación sensorial en personas con daño cerebral severo:

a) Tiene como objetivo ayudar a la persona a tomar conciencia de su entorno.
b) Es preciso que la persona sea consciente de la existencia de estímulos variables sobresalientes.
c) Conviene que sea constante y que se llegue a la sobreestimulación para que se produzca una disminución de la capacidad de selección de estímulos y activar así el mecanismo de habituación.
d) Las respuestas a) y b) son ciertas.

262. Los déficits existentes tras un Daño Cerebral Adquirido:

a) Son similares en todas las personas afectadas, existe una escasa variabilidad.
b) Presentan una importante variabilidad en función de múltiples factores.
c) Son similares y estables en el tiempo con escasa evolución a largo plazo.
d) Todas son falsas.

263. En relación con el proceso de reinserción laboral de una persona paciente con daño cerebral es FALSO que:

a) El planteamiento general es similar al seguido en otras personas pacientes con discapacidad.



b) Debe de realizarse una evaluación detallada tanto de la persona paciente como del puesto de trabajo.
c) Los autoinformes y cuestionarios son herramientas muy fiables en este tipo de pacientes.
d) Lo más idóneo sería la existencia de unidades prelaborales para observar en un entorno controlado la adaptación de la persona paciente a las situaciones similares en las que se encontrará en su trabajo.

264. Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA en relación al empleo de las técnicas de inhibición en el Concepto Bobath en el tratamiento de la persona con daño cerebral:a

a) Se utilizan para enseñar métodos para disminuir el posicionamiento incorrecto del miembro superior e inferior durante el desempeño de tareas.
b) Se utilizan para impedir la aparición de movimientos no deseados y reacciones asociadas.
c) Consisten en estimular los músculos directamente para contraer de manera isométrica, excéntrica o isotónica.
d) Persiguen restaurar la alineación normal en el tronco y las extremidades a través de la elongación de los músculos espásticos.

265. La evaluación de la figura del fondo puede evaluarse objetivamente en:

a) Un subtest de la batería de COTNAB (The Chessington Occupational Therapy Neurological Battery).
b) Un subtest de LOTCA (Loewestein Occupational Therapy Cognitive Assessment).
c) Las respuestas a) y b) son correctas.
d) Ninguna respuesta es correcta.

266. En relación al Motor Activity Log (MAL), señala la respuesta FALSA:

a) La versión de Uswatte (2006), MAL-28, incluye un 30 % de actividades básicas de la vida diaria y un 70 % de actividades instrumentales de la vida diaria.
b) Es una entrevista semiestructurada sobre la utilización de la extremidad superior parética en las actividades de la vida diaria.
c) Está formada por dos subescalas: la escala de cantidad de uso (AOU) y la escala de calidad de movimiento (QOM).
d) El número de actividades utilizadas en este instrumento ha variado según los estudios publicados.

267. ¿Cuál de las siguientes escalas NO evalúa el tono muscular?

a) Escala Modificada de Ashworth.
b) Escala de hipertonía de Prestón.
c) Escala de espasticidad leve-moderada-grave.
d) Escala de equilibrio de Berg.

268. El indicador de severidad grave que corresponde para determinar el pronóstico de recuperación del daño cerebral adquirido si se utiliza la duración del coma según Bond (1986) es:

a) Entre 6 y 48 horas.
b) Entre 15 minutos y 6 horas.
c) Menos de 15 minutos.
d) Mayor de 48 horas.

269. Según Perfetti (1999), ¿cuál es el objetivo principal de los ejercicios de primer grado y qué papel desempeña el paciente durante su realización?

a) Controlar las irradiaciones patológicas; la persona paciente realiza contracciones musculares voluntarias guiadas por el terapeuta.
b) Controlar la respuesta exagerada al estiramiento; la persona paciente no colabora activamente en la contracción muscular, pero presta atención a las aferencias del movimiento.
c) Lograr movimientos selectivos y variados; la persona paciente ejecuta y controla activamente el movimiento en un contexto de conocimiento.
d) Controlar los esquemas elementales; la persona paciente realiza ejercicios con los ojos abiertos para reconocer objetos mediante el tacto.

270. Si el nivel de exigencia de los ejercicios supera las capacidades actuales de la persona paciente, ¿cómo responderá el Sistema Nervioso Central según Perfetti?

a) Responderá mediante movimientos sinérgicos, irradiaciones anormales y compensaciones, como su forma más económica de respuesta.
b) Aumentará progresivamente el reclutamiento motor voluntario para adaptarse a la demanda.
c) Activará mecanismos de inhibición cortical que bloquearán completamente la ejecución del movimiento
d) Generará una respuesta de automatización que facilitará el movimiento mediante patrones reflejos.

271. Respecto al tratamiento de la ansiedad en daño cerebral, ¿qué técnica conductual ha demostrado ser más eficaz y por qué los procedimientos imaginados resultan especialmente poco recomendables en esta población?

a) La desensibilización sistemática es la más eficaz; los procedimientos imaginados son poco recomendables porque generan mayor activación fisiológica.
b) El modelado participante es el más eficaz; los procedimientos imaginados fallan porque la perosna paciente no puede imaginar situaciones complejas.
c) La exposición en vivo es la más eficaz; los procedimientos imaginados son menos generalizables a la vida diaria, limitación que se agrava en el daño cerebral.



d) La exposición imaginaria es la más eficaz; los procedimientos en vivo están contraindicados por el riesgo de descompensación emocional en esta población.

272. En relación con la agitación tras un daño cerebral, ¿cuál de las siguientes afirmaciones refleja con mayor precisión su naturaleza y abordaje terapéutico?

a) Es un cambio permanente de personalidad secundario al daño neurológico que requiere intervención farmacológica intensiva.
b) Es consecuencia de la exageración de la personalidad anterior y se trata reduciendo los refuerzos sociales en el entorno del paciente.
c) Surge principalmente del ajuste emocional de la persona paciente a su nueva situación y se aborda mediante reestructuración cognitiva.
d) Es una etapa pasajera propia de las primeras fases de la lesión; el abordaje incluye transmitir calma, estructurar el ambiente y redirigir la atención ante estímulos desencadenantes.

273. Según Pelegrín, Muñoz y Quemada (1997), ¿cuál de las siguientes características es propia de la agresividad orgánica en una persona con daño cerebral?

a) Aparece de forma gradual, precedida de signos externos de tensión e irritabilidad progresiva.
b) Disminuye considerablemente cuando aumenta la independencia funcional de la persona paciente.
c) Aparece de forma súbita, sin justificación clara, ante mínima provocación o espontáneamente, y el paciente puede volver rápidamente a la calma tras el episodio.
d) Tiene una finalidad clara y está directamente relacionada con el reajuste emocional ante la nueva situación.

274. Según C. Flórez del Olmo (2010), en la fase de agresividad física, en una persona con daño cerebral ¿a qué distancia aproximada de la persona paciente se considera que el/la terapeuta se encuentra fuera de la zona de peligro?

a) A más de 1 metro de distancia.
b) A más de 75 cm de distancia.
c) A más de 50 cm de distancia.
d) A más de 30 cm de distancia.

275. ¿Cuál es la diferencia clínica entre labilidad emocional e incontinencia afectiva según C. Flórez del Olmo (2010)?

a) La labilidad emocional se refiere a la afectividad cambiante; la incontinencia afectiva es la dificultad para controlar la expresión de las emociones, con inicio rápido e intensidad elevada.
b) La incontinencia afectiva se refiere a la afectividad cambiante entre risa y llanto, mientras que la labilidad emocional implica dificultad para controlar la expresión emocional.
c) La labilidad emocional es más intensa e incontrolable que la incontinencia afectiva, que se presenta de forma gradual.



d) Ambos términos son sinónimos y describen el mismo fenómeno clínico con distinta terminología según el/la autor/a.

276. Según C. Flórez del Olmo (2010), ¿cuál es la definición más precisa de desinhibición en el contexto del daño cerebral?

a) La incapacidad para ser consciente del propio comportamiento y del de los/las demás, actuando de forma egocéntrica.
b) La tendencia a exagerar los rasgos de la personalidad previa como consecuencia de la pérdida de control sobre la misma.
c) La dificultad para controlar la expresión de las emociones de forma intensa y con inicio rápido.
d) La incapacidad de inhibir respuestas socialmente no aceptadas, diciendo o haciendo lo primero que se pasa por la cabeza sin medir las consecuencias.

277. Según Polonio (2016), qué alteración del habla se produce con más frecuencia en la pronunciación de las personas que padecen Esclerosis Lateral Anmiatrófica:

a) Disartria hipocinética.
b) Disartria atáxica y mixta: espástica-atáxica.
c) Disartria por alteración unilateral de la primera neurona motora.
d) Ninguna de las respuestas es cierta.

278. El temblor en la Enfermedad de Parkinson se caracteriza por qué:

a) Aparece en reposo y disminuye durante el movimiento voluntario.
b) Aumenta con la fatiga y con las emociones.
c) Se manifiesta como una contracción irregular y de gran amplitud.
d) Las respuestas a) y b) son correctas.

279. N. Feil (1982) define su técnica de intervención de la siguiente manera: "consiste en la aceptación de las personas mayores desorientadas que ahora viven en el pasado ayudándoles a reasumir su vida". Señale que tipo de enfoque/técnica es:

a) Reminsicencia.
b) Terapia de Validación.
c) Perspectiva de HLadick.
d) Terapia Milieu.

280. ¿Cuál de las siguientes respuestas NO es una pauta para el trabajo grupal de validación en personas con demencia?

a) Cada sesión ha de incluir música, movimiento, comida y charla.
b) Identificar y asignar papeles a los participantes según sus capacidades residuales.
c) Los pacientes tienen que tener diferentes estadios de desorientación.
d) Es necesario proyectar y asumir un formato de grupo.

281. ¿Cuál de los siguientes es un enfoque de base fenomenológica y sociocultural en el tratamiento de las personas con demencia?

a) Terapia de validación.
b) Terapia de remotivación.
c) Reminiscencia y repaso de la vida.
d) Ninguna de las respuestas es cierta.

282. Los instrumentos de evaluación del modelo de discapacidad cognitiva de Claudia Allen para evaluar el nivel cognitivo son:

a) Inventario de Tareas Rutinarias (Routine Task Inventory por sus siglas en inglés RTI) y Prueba de Nivel Cognitivo de Allen (Allen´s Cognitive Level Scale por sus siglas en inglés ACLS).
b) Prueba de desempeño cognitivo (Cognitive Performance Test, por sus siglas en inglés CPT).
c) Prueba de la acción cognitiva perceptual (Perceptual Cognitive Action Test, por sus siglas en inglés PCAT).
d) Las respuestas a) y b) son correctas.

283. ¿Quién desarrolló el programa original de Orientación a la Realidad y cuál fue su objetivo inicial?

a) La Dra. Folsom lo desarrolló a principios de los años cincuenta para pacientes con demencia en centros de día.
b) El Dr. Folsom lo desarrolló a finales de los años treinta para pacientes ancianos/as hospitalizados/as con el fin de proporcionarles mayor estimulación.
c) El Dr. Folsom lo desarrolló a finales de los años cincuenta para pacientes con deterioro cognitivo leve en unidades de media estancia.
d) Fue desarrollado por el equipo de Folsom y Rogers en los años cuarenta como técnica de comunicación no verbal para personas con demencia avanzada.

284. Respecto a las sesiones formales de orientación a la realidad, ¿qué característica las diferencia de la modalidad de 24 horas de orientación a la realidad?

a) Se realizan de forma individual y tienen un carácter eminentemente lúdico, sin estructura educativa.
b) Se basan exclusivamente en el uso de señalizaciones y tableros de información como soporte visual.
c) Son continuas e informales, aprovechando cada interacción cotidiana para reforzar la orientación de la persona paciente.
d) Tienen un carácter educativo, se realizan en grupos de distinto tamaño y duración según la capacidad cognitiva de la persona paciente.



285. ¿Cuál es la diferencia conceptual entre los términos "reminiscencia" y "revisión de la vida"?

a) La reminiscencia es grupal y la revisión de la vida es siempre individual; ambas se centran en recuerdos dolorosos o no resueltos.
b) La reminiscencia se refiere al recuerdo hablado o callado de hechos vitales; la revisión de la vida es un proceso de revisión, organización y evaluación estructurada del cuadro vital de cada uno.
c) Son términos sinónimos que se utilizan de forma intercambiable para referirse al mismo proceso terapéutico.
d) La reminiscencia requiere mayor insight y energía que la revisión de la vida, siendo esta última más adecuada para deterioro cognitivo avanzado.

286. En el contexto de la reminiscencia, ¿qué son los "disparadores"?

a) Actividades y elementos utilizados implícita y explícitamente para estimular, de forma concreta o abstracta, y favorecer el recuerdo.
b) Preguntas directas formuladas por el terapeuta para iniciar el recuerdo de episodios traumáticos del pasado.
c) Estímulos exclusivamente visuales, como fotografías antiguas, utilizados para activar la memoria episódica del paciente.
d) Indicaciones verbales estandarizadas del equipo terapéutico que marcan el inicio y el final de cada sesión de reminiscencia.

287. ¿Cuál es el nombre alternativo con el que se conoce a la Esclerosis Lateral Anmiatrófica (ELA) y cuál es su origen?

a) Enfermedad de Lou Gehrig, en honor al famoso jugador de béisbol de los Yankees diagnosticado en 1939.
b) Enfermedad de Stephen Hawking, por el físico británico diagnosticado en 1963.
c) Enfermedad de Lou Gehrig, en honor al famoso jugador de béisbol de los Yankees diagnosticado en 1945.
d) Enfermedad de Charcot, en honor al neurólogo que la describió por primera vez en 1869.

288. Según P. Durante (2010), ¿cuál es el principal objetivo del terapeuta ocupacional en la enfermedad de Parkinson respecto a la reorganización de la vida del paciente?

a) Conseguir que la persona paciente recupere la máxima funcionalidad previa a la enfermedad mediante entrenamiento intensivo.
b) Priorizar la seguridad de la persona paciente por encima de su autonomía, especialmente en fases avanzadas.
c) Mantener la autonomía de la persona paciente permitiéndole continuar con el mayor número posible de aficiones e intereses anteriores, adaptando el ritmo de vida.
d) Adaptar el entorno de la persona paciente para que el/la cuidador/a principal pueda asumir progresivamente todas las tareas cotidianas.

289. En cuanto al deterioro cognitivo en la Esclerosis Lateral Anmiatrófica (ELA), ¿qué porcentaje de pacientes sin demencia presentaba algún grado de deterioro cognitivo según el estudio de Phukan et al. (2012)?

a) Aproximadamente el 14% de las personas pacientes sin demencia presentaba deterioro cognitivo.
b) Menos del 20% de las personas pacientes sin demencia presentaba deterioro cognitivo.
c) Más del 40% de las personas pacientes sin demencia presentaba deterioro cognitivo.
d) El 50% de las personas pacientes sin demencia presentaba algún grado de deterioro cognitivo.

290. Respecto a la deambulación y los episodios de festinación en la Enfermedad de Parkinson, ¿cuál de las siguientes afirmaciones recoge las instrucciones descritas por P. Durante (2010) para cuando la persona paciente detecta que está arrastrando los pies?

a) Debe continuar caminando aumentando conscientemente el tamaño del paso y girando sobre un pie para reorientar la trayectoria.
b) Debe detenerse, apoyar talones, erguirse, separar los pies 20 cm y girar cruzando las piernas para ganar estabilidad.
c) Debe apoyarse en la pared más cercana, concentrarse en la postura y reanudar la marcha apoyando primero la punta del pie.
d) Debe detenerse, asegurar que los talones están firmes en el suelo, mantenerse erguido, separar los pies unos 20 cm y apoyar primero el talón al dar cada paso, girando en semicírculo sin cruzar las piernas.

291. Sobre los episodios de "bloqueo" en la marcha en una persona con Enfermedad de Parkinson, ¿cuál de las siguientes NO corresponde a una estrategia facilitadora?

a) Sentarse brevemente y recuperar el tono muscular antes de reanudar la marcha.
b) Utilizar una correa que pase por el interior de la pernera del pantalón para tirar del pie y facilitar el inicio del paso.
c) Balancear el peso del cuerpo de una pierna a otra hasta iniciar la marcha.
d) Imaginar que se tiene que pasar la pierna por encima de un objeto o línea en el suelo.

292. Respecto al inicio de los síntomas motores en la ELA, ¿cuál de las siguientes distribuciones porcentuales es correcta?

a) Entre el 0-50% de los casos inician en extremidades superiores con atrofia de músculos pequeños de la mano; entre el 20-30% inician en extremidades inferiores.
b) Entre el 20-30% inician en extremidades superiores y entre el 0-50% en extremidades inferiores.
c) El 50% inician en extremidades superiores y el 30% en extremidades inferiores, con afectación bulbar en el resto.
d) La mayoría de los casos (más del 70%) comienzan con síntomas bulbares, siendo la afectación de extremidades secundaria.

293. Cuál de estos instrumentos NO se utiliza para la evaluación de la destreza y coordinación:

a) Nine Hole Peg Test.
b) Minnesota Dexterity Test.
c) Purdue Pegboard Test.
d) Todos los anteriores se utilizan para la evaluación de destreza y coordinación.

294. Con la finalidad de ayudar a reducir la extensibilidad de los músculos flexores extrínsecos de los dedos y el pulgar y, fomentar el agarre de tenodesis en personas con lesión medular, ¿Cuál de los siguientes productos se utiliza?

a) La férula de Heilderberg.
b) La férula de Bunnell.
c) Los rodillos y los vendajes funcionales.
d) Las respuestas a y c son correctas.

295. En qué fase de rehabilitación de la lesión medular se realizan las siguientes actividades: manejo de silla de ruedas; potenciación de la musculatura supralesional e infralesional en lesiones incompletas; y entrenamiento en actividades de la vida diaria:

a) Fase de sedestación.
b) Fase de rehabilitación activa.
c) Fase aguda.
d) Ninguna es correcta.

296. ¿Cuál es el objetivo prioritario de la rehabilitación en la fase aguda de una persona con lesión medular?

a) Prevenir complicaciones respiratorias y sistémicas.
b) Lograr la marcha.
c) Iniciar el entrenamiento en silla de ruedas.
d) Mejorar la fuerza muscular distal.

297. ¿Por qué la sedestación en plano inclinado debe iniciarse de forma gradual, en lesiones a nivel T6 y superiores?

a) Para evitar dolor lumbar.
b) Para mejorar el equilibrio estático.
c) Para prevenir reacciones neurovegetativas.
d) Para fortalecer la musculatura del tronco.

298. La correcta sedestación en silla de ruedas en personas con lesión medular influye en todo lo siguiente EXCEPTO en:

a) La integridad de la piel.
b) El tratamiento de contracturas.
c) La capacidad funcional.
d) La recuperación neurológica completa.

299. En una persona con lesión medular a nivel C1–C3, ¿Cuál es la característica funcional más relevante?

a) Capacidad para manejar silla eléctrica.
b) Respiración independiente.
c) Dependencia total con ventilación asistida.
d) Uso funcional de miembros superiores.

300. Para lograr una pinza lateral con la férula de Heidelberg, ¿Cómo debe colocarse el pulgar?

a) Contactando con la punta del índice.
b) Contactando con el lateral del índice.
c) Totalmente extendido sin contacto.
d) Flexionado sobre la palma.

301. Una persona con lesión medular a nivel C4 puede:

a) Respirar de manera independiente.
b) Manejar una silla de ruedas manual.
c) Respirar únicamente con ventilación asistida.
d) Realizar actividades básicas de autocuidado sin ayuda.

302. En la terapia postural de los hombros, ¿cuál es la intervención inicial?

a) Colocación inmediata de férulas.
b) Educación y correcta colocación durante actividades.
c) Movilización activa resistida.
d) Extensión máxima del hombro.

303. ¿Cuál de las siguientes combinaciones musculares corresponde correctamente a la función motora conservada en el nivel C5?

a) Bíceps, tríceps, deltoides y extensores de muñeca.
b) Deltoides, supraespinoso, tríceps y músculos intrínsecos de la mano.
c) Bíceps, braquiorradial, flexores de muñeca y serrato anterior.
d) Bíceps, deltoides, romboides y participación parcial del braquial.



304. ¿Cuál es la principal precaución terapéutica durante el período agudo en personas con lesión a nivel C5?

a) Prevenir la contractura en flexión y supinación del codo.
b) Evitar la hiperextensión del codo por debilidad del tríceps.
c) Mantener la muñeca en extensión funcional para tareas finas.
d) Limitar el uso del hombro para evitar subluxaciones.

305. En lesiones C6–C7, el agarre de tenodesis depende de la interacción de varios músculos. ¿Qué combinación es la responsable del movimiento funcional?

a) Extensores de muñeca y flexores extrínsecos de los dedos.
b) Tríceps y bíceps.
c) Deltoides y supraespinoso.
d) Flexores de dedos intrínsecos y pronador redondo.

306. En la fase aguda de lesión medular cervical, la selección de posiciones posturales depende de múltiples factores. ¿Cuál combinación refleja los criterios de riesgo de acortamiento muscular según L. Dominguez Martín y V. Lozano Berrio (2016)?

a) Dolor, fuerza residual de tríceps, estado nutricional.
b) Posición mantenida, patrón de inervación, edema.
c) Edad, nivel de lesión, tipo de silla de ruedas.
d) Movilidad activa de hombro, temperatura adecuada, edema.

307. ¿Cuál es el principio que justifica el uso de férulas progresivas en personas con lesión medular cuando tienen rigidez articular en los codos?

a) Evitar sobrecarga del hombro.
b) Incrementar extensión paulatinamente para elongar tejidos sin dolor.
c) Favorecer pronación máxima.
d) Mejorar la fuerza de bíceps.

308. Según L. Dominguez Martín y V. Lozano Berrio (2016) dentro de la valoración neurológica de la persona con lesión medular, para realizar la valoración sensitiva es necesario:

a) Explorar 28 dermatomas en cada hemicuerpo.
b) Explorar cinco músculos del miembro superior y cinco músculos de los miembros inferiores.
c) Evaluar en cada dermatoma la sensibilidad superficial y profunda, en una escala de 0 a 2.
d) Las respuestas a) y c) son correctas.

309. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe con mayor precisión la funcionalidad en actividades de la vida diaria de una persona con nivel C5?

a) Puede realizar la mayoría de las actividades de autocuidado sin ayuda.

b) Presenta control fino de la mano suficiente para tareas complejas.
c) Puede llevarse las manos a la boca y manejar una silla de ruedas manual.
d) Es independiente para la movilidad y dependiente solo para la higiene.

310. Una férula de Heidelberg mantiene las interfalángicas proximales en 90° de flexión y las distales en extensión. ¿Cuál es la razón funcional de esta configuración?

a) Permitir el contacto digitopalmar completo para el agarre de objetos.
b) Evitar completamente la activación de los flexores extrínsecos.
c) Favorecer la extensión activa de la muñeca sin tensión.
d) Limitar la movilidad del pulgar exclusivamente.

311. En el tratamiento de terapia ocupacional en estados vegetativos y de mínima conciencia por un daño cerebral adquirido, a qué nivel de respuesta táctil se refiere la siguiente afirmación: "gira la cabeza u ojos en dirección al estímulo, dirige la mano o brazo hacia el estímulo, expresión facial comunicativa":

a) Nivel de no respuesta.
b) Nivel de respuesta refleja.
c) Nivel de respuesta de retirada.
d) Ninguna es cierta.

312. En la intervención dirigida al arousal en estados vegetativos y de mínima conciencia por un daño cerebral adquirido, que pauta es la correcta:

a) Se procederá a relajar a la persona para disminuir el tiempo en el que está con los ojos abiertos.
b) Se deben de identificar los periodos en los que el nivel de despertar es mayor para programar las sesiones.
c) Se deben de identificar los periodos en los que el nivel de despertar es menor para programar las sesiones.
d) Las respuestas a) y c) son las correctas.

313. Según Munday (2005), ¿qué característica del modelo de Reed y Sanderson lo hace especialmente útil para pacientes en estado vegetativo (EV) y estado de mínima conciencia (EMC)?

a) Que permite diseñar exclusivamente protocolos de estimulación sensorial multisensorial adaptados al nivel de arousal de la persona paciente.
b) Que tiene la capacidad de agrupar las habilidades motoras, sensoriales y cognitivas del paciente, ofreciendo una visión global diferente a la del resto del equipo.
c) Que incorpora únicamente información sobre el entorno cultural de la persona paciente para establecer objetivos de productividad.
d) Que se basa en la evaluación estandarizada de respuestas conductuales mediante escalas validadas de función cognitiva.

314. Según A. de Pobes Cost y M.P. Bové i Porta (2010), dentro del objetivo sensorial del/de la terapeuta ocupacional en pacientes en estado vegetativo (EV) y estado de mínima conciencia (EMC), ¿cuál es la acción concreta que se plantea?

a) Desarrollar conductas propositivas que puedan ser usadas funcionalmente a través de estímulos sensoriales controlados.
b) Facilitar la participación en actividades de la vida diaria sencillas utilizando estímulos sensoriales como mediadores.
c) Establecer la contingencia de respuestas sensoriales y emocionales al contexto mediante registros observacionales.
d) Establecer el nivel de respuestas sensoriales mediante una evaluación sistemática y estructurada.

315. ¿Qué dos acciones define A. de Pobes Cost y M.P. Bové i Porta (2010) dentro del objetivo cognitivo del/de la terapeuta ocupacional en pacientes en estado vegetativo (EV) y estado de mínima conciencia (EMC)?

a) Establecer el significado de las respuestas conductuales y el nivel de función cognitiva, y desarrollar conductas propositivas que puedan ser usadas funcionalmente.
b) Establecer la contingencia de respuestas conductuales y emocionales al contexto, y educar a la familia sobre cómo interaccionar con la persona paciente.
c) Valorar el uso de nuevas tecnologías para la comunicación, y planificar un programa de ocio.
d) Establecer programas de manejo de la discapacidad y valorar la accesibilidad y los productos de apoyo.

316. En la preevaluación de la persona paciente en estado vegetativo (EV) o estado de mínima conciencia (EMC), la entrevista con la familia es especialmente importante porque:

a) Permite confirmar el diagnóstico neurológico mediante pruebas clínicas.
b) Sustituye completamente la observación directa de la persona paciente por parte del/de la terapeuta.
c) La información no puede obtenerse directamente de la persona paciente, por lo que se recurre a la familia.
d) Permite iniciar de inmediato la estimulación sensorial sin observación previa.

317. En relación con la atención selectiva, en el tratamiento de regulación sensorial en personas en estado vegetativo (EV) o estado de mínima conciencia (EMC) ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) Permite procesar todos los estímulos sensoriales simultáneamente.
b) Selecciona estímulos irrelevantes para su análisis prioritario.
c) Excluye estímulos irrelevantes para centrarse en los significativos.
d) Funciona eficientemente incluso en daño cerebral severo.

318. Para optimizar la capacidad en pacientes en estado vegetativo (EV) o estado de mínima conciencia (EMC) de discriminar estímulos relevantes durante la estimulación sensorial, es necesario:

a) Incrementar la intensidad y variedad de estímulos durante las sesiones para favorecer el arousal.
b) Limitar el control ambiental exclusivamente a los momentos de intervención directa del/de la terapeuta.
c) Garantizar un control global y continuo de los estímulos ambientales, tanto dentro como fuera de las sesiones terapéuticas.
d) Priorizar la exposición repetida a estímulos significativos para evitar la habituación.

319. En relación con la regulación sensorial previa a la estimulación en pacientes en EV o EMC, y según los planteamientos de Wood (1991), señale la opción correcta:

a) La introducción de estimulación sensorial adicional en un entorno ya cargado de estímulos puede interferir con la atención selectiva y favorecer una profundización del estado de inconsciencia.
b) La estimulación sensorial debe incrementarse progresivamente incluso en entornos no regulados para activar el sistema nervioso central.
c) La ausencia de regulación sensorial previa no influye en la eficacia de la estimulación, ya que la atención selectiva permanece intacta.
d) La estimulación ambiental continua es el requisito fundamental para garantizar la emergencia del estado de mínima conciencia.

320. ¿Cuál de las siguientes medidas es coherente con una adecuada regulación sensorial?

a) Estructurar la interacción con la persona paciente mediante comunicación simple, control del entorno y alternancia entre estimulación y descanso.
b) Incrementar progresivamente la duración de las sesiones de estimulación para evitar períodos de inactividad.
c) Mantener una estimulación ambiental constante de baja intensidad para sostener el nivel de alerta basal de la persona paciente.
d) Favorecer la exposición simultánea a múltiples estímulos significativos para potenciar la activación cognitiva.

321. La estimulación sensorial estructurada en personas en estado vegetativo (EV) o estado de mínima conciencia (EMC), se caracteriza por:

a) La estimulación graduada de los sentidos en función de la respuesta de la persona paciente.
b) La aplicación continua e indiscriminada de estímulos en todos los sentidos.
c) La estimulación exclusiva de un solo canal sensorial en todas las sesiones.
d) La búsqueda de respuestas automáticas sin necesidad de ajuste.

322. El objetivo principal de la estimulación sensorial estructurada en personas en estado vegetativo (EV) o estado de mínima conciencia (EMC) es:



a) Incrementar el nivel de excitación de la persona paciente.
b) Aumentar el tiempo de vigilia de la persona paciente.
c) Mantener el tono cortical mediante la alerta.
d) Generar respuestas reflejas automáticas.

323. En relación con el arousal, la estimulación sensorial pretende:

a) Mantener a la persona paciente continuamente despierto.
b) Incrementar la excitación fisiológica del sistema nervioso.
c) Sustituir los mecanismos naturales de alerta.
d) Favorecer mayor conciencia durante los períodos de vigilia.

324. ¿Cuál de los siguientes niveles de respuesta marca el paso del estado vegetativo (EV) al estado de mínima conciencia (EMC)?

a) Respuesta refleja.
b) Respuesta de retirada.
c) Respuesta localizada.
d) Respuesta de discriminación.

325. En relación con la jerarquización de respuestas a la estimulación en personas en estado vegetativo (EV) o estado de mínima conciencia (EMC), el nivel más alto es:

a) Respuesta de discriminación.
b) Respuesta localizada.
c) Respuesta refleja.
d) Respuesta de retirada.

326. En pacientes con niveles 1 o 2 de respuesta motora a la estimulación, la intervención debe centrarse en:

a) Estimulación auditiva exclusivamente.
b) Desarrollo de comunicación alternativa.
c) Entrenamiento funcional con objetos.
d) Estimulación táctil y visual preferentemente.

327. Cuando aparece movilidad propositiva (nivel 4 de respuesta motora a la estimulación), la intervención en personas en estado vegetativo (EV) o estado de mínima conciencia (EMC) debe incluir:

a) Reducción de estímulos para evitar fatiga
b) Exclusivamente estimulación pasiva.
c) Feedback verbal y uso de objetos con efecto causa-efecto.
d) Suspensión de la estimulación sensorial.

328. Señale la respuesta FALSA en relación a los cambios del sistema nervioso en el envejecimiento:

a) Se dan cambios cerebrales como: la pérdida de neuronas corticales, de espinas dendríticas, de sinapsis, etc.
b) Se disminuye el flujo sanguíneo cerebral en un promedio del 20%.
c) Se observa un enlentecimiento del procesamiento intelectual y una reducción de la habilidad para el proceso y la manipulación de nueva información.
d) La función se deteriora aunque los procesos de neuroplasticidad sean eficientes.

329. Las personas mayores que sufren lesiones en la parte periférica de la retina van a tener dificultad en:

a) En el reconocimiento de las caras.
b) En la localización de semáforos.
c) En el cálculo de las distancias.
d) Las respuestas b) y c) son correctas.

330. ¿Qué tipo de andador es más útil cuando NO existe debilidad en los miembros superiores o esta es simétrica, y que la marcha sea muy lenta y coordinada?

a) Andadores con ruedas para caminar apoyado.
b) Andadores con tres o cuatro ruedas.
c) Andador con dos ruedas y dos pies de apoyo.
d) Andador con cuatro pies de apoyo.

331. ¿A qué nivel cognitivo de Allen se refiere esta afirmación: "las personas mayores en este nivel pueden considerar el pasado, el presente y el futuro cuando toman decisiones y hacen juicios " ?

a) Nivel 6. Acciones planeadas.
b) Nivel 5. Acciones exploratorias.
c) Nivel 3. Acciones manuales.
d) Nivel 4. Acciones dirigidas a un objetivo.

332. En relación con la valoración geriátrica, ¿cuál de las siguientes afirmaciones refleja con mayor precisión su especificidad frente a los modelos convencionales de evaluación clínica?

a) Su rasgo diferencial principal es que integra variables clínicas, funcionales, psíquicas, sociales y ambientales en un proceso diagnóstico coordinado y orientado a un plan longitudinal.



b) Se diferencia de los modelos clásicos porque sustituye la valoración médica por una valoración exclusivamente funcional.
c) Se caracteriza por priorizar los déficits físicos sobre el resto de dimensiones, al ser éstas las que determinan la discapacidad en la vejez.
d) Se limita a complementar la historia clínica tradicional mediante la inclusión de pruebas de autonomía básica.

333. En cuanto al declinar de la capacidad funcional asociado al envejecimiento, B. Polonio López (2010) distingue entre aspectos intrínsecos y extrínsecos. ¿Cuál de las siguientes opciones recoge correctamente ambas dimensiones según el texto?

a) Intrínsecos: función social y económica. Extrínsecos: función cardíaca y respiratoria.
b) Intrínsecos: relaciones personales y comunicación. Extrínsecos: atención, memoria y lenguaje.
c) Intrínsecos: función cardíaca, muscular, respiratoria y cognitiva. Extrínsecos: función económica, social y relacional.
d) Intrínsecos: movilidad articular y participación comunitaria. Extrínsecos: fuerza muscular y coordinación.

334. Que "visión diferencial" aporta la terapia ocupacional como disciplina en la valoración geriátrica, según B. Polonio López (2010)

a) La coordinación del equipo interdisciplinar y la gestión de los recursos sociosanitarios disponibles.
b) El enfoque funcional de la salud de la persona anciana, detectando, cuantificando y ponderando déficits, habilidades, potenciales y compensaciones.
c) El diagnóstico clínico de las enfermedades crónicas más prevalentes en la población anciana.
d) La aplicación de escalas estandarizadas de valoración cognitiva y su interpretación diagnóstica.

335. En la evaluación de la persona mayor, en el enfoque *bottom-up,* el supuesto teórico fundamental es que:

a) La participación determina las habilidades subyacentes.
b) El entorno condiciona exclusivamente el desempeño.
c) Las rutinas previas determinan el pronóstico funcional.
d) Los déficits en habilidades generan dificultades en múltiples ocupaciones.

336. ¿Cuál de las siguientes preguntas forma parte del modelo de razonamiento simultáneo múltiple descrito por B. Polonio López (2010)?

a) ¿Cuál es el coste económico del tratamiento ?.
b) ¿Qué profesional lidera el equipo interdisciplinar ?.
c) ¿La información obtenida es completa, adecuada y pertinente ?.

d) ¿Qué fármaco es el más indicado para el diagnóstico ?.

337. Según B. Polonio López (2010), el enfoque *top-down* se utiliza predominantemente en determinados contextos asistenciales y con determinados perfiles de la persona usuaria. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones lo describe correctamente?

a) Se aplica en recursos asistenciales donde las personas usuarias presentan trastornos crónicos con déficits generalmente no susceptibles de recuperación, pero sí de mejoría funcional, con el objetivo de mejorar la calidad de vida y la participación en roles significativos.
b) Se utiliza en fases agudas o subagudas de la enfermedad, orientándose a maximizar la recuperación y facilitar el alta hospitalaria.
c) Se orienta exclusivamente a la prevención de complicaciones secundarias en personas usuarias con alta posibilidad de recuperación funcional completa.
d) Se aplica únicamente en unidades geriátricas de agudos hospitalarias, donde el objetivo principal es el diagnóstico diferencial de los déficits funcionales.

338. Según B. Polonio López (2010), la sistemática de la valoración de la persona mayor debe cumplir determinados requisitos de calidad metodológica, señale la respuesta correcta:

a) La sistemática debe adaptarse completamente a cada caso de forma individualizada, evitando cualquier tipo de estandarización para preservar la singularidad del anciano.
b) Debe apoyarse exclusivamente en instrumentos cualitativos que recojan la experiencia subjetiva del anciano sobre su propio desempeño funcional.
c) Debe ser lo más estandarizada posible y apoyarse en instrumentos que recojan observaciones objetivas, haciendo más o menos énfasis en unas áreas u otras según los factores intrínsecos y extrínsecos del caso.
d) Debe priorizar los instrumentos no estandarizados, dado que la alta variabilidad del paciente anciano hace inviable la aplicación de protocolos uniformes.

339. Un/Una terapeuta ocupacional aplica una evaluación para determinar si el desempeño funcional de una persona mayor ha mejorado tras tres meses de intervención, ¿qué tipo de evaluación está utilizando?

a) Evaluación valorativa, ya que detecta cambios clínicos en el desempeño funcional a través del tiempo y permite determinar la efectividad de la intervención.
b) Evaluación descriptiva, ya que proporciona información sobre el estatus funcional e identifica habilidades y limitaciones.
c) Evaluación predictiva, ya que permite pronosticar el estatus funcional de la persona paciente en una situación diferente a la evaluada.
d) Ninguna respuesta es correcta.

340. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones refleja mejor una limitación clave de las evaluaciones discriminativas en población mayor?

a) No permiten analizar habilidades específicas de la persona.
b) No son útiles para la planificación terapéutica.
c) No detectan cambios a lo largo del tiempo.
d) Su validez depende de la adecuación del grupo normativo de referencia.

341. En la evaluación de la esfera psíquica de una persona mayor, ¿cuál es la ventaja de la observación no estructurada?

a) Permite detectar alteraciones en contextos reales de interacción.
b) Sustituye completamente a los tests estandarizados.
c) Es más objetiva que los cuestionarios.
d) No requiere formación profesional.

342. En el test "Get Up and Go", ¿a partir de qué puntuación se considera que existe riesgo de caídas?

a) 1.
b) 2.
c) 3.
d) 5.

343. Dos personas mayores con artritis reumatoide presentan igual grado de afectación clínica, pero distinto nivel de autonomía. ¿Qué explica mejor esta diferencia?

a) Error en la evaluación médica.
b) Influencia de factores individuales y contextuales en la función.
c) Diferencias en el diagnóstico.
d) Limitación de las Actividades Básicas de la Vida Diaria.

344. Respecto a la valoración del equilibrio y de la marcha de Tinetti, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) Es un test compuesto de dos partes, con una puntuación máxima de 28 puntos (16 para el equilibrio y 12 para la marcha), donde a menor puntuación mayor alteración y mayor riesgo de caídas.
b) Es un test simple de una sola parte que valora globalmente el equilibrio y la marcha con una puntuación máxima de 20 puntos, siendo a mayor puntuación mayor riesgo de caídas.
c) Es un test compuesto de dos partes, con una puntuación máxima de 28 puntos (12 para el equilibrio y 16 para la marcha), donde a mayor puntuación mayor riesgo de caídas.
d) Valora exclusivamente los componentes del equilibrio estático y dinámico, sin incluir parámetros específicos de la marcha, con una puntuación máxima de 16 puntos.

345. Según B. Polonio López (2010), el entorno de la persona mayor está compuesto por dos grupos básicos de elementos que deben evaluarse por separado. ¿Cuál es la distinción que establece entre ambos grupos?

a) El entorno proximal, referido al domicilio y sus condiciones físicas, y el entorno distal, referido a los recursos comunitarios y servicios sociosanitarios disponibles.
b) El entorno físico, referido a la disposición de objetos y construcciones, y el entorno social, del que forman parte las personas significativas para el/la anciano/a, los grupos y las organizaciones.
c) El entorno objetivo, medible mediante instrumentos estandarizados, y el entorno subjetivo, valorado a través de la percepción de la propia persona anciana sobre su entorno habitual.
d) El entorno modificable, sobre el que puede intervenir el/la terapeuta ocupacional, y el entorno no modificable, que queda fuera del alcance de la intervención ocupacional.

346. Cuál de estos instrumentos estandarizados de evaluación del juego divide el desarrollo lúdico y sus características en 4 dimensiones compuestas por: el manejo del espacio, manejo del material, la imitación, la participación:

a) La Escala de Juego de Susan Knox.
b) La Historia del Juego de Nancy Takata.
c) El Test de "Evaluación de la Juguetoneria" de Anita Bundy.
d) El Listado del Juego Simbólico.

347. Entre los criterios de selección de Carmen Barragán Larrieta (2008) para determinar las prioridades de atención en la intervención del/de la terapeuta ocupacional en el ámbito escolar cuando las necesidades detectadas exceden de las posibilidades de intervención, se proponen:

a) El grado o nivel de afectación.
b) La edad cronológica.
c) La ubicación geográfica.
d) Los tres criterios son ciertos.

348. Nancy Takata (1974) se basa en la clasificación del Piaget para estructurar su escala de evaluación del juego, en ella la Etapa Lúdica Simbólica y Constructiva compleja corresponde a:

a) Inicio de la ficción.
b) Se da entre las edades de 2 y 4 años.
c) Presencia de juegos de reglas y manejo de las mismas.
d) Todas son falsas.

349. ¿Cuál de estos instrumentos estandarizados de evaluación del juego utiliza elementos como la motivación intrínseca, el control interno y la libertad para aislarse de la realidad?

a) La escala de Juego de Susan Knox.
b) Test de "Evaluación de la Juguetoneria" de Anita Bundy.
c) Historia del Juego de Nancy Takata.
d) Ninguna de ellas.



350. Según J. Piaget, los estadios del desarrollo intelectual son:

a) Periodo basal, periodo preoperacional, periodo sensoriomotor, periodo operacional.
b) Periodo sensoriomotor, periodo preoperatorio, periodo de operaciones concretas y periodo de operaciones formales.
c) Periodo sensoriomotor, periodo de adaptación, periodo preoperacional formal y periodo operacional.
d) Ninguna de las respuestas es correcta.

351. En la teoría cognitiva de J. Piaget el periodo de las operaciones concretas se desarrolla entre los:

a) 7 y 11 años.
b) 4 y 6 años.
c) 2 y 7 años.
d) 18 a 24 meses.

352. En relación al continuum de la formación del comportamiento ocupacional, señala la respuesta FALSA:

a) Todo comportamiento se inicia en una etapa exploratoria.
b) La formación del comportamiento ocupacional se produce a través de un continuum de desarrollo a través de tres etapas: exploración, competencia y logro.
c) Gary Kielhofner lo define por primera vez para Terapia Ocupacional en 1980.
d) La etapa de logro se caracteriza por una motivación de excelencia y expectativas de logro/fracaso.

353. Para Nancy Takata (1974) la etapa lúdica sensoriomotora surge entre:

a) 7-10 años.
b) 4-7 años.
c) 2-4 años.
d) 0-2 años.

354. Según Bowlby (1969), el proceso de apego se estructura en varias fases. Señale la opción CORRECTA:

a) Fase del apego, fase del desapego, fase de ansiedad por separación y fase de relaciones recíprocas.
b) Fase del preapego, fase de formación del apego, fase del apego y fase de formación de relaciones recíprocas.
c) Fase del preapego, fase de dependencia, fase del apego y fase de independencia.
d) Fase del apego, fase de formación del apego, fase de relaciones sociales y fase de autonomía.



355. En relación con la alimentación en un/una niño/a de 5 años, ¿qué conducta indica un desarrollo acorde a su edad según M.A. Domingo Sanz (2015)?

a) Necesita supervisión constante para evitar derrames.
b) Come solo/a pero requiere ayuda para untar alimentos.
c) Utiliza el tenedor y bebe agua sin derramar, con supervisión mínima.
d) Presenta dificultad para comer alimentos sólidos.

356. Según M.A. Domingo Sanz (2015) en el desarrollo del área social/comunicación del/de la niño/a, ¿qué se considera normal entre 0 y 3 meses?

a) Llanto persistente.
b) Ausencia de sonrisa social.
c) No respuesta a la madre.
d) Primera mirada y primera sonrisa.

357. Un/Una lactante de 2 meses no fija la mirada ni responde a estímulos sonoros. Esto corresponde a un signo de alarma en el área:

a) Cognitiva.
b) Motora gruesa.
c) Motora fina.
d) Social/comunicación.

358. ¿Cuál es el nivel de desempeño esperado en el área de vestido en un/una niño/a de 5 años?

a) Se desviste siempre solo/a, se viste habitualmente con ayuda y se encuentra en proceso de aprendizaje del abrochado de botones y cordones.
b) Se viste y desviste completamente solo/a, incluyendo el dominio consolidado de botones y cordones.
c) Es totalmente independiente para el área del vestido.
d) Requiere ayuda de la persona adulta tanto para desvestirse como para abrochar botones y cordones.

359. ¿Cuál de las siguientes combinaciones indica un signo de alarma en la motricidad fina entre 0 y 3 meses?

a) Manos cerradas de forma persistente e hipertonía excesiva.
b) Manos abiertas y reflejo de prensión integrado.
c) Brazos en línea media y manos relajadas.
d) Seguimiento visual y reacción al sonido.



360. ¿Cuál de los siguientes descarta un signo de alarma en la motricidad gruesa entre los 3 y 6 meses?

a) Falta de control cefálico.
b) Hipotonía de extremidades.
c) Inicio de la sedestación con apoyo.
d) Ausencia de volteos.

361. Un/Una lactante de 6 meses no se ríe, no balbucea y presenta respuestas monótonas ante estímulos sociales. ¿Cuál es la interpretación más adecuada?

a) Signo de alarma social/comunicación.
b) Signo de alarma cognitivo.
c) Retraso motor fino.
d) Es una variación normal del desarrollo.

362. Para M.A. Domingo Sanz (2015), ¿cuándo se inicia el desarrollo psicosocial del/de la niño/a?

a) Al inicio de la escolarización.
b) Durante el primer año de vida.
c) En el vientre materno.
d) En la adolescencia.

363. En la teoría psicosocial de Erikson del desarrollo infantil (1968), la resolución de las crisis de cada etapa depende fundamentalmente de:

a) La interacción entre las características individuales de la persona y el ambiente social en el que vive.
b) La maduración biológica propia de la edad.
c) El desarrollo cognitivo alcanzado en la etapa anterior.
d) La influencia exclusiva de los factores culturales.

364. Señale la respuesta correcta en relación a los requisitos necesarios para incluir férulas que ayuden a la manipulación funcional en la infancia:

a) Valoración justificada para su uso.
b) Confección correcta con el material adecuado y respetando siempre la biomecánica corporal.
c) Vigilancia continua por parte del/de la terapeuta ocupacional de las posibles contraindicaciones por efectos secundarios a su utilización.
d) Todas las respuestas son correctas.

365. Señala la respuesta correcta en relación al déficit vestibular en un/una niño/a prematuro/a:

a) Propicia una distorsión o carencia en la relación de su cuerpo con el espacio.

b) Los balanceos suaves en planos anteroposterior y en lateral, así como los circulares, ayudan a paliar el déficit vestibular.
c) Dificulta el conocimiento de sus propios límites.
d) Las respuestas a) y b) son correctas.

366. Señala la respuesta CORRECTA en relación a Jean Ayres:

a) Jean Ayres publicó sus primeros estudios sobre trastornos perceptivos y sensoriales en niños/as con déficit de aprendizaje en la década de los 60.
b) Jean Ayres definió el concepto de praxis en 1979.
c) Jean Ayres describió en sus investigaciones la asociación de problemas de percepción táctil, de planificación motriz y del esquema corporal en relación con las habilidades de praxis.
d) Todas son correctas.

367. ¿Cuál es la función principal del Mecanismo de Control Postural Normal (MCPN)?

a) Generar movimiento voluntario aislado.
b) Regular la fuerza muscular máxima.
c) Integrar exclusivamente la información sensorial.
d) Adaptar y armonizar el tono postural para permitir la coordinación del movimiento.

368. ¿En qué nivel de lesión medular los/as niños/as tienen actividad en los flexores de los dedos y del pulgar; y pueden coger y soltar objetos?

a) C5.
b) C6.
c) C7.
d) C8.

369. El movimiento normal, según Paeth (1999), se caracteriza por ser una respuesta del Mecanismo de Control Postural Normal (MCPN) que:

a) Se produce únicamente ante estímulos extrínsecos y siempre de forma automática.
b) Tiene como finalidad alcanzar un objetivo y debe ser económica, adaptada y coordinada en espacio y tiempo.
c) Depende exclusivamente de la voluntad consciente y del control cortical.
d) Carece de relación directa con la postura si existe fuerza muscular suficiente.

370. Según C. Cuesta García (2008) los mecanismos posturales y los movimientos voluntarios:

a) Son procesos paralelos que pueden desarrollarse de forma independiente.
b) Se relacionan únicamente durante el aprendizaje motor inicial.
c) Son inseparables, de manera que la alteración de los primeros implica la alteración de los segundos.
d) Dependen exclusivamente del control medular.

371. ¿Por qué un/una niño/a con déficit en el control postural del tronco tiene dificultades para el movimiento de los miembros superiores?

a) Por falta de fuerza en brazos.
b) Porque utiliza los miembros superiores para mantener el equilibrio.
c) Por alteración sensorial primaria.
d) Por inmadurez cognitiva.

372. ¿Qué permite el efecto tenodesis en un/una niño/a con lesión medular a nivel C6?

a) La extensión activa de los dedos.
b) Un agarre grosero gracias a la extensión de muñeca.
c) La pinza fina.
d) La independencia total en actividades de la vida diaria.

373. En niños/as con lesiones incompletas ASIA C o D, los objetivos de rehabilitación deben:

a) Ser iguales a los de una lesión completa.
b) Centrarse únicamente en la fuerza muscular.
c) Ajustarse según el estado neurológico y circunstancias individuales.
d) Buscar siempre la independencia total.

374. En el ciclo sensitivo-motor-sensitivo, el movimiento adquiere un papel fundamental porque:

a) Es únicamente una respuesta final del sistema nervioso central.
b) Se produce sin retroalimentación sensorial.
c) Depende solo del sistema propioceptivo.
d) Actúa como acción y estímulo, modificando el entorno y generando nueva información sensorial.

375. En un/una niño/a con lesión C6 sin extensores activos de muñeca, ¿cuál sería el principal objetivo de una férula estabilizadora?

a) Incrementar fuerza de agarre fina mediante contracción activa.
b) Minimizar deformidades, dolor y posturas antiestéticas mientras se mejora funcionalidad.
c) Favorecer pinza bidigital completa.
d) Mantener extensión completa de codo y hombro.

376. En relación con la "terapéutica de hacer sentir el movimiento", descrita por C. Cuesta García (2008) el objetivo principal de la intervención terapéutica es:

a) Dirigir de forma continua y externa la postura y el movimiento del/de la niño/a para asegurar la correcta ejecución de la actividad propuesta.
b) Facilitar experiencias sensoriomotoras controladas en las que el/la terapeuta mantenga las ayudas manuales durante toda la ejecución del movimiento.

c) Crear las condiciones necesarias para que el/la niño/a sea capaz de asumir su propia postura y su movimiento, permitiendo que sea su SNC, a través de los mecanismos de feedback y feedforward y de su propia iniciativa, el que modele progresivamente los gestos de la actividad.
d) Priorizar la repetición de patrones motores correctos mediante guía pasiva con el fin de automatizar el movimiento.

377. Cuando el/la terapeuta aplica integración sensorial o estimulación sensorial controlada en niños/as con trastornos del movimiento de origen neurológico, es especialmente recomendable que:

a) Priorice la estimulación vestibular intensa como eje central del tratamiento.
b) Limite la intervención sensorial para evitar interferencias con el movimiento.
c) Conozca el Concepto Bobath y esté alerta ante posibles reacciones adversas.
d) Aplique protocolos estandarizados independientemente del cuadro neurológico.

378. La actividad sensoriomotora, contribuye de manera fundamental a la estructuración corporal porque:

a) Proporciona vivencias y sensaciones placenteras a partir de las cuales la persona conforma el mundo que le rodea.
b) Mejora exclusivamente el control postural.
c) Permite la adquisición precoz de patrones motores normativos.
d) Reduce la necesidad de interacción con el entorno.

379. Según el principio de reclutamiento de Henneman descrito por C. Cuesta García (2008), durante la ejecución del movimiento:

a) Se activan primero las motoneuronas laterales que activan la musculatura fásica.
b) Se activan simultáneamente musculatura tónica y fásica.
c) Se activan primero las motoneuronas situadas medialmente que inervan musculatura tónica, proporcionando estabilidad.
d) Se prioriza la musculatura distal frente a la proximal.

380. El desarrollo motor normal requiere un Mecanismo de Control Postural Normal (MCPN) capaz de regular todos los siguientes aspectos, EXCEPTO:

a) El tono postural normal.
b) La inervación recíproca.
c) La coordinación normal del movimiento.
d) La planificación cognitiva del movimiento voluntario.

381. ¿Cuál de las siguientes NO es una función del/de la terapeuta ocupacional en educación?

a) Realizar la gestión de las solicitudes de los recursos materiales recogidos por el profesorado del alumnado con necesidades educativas especiales.
b) Asesorar en las adaptaciones curriculares y en las adaptaciones al acceso al curriculum del alumnado con necesidades educativas especiales.
c) Trabajar en equipo y coordinarse con el equipo que atiende al alumnado con necesidades educativas especiales.
d) Colaborar con el equipo en la evaluación del alumnado con necesidades educativas especiales.

382. Según D.M. Romero Ayuso (2008), ¿cuál de los siguientes factores familiares NO se menciona como asociado a los trastornos de conducta y desafiantes?

a) Abuso de drogas o alcohol en la familia.
b) Problemas psiquiátricos en la familia.
c) Padres con alta autoestima y habilidades de crianza avanzadas.
d) Patrones de apego desorganizados.

383. ¿Qué característica se incluye explícitamente en los criterios diagnósticos del Trastorno del Espectro Autista según el DSM-5?

a) Alteraciones primarias del lenguaje expresivo.
b) Déficits motores gruesos generalizados.
c) Posible híper o hiporreactividad sensorial e intereses sensoriales inusuales.
d) Dificultades exclusivas en el ámbito escolar.

384. ¿Cuál de los siguientes estilos de apego puede evolucionar hacia un apego desorganizado?

a) Inseguro-evitativo.
b) Inseguro-ambivalente.
c) Seguro.
d) Todos los anteriores.

385. ¿Cuál de las siguientes recomendaciones propuestas por Porr (1999) es FALSA para el abordaje de la inatención, cuando el/la niño/a con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) no termina las tareas u olvida realizarlas?

a) Utilización de una agenda en el colegio para anotar los deberes y tareas.
b) Enseñarle el hábito de comprobar sus tareas.
c) Utilizar información táctil y visual, no solamente auditiva.
d) Reforzar la ejecución del/de la niño/a, haciendo hincapié en lo que realiza bien y, progresivamente aumentar la dificultad de la tarea.

386. ¿Qué característica comparten el Enfoque *Ayres Sensory Integration® (ASI®)* y el *Modelo Developmental, Individual-differences, Relationship-based (DIR®),* respecto a su forma de intervención en niños/as con Trastorno del Espectro Autista?

a) Se basan en el entrenamiento estructurado de habilidades específicas.
b) Son intervenciones conductuales centradas en la repetición.
c) Son intervenciones relacionales y evolutivas.
d) Se aplican exclusivamente en contextos clínicos.

387. ¿Qué enfoque se centra específicamente en las necesidades sensoriales de los/as niños/as con Trastorno del Espectro Autista y sus familias?

a) Modelo Developmental, Individual-differences, Relationship-based (DIR®).
b) Enfoque Ayres Sensory Integration® (ASI®).
c) Enfoque cognitivo-conductual.
d) Modelo de intervención psicoeducativa.

388. Para D.M. Romero Ayuso (2008), ¿Cuál es el objetivo principal de la terapia ocupacional en niños/as con trastornos de conducta y desafiantes?

a) Incrementar la agresividad para defenderse de sus pares.
b) Prevenir conductas antisociales y fomentar habilidades sociales.
c) Fomentar el aislamiento para reducir la ansiedad.
d) Mejorar únicamente el rendimiento escolar.

389. ¿Qué ventaja ofrece la intervención grupal en terapia ocupacional para prevenir las conductas antisociales en niños/as?

a) Permite la comparación social, modelado de conductas y feedback.
b) Evita completamente la aparición de conflictos entre los/as niños/as.
c) Garantiza un apego seguro con los/las educadores/as.
d) Sustituye la intervención familiar en el hogar.

390. En la evaluación de terapia ocupacional de niños/as con trastornos desafiantes y trastornos de conducta, según Crouch y Allers (2005), ¿cuál de los siguientes aspectos NO se menciona como relevante durante la observación clínica?

a) Conducta motora.
b) Apariencia física.
c) Capacidad de lectura avanzada.
d) Contenido del lenguaje.

391. ¿Qué ámbito de necesidades aborda principalmente el Modelo Developmental, Individual-differences, Relationship-based (DIR®), en niños con Trastorno del Espectro Austista, según E. Rodríguez y J. Abelenda (2025)?

a) Atención e interés en el entorno, conexión emocional, interacción y pensamiento.
b) Necesidades sensoriales y perceptivas.
c) Regulación motora y coordinación postural.
d) Autonomía en actividades de la vida diaria.

392. ¿Cuál de las siguientes estrategias es común a los abordajes Enfoque Ayres Sensory Integration® (ASI®) y Modelo Developmental, Individual-differences, Relationship-based (DIR®), según E. Rodríguez y J. Abelenda (2025)?

a) El seguimiento del liderazgo y la autodirección del/de la niño/a y el uso del juego como medio principal.
b) El uso prioritario de refuerzos externos.
c) La imposición de tareas dirigidas por el/la terapeuta ocupacional.
d) La eliminación del error durante la intervención

393. Según E. Rodríguez y J. Abelenda (2025), ¿qué diferencia principal existe entre los objetivos generales del Enfoque Ayres Sensory Integration® (ASI®) y del Modelo Developmental, Individual-differences, Relationship-based (DIR®):

a) ASI® se centra en la interacción social y DIR® en la percepción sensorial.
b) ASI® busca mejorar la reactividad, percepción y uso hábil de las sensaciones, mientras que DIR® favorece la conexión, interacción y pensamiento.
c) Ambos persiguen exactamente los mismos objetivos terapéuticos.
d) DIR® se centra en el entrenamiento de habilidades aisladas y ASI® en el juego.

394. La conducta de apego tiene como función principal:

a) Servir como entretenimiento para el/la niño/a.
b) Actuar como mecanismo de supervivencia biológico.
c) Aumentar el rendimiento escolar y social.
d) Reducir la necesidad de interacción con la persona cuidadora.

395. Según Porr (1999), al evaluar a un/una niño/a con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), ¿cuál es la combinación correcta de metodologías que un terapeuta ocupacional debería incluir?

a) Entrevista con familiares, observación en contextos estructurados y no estructurados, y evaluación formal de componentes motores.
b) Observación exclusiva en situación no estructurada y estructurada en una sala de juego.
c) Evaluación de percepción visual únicamente y observación de juego estructurado.
d) Aplicación de pruebas de coeficiente intelectual y entrevistas con los/las compañeros/as de clase exclusivamente.

396. M. Pellegrini Spangenberg (2013), distingue conceptualmente entre "proceso de evaluación" y "valoraciones". ¿Cuál es la relación correcta entre ambos términos?

a) Son términos sinónimos utilizados indistintamente en la literatura de terapia ocupacional para referirse al mismo proceso de recogida de información.
b) El proceso de evaluación es una parte o componente de las valoraciones, siendo estas últimas el marco general que engloba todos los procedimientos de recogida de datos.
c) Las valoraciones son los instrumentos, herramientas o interacciones utilizados durante el proceso de evaluación, constituyendo una parte o componente de dicho proceso.
d) Las valoraciones son el proceso completo de análisis e interpretación de datos, mientras que el proceso de evaluación se refiere exclusivamente a la administración de herramientas estandarizadas.

397. Según A. Wilcock (1998) la "deprivación ocupacional" se define como:

a) Un sentido de extrañeza y falta de satisfacción en las propias ocupaciones, causado por tareas percibidas como estresantes, no significativas o aburridas.
b) Una falta de equilibrio entre el trabajo, el descanso, el autocuidado y el juego, que impide satisfacer las necesidades de salud físicas, sociales o mentales.
c) El conflicto entre los requerimientos de los distintos roles que desempeña la persona, especialmente cuando existen responsabilidades profesionales y familiares simultáneas.
d) Las circunstancias o limitaciones que impiden a una persona acceder o disfrutar de una ocupación, pudiendo ser causadas por falta de salud, discapacidad, aislamiento, desempleo, falta de vivienda o pobreza.

398. ¿Cuál de las siguientes opciones establece correctamente la distinción entre alienación ocupacional y el desequilibrio ocupacional?

a) La alienación ocupacional es consecuencia de un exceso de actividad laboral, mientras que el desequilibrio ocupacional se produce por la ausencia total de ocupación significativa.
b) El desequilibrio ocupacional es la falta de equilibrio entre trabajo, descanso, autocuidado y juego que impide satisfacer necesidades de salud; la alienación ocupacional es un sentido de extrañeza y falta de satisfacción en las propias ocupaciones, provocado por tareas percibidas como estresantes, no significativas o aburridas.
c) Ambos conceptos son equivalentes y se refieren al mismo fenómeno de insatisfacción con la ocupación, diferenciándose únicamente en el contexto en que se producen.
d) El desequilibrio ocupacional afecta exclusivamente a la esfera laboral, mientras que la alienación ocupacional se manifiesta en las actividades de ocio y tiempo libre del individuo.

399. En salud mental, ¿cuál de las siguientes acciones NO forma parte del diagnóstico ocupacional?

a) Formular una hipótesis sobre las posibles causas de los problemas identificados.



b) Delimitar la línea de base para el tratamiento según el nivel de disfunción que presenta la persona en relación con sus roles ocupacionales.
c) Determinar la adaptación y graduación de la actividad necesarias para incrementar la autonomía de la persona en sus áreas de desempeño ocupacional.
d) Establecer el diagnóstico psiquiátrico diferencial del trastorno mental que origina la disfunción ocupacional de la persona.

400. Según M. Pellegrini Spangenberg (2013), el propósito de la evaluación en terapia ocupacional en salud mental se centra fundamentalmente en:

a) Ver qué cosas necesita hacer la persona paciente, qué es capaz de hacer o qué quiere hacer, y averiguar por qué no las puede realizar.
b) Determinar el diagnóstico psiquiátrico de la persona paciente, cuantificar sus déficits funcionales y establecer los objetivos terapéuticos a largo plazo.
c) Identificar los factores del entorno que limitan el desempeño ocupacional de la persona paciente y proponer las modificaciones ambientales necesarias.
d) Evaluar el grado de autonomía de la persona paciente en sus roles de vida y determinar el nivel de apoyo de terceros requerido para su rehabilitación.

401. En el contexto del razonamiento clínico descrito por D. Schon (1983), ¿cuál de las siguientes situaciones refleja mejor una "reflexión en acción"?

a) Aplicar un protocolo estandarizado realizando microajustes técnicos previstos previamente, sin modificar el marco interpretativo inicial del caso.
b) Ajustar una actividad terapéutica en tiempo real ante la respuesta inesperada de la persona paciente.
c) Reestructurar la interpretación clínica del caso durante una sesión de supervisión tras analizar los resultados obtenidos.
d) Implementar una intervención basada en la evidencia adaptada al perfil de la persona paciente, tras una planificación deliberada previa a la sesión.

402. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el procedimiento de administración del Protocolo de Observación del Desempeño Ocupacional (PODO) de M. Pellegrini y Zerbonia (2010) es INCORRECTA?

a) Consiste en observar a una persona realizando alguna actividad en grupo durante unos 15 minutos.
b) Durante el período de observación se sugiere no intervenir directamente con la persona.
c) Se deben incluir datos conocidos de la persona en otros contextos para enriquecer y completar la observación.
d) El terapeuta debe elegir con anticipación el momento, la actividad y el contexto en que realizará la observación.

403. El Protocolo de Observación del Desempeño Ocupacional (PODO) cuenta con cinco columnas en la zona de ítems que permiten:

a) Valorar simultáneamente a cinco pacientes diferentes durante la misma sesión de observación grupal.

b) Utilizar el mismo formulario con la misma persona en cinco fechas diferentes, facilitando la comparación del desempeño a lo largo del tiempo.
c) Registrar cinco áreas de observación distintas en una misma sesión, organizando la información por categorías de desempeño.
d) Que cinco observadores diferentes registren simultáneamente sus observaciones sobre la misma persona, aumentando la fiabilidad del instrumento.

404. La Escala de Evaluación Comprensiva en Terapia Ocupacional (Comprehensive Occupa-tional Therapy Evaluation Scale, COTE; Bray-man, Kirby, Misenheiner y Short, 1982), organiza los 25 comportamientos observables en tres áreas diferenciadas. ¿Cuál de las siguientes opciones es la correcta?

a) Comportamiento general, que evalúa el nivel general de funcionamiento; comportamiento interpersonal, que evalúa en qué medida las relaciones interpersonales afectan al desempeño en todas las actividades sociales; y comportamiento en la tarea, que evalúa cómo realiza la persona paciente la tarea.
b) Área cognitiva, que evalúa las funciones ejecutivas y la memoria; área afectiva, que evalúa el estado de ánimo y la regulación emocional; y área conductual, que evalúa el comportamiento durante la tarea.
c) Comportamiento en la tarea, que evalúa el rendimiento motor; comportamiento comunicativo, que evalúa las habilidades de interacción; y comportamiento adaptativo, que evalúa la respuesta del paciente ante situaciones nuevas.
d) Área de autocuidado, área de productividad y área de ocio, correspondiendo cada una a un dominio del desempeño ocupacional evaluado mediante observación directa.

405. La Escala de Evaluación Comprensiva en Terapia Ocupacional (Comprehensive Occupa-tional Therapy Evaluation Scale, COTE; Bray-man, Kirby, Misenheiner y Short, 1982) permite ser utilizada de dos formas distintas según las necesidades del/de la terapeuta. ¿Cuáles son ambas utilidades?

a) Puede utilizarse tanto para la evaluación inicial como para la planificación del alta, siendo en ambos casos necesario emplear actividades diferentes en cada sesión de observación.
b) Puede ser administrada tanto por terapeutas ocupacionales expertos/as como por estudiantes en prácticas, siendo en este último caso obligatorio el uso del anexo de definiciones para garantizar la objetividad del registro.
c) Puede aplicarse tanto en personas pacientes agudas como crónicas, adaptando en cada caso la actividad utilizada y el número de ítems seleccionados para la observación.
d) Puede emplearse para una observación única o para una serie de observaciones del desempeño de una tarea; además, sus 15 columnas permiten medir el desempeño de una persona paciente en 15 sesiones diferentes o valorar a hasta 15 personas pacientes distintas durante la misma sesión.

406. ¿Qué característica diferencia principalmente a la Autoevaluación Ocupacional (OSA) de otras entrevistas?

a) Evalúa únicamente el entorno físico.
b) Se basa exclusivamente en la observación del/de la terapeuta.
c) No permite establecer objetivos terapéuticos.

d) Está centrada en la percepción de la persona sobre su desempeño y entorno.

407. En relación con la Valoración de Actividades de la Vida Diaria e Instrumentales (VAVDI; Pellegrini, 2009), ¿Cuál de las siguientes opciones describe correctamente su enfoque metodológico?

a) Se basa únicamente en entrevista estructurada.
b) Integra observación del desempeño en contexto real y entrevista semiestructurada.
c) Es un instrumento exclusivamente estandarizado.
d) Evalúa actividades de la vida diaria e instrumentales, pero no considera la influencia del entorno ni el apoyo de terceros.

408. ¿Cuáles son las cuatro categorías de intervención en terapia ocupacional según Bonder (1995) y Early (1990)?

a) Tratamiento o restauración funcional, mantenimiento de la función, rehabilitación y prevención.
b) Habilitación, supervisión, evaluación y seguimiento.
c) Prevención, observación, instrucción y adaptación.
d) Restauración funcional, mantenimiento de habilidades motoras, ocio y educación.

409. ¿Cuál es la principal característica de un "objetivo comportamental" en terapia ocupacional?

a) Describe de manera observable y medible lo que el paciente hará, evitando estados internos no verificables, para que sea posible evaluar el logro del objetivo.
b) Se centra únicamente en mejorar la autoestima de la persona paciente sin necesidad de medir cambios observables.
c) Incluye todos los componentes del desempeño como memoria y concentración dentro del mismo objetivo.
d) Permite al/a la terapeuta establecer sus propias metas y estrategias como objetivos de la persona paciente.

410. Según Early (1996), ¿qué cinco características deben cumplir los objetivos de tratamiento en terapia ocupacional?

a) Específicos, temporalizados, observables, graduados y centrados en el terapeuta.
b) Relevantes, comprensibles, medibles, comportamentales y alcanzables.
c) Holísticos, motivadores, cuantificables, interdisciplinares y renovables.
d) Funcionales, contextualizados, graduados, consensuados y evaluables.

411. ¿Cuáles son los cuatro componentes del diagnóstico ocupacional según Rogers y Holm (1991)?

a) Componente comprensivo, hipótesis principal, selección de abordajes e indicios de planificación.
b) Acción, tiempo, medida y personas implicadas.

c) Componente descriptivo, componente explicativo, indicios e información diagnóstica adicional.
d) Resultado de evaluación, área ocupacional, hipótesis principal y definición del problema ocupacional.

412. Para B. Polonio (2001), la relación terapéutica es:

a) Una de las habilidades específicas de los/as terapeutas ocupacionales, junto con la gestión del caso, la valoración y evaluación y, la intervención terapéutica.
b) Incluye las destrezas de supervisión y evaluación del trabajo.
c) Es una de las habilidades generales, en concreto forma parte de la habilidad de observación.
d) Las respuestas a) y b) son correctas.

413. El rol de defensor/a de la salud comunitaria implica principalmente:

a) Diseñar programas individuales de rehabilitación.
b) Evaluar el rendimiento ocupacional de las personas usuarias.
c) Interceder y promover políticas y condiciones que favorezcan la salud.
d) Coordinar exclusivamente recursos sanitarios.

414. En el rol de gestor de casos, ¿cuál es el objetivo principal?

a) Garantizar el acceso de personas con diversidad funcional a recursos en igualdad de condiciones.
b) Diseñar programas comunitarios innovadores.
c) Ser experto que asesora, ayuda a identificar problemas y desarrolla estrategias para prevenirlos o resolverlos.
d) Formar a otros/otras profesionales.

415. Según I. Zango Martín (2017), ¿cuál es el origen que justifica la aparición de la práctica comunitaria en terapia ocupacional?

a) La necesidad de ampliar el ámbito de actuación de la terapia ocupacional hacia nuevos perfiles de personas usuarias no atendidas en el sistema hospitalario.
b) Los cambios en los servicios de salud, el aumento del coste sanitario, la limitación del tiempo y la escasez de recursos materiales y profesionales que dificultan la intervención sociosanitaria.
c) La evidencia científica que demuestra la mayor eficacia de las intervenciones comunitarias frente a las hospitalarias en todos los perfiles de personas usuarias.
d) Las recomendaciones de la OMS para trasladar la atención sanitaria del ámbito hospitalario al comunitario como estrategia de reducción del gasto público.

416. ¿Cuáles son los principales roles que el texto identifica para llevar a cabo intervenciones de terapia ocupacional comunitaria según Doll (2009) y Scaffa (2014)?

a) Defensor, consultor, gestor de casos, práctica privada o emprendedor, supervisor, coordinador de programas comunitarios, investigador y educador.
b) Evaluador, planificador, rehabilitador, educador, mediador, orientador, gestor y divulgador.
c) Promotor de salud, coordinador, terapeuta individual, terapeuta grupal, formador, investigador y asesor político.
d) Consultor, rehabilitador, educador, coordinador, evaluador, mediador comunitario y gestor de recursos.

417. ¿En qué momentos del programa comunitario se utiliza más frecuentemente el rol de consultor/a?

a) Durante la fase de evaluación final del programa, cuando es necesario valorar los resultados obtenidos y establecer planes de mejora.
b) A lo largo de todo el programa de forma continua, siendo especialmente relevante en la fase de implementación de las actividades comunitarias.
c) Al inicio del programa o cuando este se ha modificado sustancialmente, a corto o largo plazo, teniendo en cuenta las diferentes situaciones surgidas durante su desarrollo.
d) Exclusivamente cuando surgen conflictos entre las personas miembro del equipo interdisciplinar que requieren la intervención de un/una profesional experto/a externo/a.

418. ¿Qué característica diferencia la investigación participativa basada en la comunidad de otros modelos de investigación?

a) Que utiliza exclusivamente metodología cuantitativa para garantizar la validez y fiabilidad de los resultados obtenidos en el contexto comunitario.
b) Que es un modelo de investigación a corto plazo centrado en la obtención de resultados inmediatos aplicables a la práctica clínica comunitaria.
c) Que se centra exclusivamente en la divulgación de resultados entre las personas miembro de la comunidad, sin implicarles en el diseño ni en la recogida de datos.
d) Que reconoce a la comunidad como participante central en todo el proceso investigador y no como mera beneficiaria, siendo un proceso cooperativo y de co-aprendizaje que favorece el fortalecimiento de capacidades locales.

419. ¿De qué dos formas puede desempeñarse el rol de educador/a en la terapia ocupacional comunitaria?

a) De forma individual, mediante sesiones de entrenamiento ocupacional personalizado, y de forma grupal, mediante talleres estructurados dirigidos a colectivos específicos de la comunidad.
b) De forma preventiva, dirigida a población general sin patología identificada, y de forma rehabilitadora, dirigida a personas con diversidad funcional integradas en la comunidad.
c) De forma presencial, mediante actividades formativas desarrolladas en el propio entorno comunitario, y de forma virtual, mediante plataformas digitales de formación a distancia.



d) De forma formal, ofreciendo un servicio formativo reglado a un grupo de la comunidad, y de forma informal, realizando sesiones informativas no estructuradas ni programadas en función de las situaciones planteadas por los miembros de la comunidad.

420. I. Zango Martín (2017), siguiendo a Scaffa (2014) identifican cinco categorías de competencias para la intervención de terapia ocupacional comunitaria, que son:

a) Conocimiento, habilidades de desempeño, razonamiento crítico, razonamiento ético y habilidades interpersonales.
b) Conocimiento, habilidades técnicas, razonamiento clínico, razonamiento ético y habilidades de comunicación.
c) Fundamentos teóricos, práctica centrada en el cliente, razonamiento holístico, justicia ocupacional y trabajo en equipo.
d) Conocimiento, investigación, razonamiento clínico, ética profesional y habilidades de negociación.

421. ¿Cuáles son los elementos que componen el razonamiento crítico en la intervención de terapia ocupacional comunitaria?

a) Escucha activa, comunicación clara, sensibilidad cultural, negociación y solicitar la opinión de diferentes actores.
b) Razonamiento holístico, aplicar la teoría a la práctica, solucionar problemas, razonamiento clínico en función de los clientes y pensamiento creativo y abstracto.
c) Autoevaluación profesional, justicia social, justicia ocupacional y seguimiento del código ético.
d) Visionar posibilidades de intervención, investigar sobre la práctica, evaluar intervenciones y realizar asesoramiento.

422. ¿Cuál es la función específica del botón de emergencias como dispositivo de seguridad domiciliaria?

a) Detectar automáticamente caídas y alertar al servicio de teleasistencia sin necesidad de intervención de la persona.
b) Activar sistemas de recordatorio y parámetros de seguridad establecidos previamente en el domicilio.
c) Permitir a la persona avisar a los servicios de emergencias o a alguna persona conocida que tenga llaves de su casa ante cualquier acontecimiento adverso, llevándolo alrededor del cuello.
d) Detectar situaciones de riesgo como el humo o el gas y alertar automáticamente a los servicios de emergencias.

423. ¿Cuál de los siguientes dispositivos de seguridad domiciliaria incorpora parámetros establecidos y sistemas de recordatorio?

a) El botón de emergencias.
b) Los sistemas de alarma.
c) Los sensores de caídas.
d) La casa domótica.

424. ¿En qué consiste la Escala Dunning y qué aspectos evalúa?

a) Es una entrevista semiestructurada sobre el ambiente físico donde vive la persona, que indaga en pertenencias personales y la percepción de la persona usuaria sobre privacidad, seguridad, bienestar, gestión del tiempo y la esfera social y privada, identificando además las limitaciones que el ambiente produce en la administración del tiempo.
b) Es una escala estandarizada de observación directa del entorno físico que evalúa las barreras arquitectónicas y la accesibilidad del domicilio mediante visita domiciliaria.
c) Es un cuestionario autoadministrado que evalúa la satisfacción de la persona usuaria con su entorno domiciliario, centrado exclusivamente en aspectos de seguridad y accesibilidad física.
d) Es una entrevista estructurada desarrollada para evaluar el entorno social y familiar de la persona, identificando los apoyos disponibles y las barreras para la participación comunitari

425. ¿Quién desarrolló la Evaluación del Hogar de Terapia Ocupacional y en qué año?

a) Helen Dunning en 1999.
b) Dulce Romero Ayuso en 2005.
c) Dulce Romero Ayuso en 1998.
d) Helen Dunning en 2006.

426. La Evaluación del Hogar de Terapia Ocupacional está compuesta por:

a) Una primera parte de observación directa del domicilio y una segunda de entrevista estructurada con la persona paciente y su familia sobre las condiciones del hogar.
b) Una primera parte de análisis fotográfico del domicilio aportado por la persona usuaria, y una segunda de contraste con los resultados obtenidos mediante observación directa durante la visita domiciliaria.
c) Una primera parte de cuestionario estandarizado sobre accesibilidad y barreras arquitectónicas, y una segunda de entrevista semiestructurada sobre la percepción de la persona usuaria sobre su entorno.
d) Una primera parte en la que se solicita a la persona que dibuje su casa y responda preguntas, y una segunda en la que se realiza una visita domiciliaria para verificar los datos obtenidos y evaluar el entorno in situ.

427. Señale la respuesta FALSA en relación al Inventario de Tareas Rutinarias:

a) Es una herramienta basada en el Modelo de Discapacidad Cognitiva de Allen.
b) En la escala de preparación al trabajo recoge como actividad evaluable el orden y la recogida de los materiales utilizados en el puesto de trabajo.
c) Las áreas de análisis son: el autocuidado (Escala física); las actividades instrumentales (Escala de comunidad); la comunicación social y las relaciones sociales (Escala de comunicación); y el funcionamiento en el trabajo (Escala de preparación al trabajo).
d) En la escala de preparación al trabajo recoge como actividad evaluable el seguimiento de instrucciones.

428. ¿Cuál de los siguientes objetivos específicos NO corresponde con la fase de orientación vocacional en la intervención en rehabilitación laboral en personas con problemas de salud mental?

a) Aprender a utilizar herramientas de búsqueda de empleo.
b) Aumentar la motivación de la persona usuaria para trabajar.
c) Identificar intereses vocacionales, preferencias, habilidades y conocimientos positivos y negativos en el área laboral.
d) Despertar intereses vocacionales.

429. En relación a la discinesia tardía en personas en tratamiento de antipsicóticos es cierto que:

a) Se caracteriza por el desarrollo de una discinesia bucofacial con movimientos de coreoatetosis.
b) Puede ser uno de los efectos extrapiramidales que se producen por la toma de medicación antipsicótica.
c) Es un cuadro caracterizado por posturas anormales, causadas por concentraciones involuntarias de músculos opuestos.
d) Las respuestas a) y b) son correctas.

430. ¿Cuál es el tratamiento de primera línea de la esquizofrenia y cuál es su limitación principal?

a) La terapia ocupacional, que por sí sola no garantiza la integración comunitaria de la persona paciente.
b) El tratamiento farmacológico, que reduce en gran parte los síntomas, pero por sí solo no es suficiente para asegurar una buena calidad de vida.
c) Las intervenciones psicosociales, que resultan más eficaces que la medicación en la reducción de síntomas negativos.
d) La rehabilitación psicosocial, cuya limitación es la dependencia de recursos asistenciales específicos.

431. Respecto a la intervención en personas con esquizofrenia, según FJ. Vidal y JF. Silva (2013), ¿cuándo el trabajo individual es más necesario que el grupal?

a) En pacientes con sintomatología psicótica muy marcada, ya que las exigencias del grupo pueden demandar capacidades que el/la cliente no tiene y agravar su sintomatología.
b) En las fases avanzadas del tratamiento, cuando la persona paciente ha consolidado las competencias sociales básicas y requiere un trabajo más personalizado.
c) En todos los casos durante las primeras semanas de tratamiento, independientemente del perfil clínico de la persona paciente.

d) Únicamente cuando la persona paciente rechaza explícitamente participar en actividades grupales por motivos relacionados con su historia personal.

432. Según B. Bonder (2001), ¿qué tipo de actividades benefician especialmente a las personas con esquizofrenia que presentan alucinaciones?

a) Actividades que desvíen la atención del/de la cliente de estos síntomas y que refuercen la sensación de logro personal, favoreciendo un mayor control sobre sí mismo y su situación.
b) Actividades no estructuradas de libre expresión que permitan a la persona paciente elaborar el contenido de sus alucinaciones de forma creativa.
c) Actividades grupales de alta exigencia cognitiva que estimulen la orientación a la realidad mediante la interacción con otras personas pacientes.
d) Actividades de relajación y mindfulness que reduzcan la activación asociada a los síntomas alucinatorios.

433. Según el estudio de P. Calabrese y P. Corrigan (2005) para la intervención familiar en esquizofrenia, se recomienda que esta sea:

a) Al menos 6 meses, combinando psicoeducación, apoyo emocional y técnicas de comunicación familiar.
b) Al menos 12 meses, con sesiones semanales de terapia familiar sistémica y grupos psicoeducativos multifamiliares.
c) Al menos 9 meses, incluyendo educación sobre la enfermedad, apoyo, entrenamiento en resolución de problemas e intervención en crisis.
d) Al menos 6 meses, centrados exclusivamente en la psicoeducación sobre la enfermedad y la gestión de la medicación.

434. Según J. Creek (1997), ¿cuál es el objetivo específico de la intervención ocupacional a nivel intrapersonal en personas con esquizofrenia?

a) Promover oportunidades para demostrar comportamientos socialmente funcionales y expresar ideas y sentimientos en contexto grupal.
b) Disminuir los comportamientos consecuencia de un humor depresivo y de manifestaciones disfuncionales de ira o euforia, promover la orientación a la realidad e incrementar la autoestima y una imagen más positiva de sí mismo a través de los logros personales.
c) Incrementar la agilidad mental, la resolución de problemas y facilitar la toma autónoma de decisiones.
d) Fomentar la independencia funcional y la autonomía personal en la higiene y presentación personal.

435. En relación con la primera fase de intervención temprana en la psicosis, señale la opción CORRECTA:

a) Se centra exclusivamente en el tratamiento del primer episodio psicótico.
b) Se dirige únicamente a pacientes hospitalizados.
c) Solo se aplica tras el diagnóstico clínico confirmado.
d) Incluye intervenciones antes de la aparición del primer episodio psicótico.

436. ¿Cuál de las siguientes intervenciones ha demostrado mayor eficacia empírica en la segunda fase de intervención temprana en psicosis?

a) Intervenciones familiares y cognitivo-conductuales.
b) Técnicas exclusivamente farmacológicas.
c) Terapias ocupacionales individuales exclusivamente.
d) Intervenciones centradas únicamente en el ocio.

437. Según C. Garrido (2013), ¿qué áreas ocupacionales se ven influidas por las ideas delirantes de persecución y autorreferenciales?

a) Las áreas de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, como la higiene y la alimentación.
b) Exclusivamente el área laboral y formativa, debido a las exigencias de rendimiento que estas actividades imponen a la persona paciente.
c) Las áreas que implican interacción con otras personas, como la participación social, estudios, trabajo, voluntariado, juego y ocio.
d) Las áreas de descanso y sueño, por la angustia y preocupación que generan este tipo de ideas delirantes.

438. Desde una perspectiva ocupacional, ¿qué característica define de forma más precisa a las ideas delirantes?

a) Creencias culturalmente compartidas que generan malestar clínico.
b) Pensamientos intrusivos reconocidos como irracionales por la persona.
c) Creencias erróneas, irreductibles a la argumentación y no explicables por el contexto sociocultural.
d) Distorsiones cognitivas modificables mediante reestructuración cognitiva.

439. En relación con el impacto funcional de las ideas delirantes, señale la afirmación más precisa:

a) Pueden no interferir significativamente en el desempeño durante fases de estabilidad psicopatológica.
b) Solo afectan al funcionamiento en presencia de otros síntomas psiquiátricos.
c) Siempre producen deterioro permanente en las habilidades de desempeño.
d) Implican necesariamente desorganización grave de hábitos y rutinas.

440. En personas con predominio de sintomatología negativa, ¿qué combinación de estrategias resulta más adecuada para el abordaje de dificultades relacionadas con patrones del desempeño?

a) Reducción de estímulos ambientales y supresión de actividades.
b) Planificación de actividades, registros de satisfacción y análisis de costes-beneficios.
c) Incremento de la supervisión médica exclusivamente.
d) Intervención centrada únicamente en habilidades cognitivas

441. ¿Qué objetivo persigue la utilización de herramientas como agendas, calendarios o secuenciación fija de tareas en personas con trastornos psicóticos?

a) Sustituir la motivación intrínseca de la persona.
b) Evaluar el rendimiento ocupacional exclusivamente.
c) Favorecer la organización del desempeño y la adquisición de rutinas.
d) Evitar la participación en actividades complejas.

442. Según Westen y Arkowitz-West (1998), ¿qué tipo de preguntas deben formularse en la evaluación funcional de la personalidad?

a) Preguntas centradas en identificar qué síntomas clínicos del trastorno de personalidad presenta la persona paciente en el momento de la evaluación.
b) Preguntas orientadas a determinar el subtipo específico de trastorno de personalidad que presenta la persona paciente según los criterios diagnósticos vigentes.
c) Preguntas encaminadas a determinar en qué circunstancias es más probable que aparezcan los patrones disfuncionales cognitivos, afectivos, motivacionales y conductuales.
d) Preguntas dirigidas a cuantificar el grado de deterioro funcional producido por el trastorno en las distintas áreas de desempeño ocupacional

443. ¿Por qué los trastornos de la personalidad pueden confundir al/a la terapeuta ocupacional en una valoración inicial?

a) Porque es fácil que aparenten indicadores de función como buen rendimiento intelectual o laboral y óptima capacidad para hacer frente a la vida diaria, cuando en realidad presentan una disfunción ocupacional grave.
b) Porque la sintomatología es tan evidente desde el primer contacto que dificulta la aplicación de instrumentos de evaluación estandarizados.
c) Porque los síntomas se solapan frecuentemente con los de otros trastornos mentales, dificultando el diagnóstico diferencial ocupacional.
d) Ninguna respuesta es correcta.

444. Nott (2005) enumera una serie de problemas graves que se sitúan tras la aparente funcionalidad de la persona con trastorno de la personalidad. ¿Cuál de las siguientes opciones NO aparece entre ellos?

a) Incapacidad para mantener relaciones significativas saludables.
b) Alta inestabilidad emocional y bajo autoconcepto.
c) Deterioro progresivo de las funciones cognitivas superiores como la memoria y la atención.
d) Incapacidad para asumir responsabilidades y tomar decisiones.

445. Según Toglia y Kirk (2000), ¿en qué tipo de tareas puede ser más difícil para la persona reconocer sus propios errores?

a) En tareas muy valoradas y más próximas a la sensación de identidad propia de la persona.

b) En tareas nuevas o poco familiares, donde la falta de automatización aumenta la probabilidad de cometer errores no detectados.
c) En tareas de baja complejidad cognitiva, donde la escasa demanda atencional reduce la capacidad de autosupervisión del rendimiento.
d) En tareas realizadas en contextos grupales, donde la presión social dificulta el reconocimiento público de los errores cometidos.

446. ¿Cómo definen J.R. Bellido Mainar, L.M. Berrueta y O. Sánchez Rodríguez (2013) los trastornos de la personalidad desde una perspectiva ocupacional y las consecuencias en la vida de la persona?

a) Como alteraciones neurobiológicas de los patrones de respuesta emocional que generan dificultades en el desempeño laboral y en las relaciones interpersonales.
b) Como trastornos del neurodesarrollo que afectan a la formación de la identidad ocupacional durante la infancia y la adolescencia, con consecuencias en la vida adulta.
c) Como variantes extremas de la personalidad normal que generan malestar subjetivo pero no necesariamente deterioro en el desempeño ocupacional cotidiano.
d) Como alteraciones psicodinámicas de los patrones saludables de la identidad y desempeño ocupacional, que producen exclusión y estigma, pérdida de apoyos sociales, reducción de oportunidades para un desarrollo vital saludable y elevado riesgo de comorbilidad.

447. ¿Cuál es la base de la gravedad del trastorno de la personalidad según autores como Kernberg (1975) y Linehan (2003)?

a) La intensidad y persistencia de los síntomas afectivos y conductuales que interfieren en el desempeño ocupacional cotidiano.
b) El elevado riesgo de comorbilidad con otros trastornos mentales graves como la depresión o el trastorno bipolar.
c) La incapacidad para establecer y mantener relaciones interpersonales significativas a lo largo del tiempo.
d) La ausencia o fragmentación de la identidad o sentido del yo.

448. Según Cronin-Davis (2006), las personas con trastornos de la personalidad ingresadas en centros penitenciarios presentan tres tipos de disfunción ocupacional. Señale la respuesta correcta:

a) Desequilibrio ocupacional, deprivación ocupacional y alienación ocupacional.
b) Disrupción ocupacional, deprivación ocupacional y alienación ocupacional.
c) Disrupción ocupacional, exclusión ocupacional y marginalización ocupacional.
d) Deprivación ocupacional, alienación ocupacional y psicopatologización ocupacional.

449. El Modelo ocupacional explicativo de los trastornos de la personalidad de Sánchez (2009) propone cinco aspectos que debe tener en cuenta el diagnóstico ocupacional. ¿Cuál de las siguientes opciones NO corresponde a ninguno de ellos?

a) Interiorización ocupacional.



b) Objetivación ocupacional.
c) Habilitación ocupacional.
d) Socialización ocupacional.

450. ¿Cuál de las siguientes opciones recoge los indicadores de trastorno de la personalidad en la adolescencia descritos por J.R. Bellido Mainar, L.M. Berrueta y O. Sánchez Rodríguez (2013)?

a) Rendimiento académico elevado como mecanismo compensatorio, intereses ocupacionales estables y alta capacidad de adaptación a las normas del grupo de iguales.
b) Déficits recurrentes en las habilidades para la adaptación social y escolar, hábitos diarios disruptivos, bloqueo en el desarrollo madurativo ocupacional y déficits en la regulación de las relaciones con los iguales.
c) Presencia de alucinaciones e ideas delirantes de referencia, aislamiento social total y abandono de todas las actividades académicas y lúdicas previas.
d) Inicio brusco de conductas disruptivas en el contexto escolar sin antecedentes previos de dificultades de adaptación social o familiar.

451. ¿Qué potencial terapéutico tiene el tratamiento grupal en los trastornos de la personalidad según Yalom (1995)?

a) Permite movilizar fuerzas a favor del cambio, poner de relieve conductas desadaptativas, practicar estrategias adaptativas y fortalecer la desestigmatización y el comportamiento cooperativo.
b) Permite aplicar técnicas de exposición gradual a situaciones sociales evitadas, reduciendo progresivamente la ansiedad interpersonal de la persona paciente.
c) Facilita la confrontación entre pacientes con patrones disfuncionales similares, favoreciendo la toma de conciencia de la propia disfunción mediante la identificación con los demás.
d) Proporciona un entorno estructurado y predecible que reduce la reactividad emocional característica de estos trastornos y favorece la regulación afectiva.

452. Según J.R. Bellido Mainar, L.M. Berrueta y O. Sánchez Rodríguez (2013), ¿cuál es la dificultad habitual en la intervención familiar con personas con trastorno de la personalidad?

a) La escasa disponibilidad de los familiares para participar en el proceso terapéutico.
b) Que la persona afectada se niegue a que se contacte o intervenga con su grupo familiar.
c) La tendencia de los familiares a realizar atribuciones internas sobre las causas del trastorno, lo que genera conflictos en la dinámica familiar que dificultan la intervención ocupacional.
d) Que los familiares rechacen participar en grupos psicoeducativos por el estigma asociado al diagnóstico.

453. ¿Cuáles son los tipos de intervención en terapia ocupacional familiar para personas con trastornos de la personalidad según Sánchez (2009)?



a) Intervención individual con la persona paciente, grupos multifamiliares psicoeducativos e intervención en el entorno laboral y comunitario.
b) Grupos psicoeducativos para familiares, intervención individual con la persona cuidadora principal e intervención comunitaria para la integración social de la persona paciente y su familia.
c) Terapia familiar sistémica, grupos de autoayuda para familiares e intervención domiciliaria centrada en la adaptación del entorno físico a las necesidades de la persona paciente.
d) Grupos de familiares de tipo psicoeducativo y de autoayuda, intervención en el entorno familiar, e intervención con el grupo familiar o alguno/a de sus miembros en roles, ocupaciones compartidas, expectativas y estrategias.

454. Para realizar el diagnóstico ocupacional de los trastornos de la personalidad Galder et al. (1996) y Nott, (2005) identifican cuatro fuentes, que son:

a) La entrevista clínica estructurada centrada en síntomas, la aplicación de pruebas psicométricas estandarizadas y la recogida de datos cuantitativos sobre el rendimiento ocupacional en contextos controlados.
b) La descripción de la personalidad realizada por la propia persona paciente, junto con la entrevista individual de valoración ocupacional y la observación en actividades grupales.
c) La descripción de la personalidad que realiza la propia persona paciente, la entrevista individual de valoración ocupacional y la observación en las actividades grupales, el análisis de los acontecimientos vitales estresantes y la versión de familiares y personas cercanas.
d) La observación del desempeño ocupacional en contextos grupales y naturales, complementada con informes profesionales interdisciplinarios y registros históricos del funcionamiento de la persona paciente a lo largo del tiempo.

455. Según J.R. Bellido Mainar, L.M. Berrueta y O. Sánchez Rodríguez (2013), como norma general ¿cómo debe abordarse la confrontación terapéutica en los trastornos de la personalidad?

a) Debe basarse en un proceso autorreflexivo que favorezca el cambio de la persona paciente.
b) Debe aplicarse de forma directa para corregir pensamientos desajustados.
c) Debe evitarse completamente en cualquier circunstancia.
d) Debe centrarse en imponer criterios externos para modificar la conducta.

456. En el contexto de la orientación ocupacional individual como intervención en los trastornos de personalidad, señale cual es el proceso adecuado para la incorporar los roles ocupacionales:

a) La asignación temprana de roles comunitarios complejos es prioritaria para acelerar la adquisición de competencia ocupacional, independientemente de la capacidad inicial de la persona paciente.

b) La incorporación a roles ocupacionales se construye de forma individualizada y progresiva, comenzando en contextos terapéuticos y ampliándose hacia entornos comunitarios según la capacidad de respuesta de la persona paciente.
c) La incorporación a roles ocupacionales debe evitarse en fases iniciales del tratamiento para no generar frustración, posponiéndose hasta la estabilización completa de la persona paciente.
d) La elección de roles ocupacionales debe basarse principalmente en criterios estandarizados del equipo terapéutico para garantizar la eficacia del tratamiento.

457. Cuál de las alteraciones de pensamiento, lenguaje, cognición y percepción NO corresponde con un episodio maniaco:

a) Desorganización del pensamiento.
b) Fuga de ideas.
c) Autorreproches.
d) Verborrea.

458. En relación a las ocupaciones afectadas en la fase maniaca de la persona con trastorno bipolar ¿Cuál de las siguientes respuestas es FALSA?:

a) Se ve afectado el sueño y descanso, ya que se reduce el número de horas de las mismas.
b) Inicialmente puede producirse un aumento en la participación tanto de la educación formal como informal.
c) Los nuevos intereses creados para satisfacer las necesidades del momento se mantendrán de manera continua en el tiempo.
d) El rendimiento en el trabajo suele descender de manera importante.

459. En los trastornos de ánimo ¿a qué enfoque de intervención se refiere lo siguiente: "adaptar las características del entorno físico para promover ambientes relajantes o activadores en función del estadio"?

a) Establecer o restaurar.
b) Mantener.
c) Modificar.
d) Prevenir.

460. ¿Cuál de las siguientes estrategias dirigidas a una persona con depresión corresponde a la operativización del objetivo "Evitar la desorganización de las rutinas y la pérdida de hábitos"?

a) Participar en una actividad gratificante al día.
b) Programar actividades físicas por la mañana.
c) Evitar las siestas vespertinas de más de 20-30 minutos.
d) Preparar al menos una comida al día.



461. ¿Cuál de las siguientes intervenciones corresponde específicamente al enfoque de "establecer o restaurar" en una intervención de terapia ocupacional para una persona con depresión?

a) Entrenar en estrategias compensatorias por efectos secundarios de la medicación.
b) Adaptar el entorno físico para promover ambientes activadores.
c) Mantener una rutina de ocupación regular.
d) Potenciar una red social estable y conocedora.

462. La opción que propone D. Recio Delgado (2013), en relación con la organización de actividades en episodio agudo de trastorno depresivo mayor, es:

a) Se deben mantener al menos 5 actividades diarias incluyendo ejercicio físico.
b) Se recomienda eliminar actividades gratificantes para evitar sobreestimulación.
c) Se prioriza exclusivamente la actividad social frente a otras ocupaciones.
d) La lista puede limitarse a 2-3 actividades incluyendo solo una gratificante.

463. Señale la opción que integra una intervención propia del enfoque "modificar", atendiendo a su finalidad dentro del proceso terapéutico en una persona con depresión:

a) Establecer rutinas estables de medicación para favorecer la adherencia terapéutica y reducir la variabilidad conductual.
b) Reorganizar las ocupaciones diarias en función de los estados emocionales del sujeto para optimizar el desempeño ocupacional.
c) Mantener una estructura regular de ocupación que consolide patrones adaptativos previamente adquiridos.
d) Reforzar la red de apoyo social para disminuir el riesgo de recaída y cronificación del trastorno.

464. Desde la perspectiva de terapia ocupacional y de acuerdo con D. Recio Delgado (2013), ¿cuál de las siguientes afirmaciones, explica el proceso mediante el cual se produce la modificación del discurso negativo en personas con trastorno depresivo mayor?

a) La participación reiterada en ocupaciones significativas y gratificantes actúa como elemento facilitador del cambio, incluso cuando el sujeto no reconoce inicialmente sus logros.
b) El incremento progresivo de la actividad, junto con la identificación explícita de logros por parte del/de la terapeuta, garantiza el cambio cognitivo de la persona.
c) La reestructuración cognitiva directa permite a la persona identificar y sustituir pensamientos disfuncionales mediante instrucción explícita.
d) La estabilización de rutinas y hábitos reduce la sintomatología afectiva, generando secundariamente una mejora automática del discurso.

465. ¿Cuál de las siguientes intervenciones corresponde al enfoque de "prevenir" en el trastorno bipolar?

a) Establecer rutinas de medicación estables que faciliten la adherencia al tratamiento.
b) Adaptar las características del entorno físico según el estado de la persona.
c) Mantener los logros alcanzados independientemente de la fase en la que se encuentre.
d) Potenciar la red social estable y conocedora de las características y necesidades de la persona.

466. Según D. Recio Delgado (2013), ¿cuál es el propósito fundamental del entrenamiento en la identificación de cambios en el desempeño ocupacional en personas con trastorno bipolar?

a) Mejorar la conciencia de enfermedad para favorecer la adherencia farmacológica.
b) Reducir la influencia del entorno en la ejecución de actividades.
c) Optimizar el rendimiento ocupacional en fases estables del trastorno.
d) Detectar precozmente alteraciones que actúan como predictores de recaída.

467. En el periodo de eutimia, ¿cuál es la razón principal por la que se considera la mejor fase para intervenir?

a) Existe mayor adherencia farmacológica.
b) La sintomatología es más intensa y visible.
c) Las funciones y la capacidad de análisis no están alteradas.
d) Se requiere hospitalización supervisada.

468. En la fase hipomaníaca, ¿cuál es el objetivo prioritario de la intervención?

a) Incrementar la productividad laboral.
b) Mantener el nivel de activación.
c) Cortar la escalada de activación.
d) Favorecer la toma de decisiones.

469. En relación con la organización de la actividad en fase depresiva, ¿qué principio de intervención se desprende del establecimiento de mínimos de actividad obligatoria y gratificante?

a) La estructuración conductual como estrategia para compensar déficits cognitivos.
b) La activación conductual orientada a contrarrestar la inactividad y el abandono ocupacional.
c) La exposición progresiva a estímulos sociales para reducir el aislamiento.
d) La priorización de la autonomía en la toma de decisiones ocupacionales.



470. En la fase depresiva del trastorno bipolar, especialmente en los momentos iniciales del episodio, ¿qué criterio guía la selección y ajuste de las ocupaciones a implementar?

a) El análisis del impacto de las ocupaciones sobre el estado emocional y su grado de necesidad.
b) La priorización de actividades estructuradas frente a las espontáneas para evitar desorganización.
c) La eliminación de actividades potencialmente demandantes para evitar sobrecarga.
d) La sustitución de actividades individuales por actividades grupales desde el inicio.

471. Cuál de estas técnicas NO se utiliza para el tratamiento de la ansiedad en el marco de la rehabilitación cognitiva:

a) Terapia de exposición progresiva a las situaciones temidas.
b) Terapia cognitiva de Beck.
c) Terapia racional emotiva de Ellis.
d) Todas son ciertas.

472. En relación al trastorno por estrés postraumático, señale la respuesta FALSA:

a) La duración de la clínica marca la diferencia entre el trastorno por estrés agudo que se resuelve antes de un mes y el trastorno por estrés postraumático que se prolonga más allá de 4 semanas.
b) Entre los síntomas principales está la re-experimentación del suceso en forma de pesadillas y/o flash-backs que provocan conductas de evitación de estímulos asociados al suceso.
c) Entre los actos traumáticos que con frecuencia pueden producirlo se encuentran: presenciar un accidente, vivir una catástrofe natural, ser víctima de abuso físico.
d) La característica principal son las obsesiones y las compulsiones de carácter recurrente.

473. La intervención desde terapia ocupacional en los trastornos de ansiedad se orienta a (señale la respuesta INCORRECTA):

a) Diseñar actividades significativas que permitan la exposición a los componentes ansiógenos.
b) Intervenir en ambientes donde no se desencadena la ansiedad.
c) Utilizar las herramientas que ofrece el marco cognitivo-conductual: técnicas de control estimular y manejo de contingencias, refuerzo y uso de modelos, autorregistros, encadenamiento, instrucciones.
d) Entrenar destrezas y habilidades necesarias para el desempeño adecuado, a través de la actividad y la ocupación.

474. En el Trastorno obsesivo-compulsivo, la alteración del desempeño ocupacional se caracteriza principalmente por:



a) Secuencias excesivas, repetitivas y no funcionales.
b) Reducción de la motivación intrínseca.
c) Déficits motores significativos.
d) Incapacidad para iniciar actividades.

475. En relación con la afectación de las actividades de la vida diaria en la fobia social, según I. Martínez, C.A. García y C. Gómez (2013), ¿qué mecanismo explica la alteración del desempeño ocupacional?

a) La distorsión en la autoevaluación del desempeño y en las expectativas sociales percibidas.
b) La disminución de la capacidad atencional secundaria a la ansiedad fisiológica.
c) La evitación conductual derivada de déficits en habilidades sociales básicas.
d) La alteración de la secuenciación de las actividades por interferencia cognitiva.

476. En la exposición progresiva en fobias, ¿qué elemento se añade además del estímulo temido?

a) Refuerzo negativo.
b) Entrenamiento motor.
c) Inclusión progresiva de ambientes.
d) Sustitución cognitiva.

477. Desde el modelo de recuperación en terapia ocupacional aplicado a los trastornos de ansiedad, ¿qué cambio conceptual se plantea respecto a los objetivos terapéuticos tradicionales?

a) Sustituir la intervención psicosocial por el desarrollo de habilidades específicas.
b) Reducir la intervención a la mejora del desempeño en AVD.
c) Priorizar la autonomía funcional frente a la participación social.
d) Desplazar el foco desde la reducción sintomática hacia el desarrollo de una vida significativa.

478. Respecto al ambiente social, ¿qué factor puede interferir negativamente en el proceso de recuperación en los trastornos de ansiedad?

a) La ausencia de rutinas estructuradas.
b) La sobreprotección y transmisión del miedo.
c) La falta de intervención farmacológica.
d) La baja exigencia ocupacional.

479. ¿Cuál es el objetivo principal de la rehabilitación cognitiva en los trastornos de ansiedad según I. Martínez, C.A. García y C. Gómez (2013)?

a) Identificar y sustituir procesos cognitivos perturbadores por otros adecuados.
b) Reducir la activación fisiológica mediante técnicas de relajación.
c) Incrementar la exposición a situaciones sociales.
d) Mejorar el rendimiento en actividades instrumentales.

480. En terapia ocupacional en la rehabilitación cognitiva de los trastornos de ansiedad, ¿qué característica distingue el uso de actividades significativas como herramienta de intervención frente a otras estrategias cognitivo-conductuales?

a) Permiten sustituir completamente la necesidad de técnicas de reestructuración cognitiva.
b) Funcionan exclusivamente como medio de evaluación del desempeño ocupacional.
c) Integran la exposición a estímulos ansiógenos dentro de contextos ocupacionales funcionales.
d) Se centran en la reducción directa de los síntomas fisiológicos de ansiedad.

481. En el enfoque grupal lúdico para habilidades sociales, ¿cuál es la progresión metodológica de las actividades de expresión?

a) De lo abstracto a lo concreto y de lo individual a lo grupal.
b) De la observación pasiva a la ejecución individual estructurada.
c) De lo concreto a lo abstracto y del ejercicio sin público al ejercicio con público.
d) De la simulación cognitiva a la exposición en vivo sin preparación previa.

482. Dentro del entrenamiento de habilidades sociales en los trastornos de ansiedad, el uso de instrucciones se orienta principalmente a:

a) Interrumpir el flujo de pensamientos automáticos negativos que interfieren en el desempeño de la conducta social.
b) Reducir la activación fisiológica mediante control respiratorio asociado a la ejecución social.
c) Sustituir el ensayo de conducta en contexto protegido por estrategias verbales internas de afrontamiento.
d) Facilitar la generalización de habilidades mediante repetición sistemática en entornos reales.

483. Según I. Martínez, C.A. García y C. Gómez (2013) en el proceso de ensayo de conducta en habilidades sociales en los trastornos de ansiedad, ¿qué elemento define con mayor precisión el valor terapéutico del "role-playing"?

a) La posibilidad de evaluar objetivamente el desempeño social de la persona en un entorno estructurado.
b) La exposición progresiva a contextos sociales reales con reducción de ansiedad anticipatoria.
c) La corrección inmediata de conductas inadecuadas mediante modelado del terapeuta.
d) El aprendizaje experiencial de destrezas sociales mediante práctica en entorno protegido y detección de dificultades.

484. En relación a los objetivos generales que se han de alcanzar en el área de drogodependencias en los grupos de segunda fase de intervención de terapia ocupacional, señale la respuesta CORRECTA:



a) Instaurar el compromiso en la intervención indicada en su proceso de recuperación y cambio, regularidad e implicación.
b) Eliminar los factores de riesgo y protección frente al consumo de drogas, desarrollando mecanismos y estrategias de afrontamiento.
c) Implementar la inserción de la persona en los diferentes contextos y entornos donde va a desarrollar un nuevo patrón ocupacional con identidad eficiente.
d) Las respuestas b) y c) son correctas.

485. El objetivo general de terapia ocupacional en la fase de habituación ocupacional en la atención a la drogodependencia es:

a) Ofrecer un contexto de contención con el apoyo de la familia durante el proceso de desintoxicación, a través de actividades y ocupaciones indicadas.
b) Lograr la incorporación social plena y activa del individuo con un cambio en su patrón ocupacional y consiguiendo una identidad adaptada.
c) Crear nuevas rutinas e intereses ocupacionales, procurando generar adherencia al tratamiento, para poder realizar motivación al cambio hacia un nuevo estilo de vida.
d) Ninguno de estos objetivos corresponde a la fase de habituación ocupacional.

486. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO es correcta en relación a las destrezas de ejecución que tienen los drogodependientes?

a) Se produce una competencia inadecuada a causa de las alteraciones en los reflejos, arco articular, tono postural, fuerza, resistencia y control postural.
b) La memoria, la atención, la orientación y el reconocimiento están afectados por el consumo de drogas.
c) Se encuentra alterada la integración sensorial, la conciencia y los procesamientos sensoriales.
d) Las drogas interfieren en las destrezas de ejecución dependiendo del tiempo y de la frecuencia, pero no del grado.

487. Según el Modelo transteórico de James Prochaska y Carlo DiClemente (1983), en la etapa precontemplativa, la intervención desde terapia ocupacional en drogodependencias debe priorizar:

a) El entrenamiento intensivo en habilidades sociales para prevenir recaídas.
b) La implantación inmediata de nuevas rutinas estructuradas.
c) El trabajo sobre autopercepción, autoconocimiento y control de realidad.
d) La negociación de objetivos funcionales consensuados a medio plazo.

488. Según el Modelo transteórico de James Prochaska y Carlo DiClemente (1983), ¿cuál de las siguientes afirmaciones describe con mayor precisión la transición entre la etapa contemplativa y la etapa de decisión-acción en drogodependencias?

a) Se consolida cuando la persona asume responsabilidad y ejecuta acciones concretas, instaurando nuevos hábitos.
b) Se produce cuando la persona paciente expresa verbalmente su malestar.
c) Ocurre cuando el entorno familiar detecta la problemática.
d) Tiene lugar tras cinco meses de abstinencia mantenida.

489. En el modelo transteórico de James Prochaska y Carlo DiClemente (1983) aplicado a terapia ocupacional, la recaída en drogodependencia debe entenderse como:

a) Un fracaso terapéutico que obliga a reiniciar el programa desde cero.
b) Una manifestación de resistencia al tratamiento.
c) Una etapa posible dentro de una enfermedad crónica que requiere reevaluación y reajuste del plan.
d) Un indicador de una incorrecta alianza terapéutica.

490. ¿Cuál es el objetivo de la terapia ocupacional dentro del proceso descrito por el modelo transteórico de James Prochaska y Carlo DiClemente (1983)?

a) Lograr la abstinencia como único indicador de éxito terapéutico.
b) Implantar hábitos saludables en un periodo inferior a tres meses.
c) Construir una identidad ocupacional funcional incompatible con el consumo.
d) Mejorar exclusivamente el desempeño en actividades básicas de la vida diaria.

491. En la persona drogodependiente, la identidad ocupacional percibida suele caracterizarse por:

a) Ajustarse fielmente a su realidad funcional.
b) Basarse en la aprobación exclusiva del entorno terapéutico.
c) Ser independiente del patrón de consumo.
d) Estar distorsionada debido a la alteración en la percepción de la realidad por el consumo.

492. La posesión de una amplia variedad de roles ocupacionales significativos y funcionales en drogodependencias, actúa como:

a) Factor protector frente al mantenimiento del consumo.
b) Elemento de riesgo para recaídas.
c) Factor neutro en la evolución de la adicción.
d) Indicador exclusivo de buen nivel socioeconómico.

493. En relación con la conducta social, J. Callejo Escobar y M.C. Calvo Ruiz (2015) señalan que en muchos casos la población drogodependiente:

a) Mantiene una adecuada adaptación a normas de convivencia.
b) Se integra plenamente en contextos socializadores normalizados.
c) Expresa de forma explícita sentimientos y emociones.
d) Presenta falta de adaptación a normas y cierto aislamiento.

494. El consumo de drogas estimulantes produce en las destrezas de ejecución del desempeño ocupacional:

a) Un desajuste por elevación y aceleración excesiva de las funciones.
b) Una inhibición por defecto de las funciones.
c) Una ausencia de alteraciones en estado de abstinencia.



d) Una mejora estable del funcionamiento ocupacional.

495. El consumo de cannabis, especialmente cuando se inicia en juventud temprana, puede:

a) Generar alteraciones en las destrezas de desempeño, asociándose a síndrome amotivacional y, en casos de vulnerabilidad, a cuadros psicóticos con sintomatología referencial.
b) Producir únicamente dificultades transitorias en el rendimiento académico, sin afectar a la motivación ni a la esfera social.
c) Causar principalmente alteraciones en autocuidados, sin repercusión significativa en el aprendizaje o el ámbito laboral.
d) Inducir un estado depresivo por abstinencia claramente identificado por la persona paciente como síndrome de privación.

496. En relación con los grupos dirigidos a familiares de personas con problemas de adicción, J. Callejo Escobar y M.C. Calvo Ruiz (2015) establecen que su beneficio principal radica en que:

a) Permiten a la familia asumir de manera autónoma la dirección del tratamiento de la persona paciente.
b) Sustituyen la intervención individual de la persona paciente al convertir a la familia en agente terapéutico principal.
c) Garantizan la desaparición de la codependencia mediante apoyo emocional grupal.
d) Facilitan la comprensión del problema por parte del familiar, repercutiendo indirectamente en la evolución de la persona drogodependiente.

497. De acuerdo con J. Callejo Escobar y M.C. Calvo Ruiz (2015), la intervención terapéutica con familias de personas con adicción puede favorecer que un sistema inicialmente desestructurado o disfuncional evolucione hacia:

a) Un sistema autónomo que sustituya al equipo interdisciplinar en la dirección del tratamiento.
b) Un sistema terapéutico implicado en el proceso de intervención.
c) Un sistema centrado exclusivamente en el control conductual de la persona paciente.
d) Un sistema dependiente del recurso asistencial para la toma de decisiones.

498. Una ventaja del grupo mixto de familiares y pacientes en la intervención en adicciones, es que:

a) Sustituye completamente al grupo exclusivo de familiares.
b) Elimina la necesidad de evaluación previa.



c) Facilita que todos los participantes comprendan los compromisos terapéuticos y evitan malentendidos.
d) Garantiza que ambos estén en la misma etapa decisional.

499. En personas consumidoras de sustancias depresoras, especialmente en estadios avanzados, el perfil de ejecución ocupacional se caracteriza por:

a) Dificultad para la reflexión, introspección y funciones ejecutivas, con ritmo de pensamiento y comprensión más lento que otros perfiles de consumo.
b) Capacidad intacta de reflexión y análisis similar a las personas consumidoras de estimulantes.
c) Ausencia total de alteraciones cognitivas.
d) Habilidad para adaptarse sin necesidad de ajustes en los grupos terapéuticos.

500. La valoración para la selección de pacientes en grupos terapéuticos de adicciones debe priorizar:

a) Las características individuales y las alteraciones en las destrezas de ejecución que afectan su desempeño ocupacional.
b) El programa de drogas al que está asignado cada paciente.
c) La edad y el sexo de la persona paciente.
d) La disponibilidad de recursos físicos y horarios únicamente.