

- 1.- La reacción psicológica ante los acontecimientos fuertemente traumáticos que se produce en un estrés post-traumático incluye entre sus manifestaciones:
 - A) Expresión y captación exageradas de sentimientos de ternura e intimidad
 - B) Anestesia psíquica y/o embotamiento afectivo
 - C) Una respuesta emocional exagerada de tipo histriónico
 - D) La idea de que él/ella no es responsable de lo que le sucedió

- 2.- El trastorno de angustia y el trastorno de somatización comparten la experimentación de síntomas físicos. Sin embargo, en el trastorno de angustia, a diferencia de lo que sucede en el somatomorfo:
 - A) La preocupación por los síntomas físicos está circunscrita a los que aparecen en el momento de la crisis o ataque.
 - B) El paciente exagera los síntomas, hasta el punto de que parecen ser fingidos.
 - C) Los síntomas prototípicos por los que se preocupan los pacientes suelen ser problemas tales como manchas, granos, hinchazones, bultos, etc.
 - D) Los síntomas se interpretan de forma catastrofista (p.ej.: "voy a morir" "Esto es señal de un tumor incurable").

- 3.- Una de las diferencias característica entre el trastorno de somatización (TS) y la Hipocondría, radica en que en el TS el estilo de queja y su focalización son:
 - A) Estilo preciso, focalización en síntomas específicos
 - B) Estilo preciso, focalización en las consecuencias o implicaciones de los síntomas
 - C) Estilo vago, focalización en síntomas específicos
 - D) Estilo vago, focalización en las consecuencias o implicaciones de los síntomas

- 4.- Según la explicación que sobre la depresión plantea la teoría de la atención auto-focalizada de Lewinshon (1985), cuando un deprimido centra o enfoca su atención sobre sí mismo, es muy probable que:
 - A) Disminuya su capacidad para evaluar su rendimiento
 - B) Persista en la tarea luego de una experiencia inicial de fracaso
 - C) Aumente su tendencia a realizar atribuciones internas ante un éxito
 - D) Aumente su tendencia a realizar atribuciones internas ante un fracaso

- 5.- Según A.T. Beck, el error cognitivo que se produce en la depresión por el cual la persona llega a una conclusión sin evidencia que la apoye, o con evidencia contraria a dicha conclusión, se denomina:
 - A) Inferencia arbitraria
 - B) Generalización excesiva
 - C) Abstracción selectiva
 - D) Esquema disfuncional

- 6.- La anhedonia y la inhibición pertenecen a uno de los subgrupos en que se agrupan los síntomas depresivos. ¿A cuál de los siguientes pertenecen?
- A) Síntomas de arousal
 - B) Síntomas interpersonales
 - C) Síntomas cognitivos
 - D) Síntomas motivacionales y conductuales
- 7.- Tras una pérdida afectiva significativa, es normal experimentar una reacción de duelo que curse con síntomas análogos a los depresivos. No obstante, ¿cuándo debe valorarse que se ha instaurado un cuadro depresivo, y por tanto, ya no estamos ante una reacción normal de duelo?
- A) Cuando los síntomas depresivos persisten transcurridos 6 meses de la pérdida
 - B) Cuando los síntomas depresivos persisten transcurridos 30 días de la pérdida
 - C) Cuando los síntomas depresivos persisten transcurridos 2 meses de la pérdida
 - D) En ningún caso, porque la duración de las reacciones de duelo está determinada culturalmente
- 8.- ¿Cuál de los siguientes signos/síntomas se encuentra siempre en el síndrome amnésico orgánico?
- A) Apatía
 - B) Amnesia retrógrada y conservación de memoria para hechos recientes
 - C) Ausencia de deterioro intelectual general
 - D) Confabulaciones
- 9.- El término "depresión doble" hace referencia a:
- A) La presencia de dos episodios depresivos mayores con un intervalo entre ambos menor a 3 meses.
 - B) La existencia de un episodio depresivo mayor con una duración superior a 6 meses que, una vez superada la fase aguda, cursa con síntomas residuales cuya duración no debe ser inferior a 6 meses.
 - C) La existencia de una distimia, de inicio por lo general temprano, a la que siguen uno o más episodios depresivos mayores.
 - D) Es análogo al término "bipolar" y, por tanto, indica la presencia alterna de episodios depresivos y maníacos o hipomaníacos.

10.- **Cuál de las siguientes características es necesaria para realizar un diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo:**

- A) La presencia de compulsiones, es decir, comportamientos observables más o menos ritualizados, que el paciente lleva a cabo como respuesta a la obsesión
- B) Que la persona trate de ignorar, suprimir o neutralizar sus obsesiones, con algún pensamiento o acción
- C) Que exista conciencia de enfermedad
- D) Que exista alguna relación entre el contenido de las obsesiones y el tipo o modalidad de compulsión

11.- **El riesgo de suicidio en una persona con esquizofrenia:**

- A) Es en torno a 100 veces superior al de que cometa homicidio
- B) Es similar al de la población general
- C) Es más habitual cuando predominan los síntomas negativos
- D) Está asociado a la duración de la enfermedad: es más probable en pacientes de larga evolución, que en las fases o etapas iniciales de la enfermedad

12.- **Según el planteamiento de Warwick y Salkovskis, la hipocondría puede ser considerada como análoga a un trastorno de:**

- A) Ansiedad por la salud
- B) Somatización patológica
- C) Amplificación somato-sensorial
- D) Personalidad

13.- **Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta en relación con la epidemiología y el curso de la hipocondría:**

- A) Tiene un curso impredecible y es difícil establecer una edad de inicio
- B) Es más prevalente en mujeres que en hombres
- C) Tiene un curso crónico con exacerbaciones
- D) Remite sin tratamiento en aproximadamente el 35% de los casos

14.- **En los trastornos disociativos:**

- A) Los síntomas suelen empeorar con tranquilizantes
- B) Los síntomas fluctúan en relación con el nivel de estrés
- C) La memoria a corto plazo está más deteriorada que la memoria a largo plazo
- D) Se produce una pérdida de memoria tanto de material relevante como irrelevante para la persona (episódica y semántica)

15.- **La pérdida o alteración en el funcionamiento fisiológico de algún órgano, función, o parte del cuerpo, es la característica central del trastorno (criterios DSM-IV-TR):**

- A) Hipocondríaco
- B) De dolor somatoforme indiferenciado
- C) De conversión
- D) Síndrome orgánico cerebral

- 16.- Según la explicación cognitivo-conductual de P. Salkovskis sobre el trastorno obsesivo-compulsivo, la perturbación afectiva que experimenta una persona con este trastorno ante las obsesiones se debe a:
- A) El carácter intruso (involuntario) y no deseado de las obsesiones
 - B) La sensación de pérdida de control interno
 - C) Los pensamientos automáticos negativos que provoca la intrusión
 - D) La necesidad imperiosa de realizar compulsiones
- 17.- Los **conceptos** freudianos sobre el "inconsciente" y los que plantean las modernas teorías sobre la disociación acerca de la "mente disociada":
- A) Coinciden en equiparar represión con disociación
 - B) Plantean que los contenidos mentales no conscientes versan habitualmente sobre temáticas agresivas y/o sexuales
 - C) Comparten la idea de que los procesos mentales no conscientes son siempre irracionales
 - D) Los teóricos de la disociación, a diferencia de los freudianos, plantean que la represión o restricción de la conciencia no siempre tiene como consecuencia la reducción de la ansiedad
- 18.- Cuál de los siguientes trastornos es más frecuente una vez que comienza a remitir, o ya ha remitido, un episodio agudo de esquizofrenia:
- A) Las crisis de angustia
 - B) La manía
 - C) La depresión
 - D) El trastorno psicótico breve
- 19.- Entre los problemas asociados más frecuentemente con la esquizofrenia crónica, se encuentran:
- A) Las quejas y preocupaciones hipocondríacas
 - B) El consumo abusivo de sustancias (medicación no prescrita, alcohol, tabaco, etc)
 - C) La agresividad y/o pérdida del control de impulsos
 - D) La aparición de delirios de daño asociados a la medicación antipsicótica
- 20.- La esquizofrenia Tipo I, se caracteriza, entre otras cosas, por:
- A) Aplanamiento afectivo, pobreza del lenguaje y pérdida de impulso o motivación para actuar
 - B) Alucinaciones, delirios, y trastornos del pensamiento
 - C) Mala respuesta al tratamiento
 - D) Pronóstico negativo
- 21.- ¿Con qué conjunto de trastornos de los que se indican son más **comórbidos** los trastornos de personalidad del Grupo B (DSM-IV-TR), según los estudios epidemiológicos más recientes?
- A) Con los trastornos de ansiedad
 - B) Con síndromes externalizantes
 - C) Con trastornos por abuso de sustancias
 - D) Con trastornos del espectro psicótico

Warc.
115.
L. au Te

PRIMERA PARTE

- 22.- La mayoría de los estudios sobre el trastorno antisocial de la personalidad, coinciden en señalar la preponderancia o centralidad de un rasgo de personalidad característico de estas personas. Indique cuál:
- A) ~~Cetotipia~~
 - B) ~~Impulsividad~~
 - C) Frialdad afectiva
 - D) ~~Autoestima elevada~~
- 23.- Una diferencia fundamental entre el trastorno histriónico de la personalidad (THP) y la histeria o trastorno de conversión es:
- A) La histeria cursa con síntomas físicos, y el THP no
 - B) La inestabilidad emocional es típica del THP, pero no de la histeria
 - C) Todas las personas con histeria son muy vulnerables al estrés, mientras que este aspecto sólo se da en un grupo reducido de personas con THP
 - D) En el THP pueden producirse pseudoalucinaciones, mientras que este síntoma nunca aparece en la histeria
- 24.- Entre las entidades de daño cerebral más claramente asociadas a cambios o alteraciones en la personalidad premórbida de los pacientes, se encuentra:
- A) La enfermedad de Parkinson
 - B) El síndrome de Münchausen
 - C) El hipotiroidismo
 - D) El delirium
- 25.- Los síntomas de anorexia están presentes en:
- A) Enfermedades neurodegenerativas de afectación fronto-temporal
 - B) El síndrome de Kleine-Levine
 - C) El síndrome de Klüver-Bucy (lesiones temporales bilaterales)
 - D) Ninguna de las respuestas es correcta
- 26.- La Anorexia Nerviosa cursa con un conjunto de alteraciones endocrinológicas, entre las que se encuentran:
- A) Disminución de tiotropina (TRH)
 - B) Edemas
 - C) Incremento de los niveles de tiroxina (T3 y T4)
 - D) Incremento de la secreción de las hormonas gonadales (FSH y LH)
- 27.- Caracterizar el juego patológico como conducta adictiva supone ciertas similitudes con el alcoholismo. Desde esta perspectiva, indique cual de las alternativas sería correcta:
- A) Rasgos de personalidad similares
 - B) El fenómeno de el "golpe" o estado eufórico reforzante
 - C) Crisis de angustia esporádicas
 - D) Episodios de anorexia

- 28.- *Al trastorno sexual caracterizado por la aparición de espasmos en la musculatura del tercio externo de la vagina que interfieren en el coito, se le denomina:*
- A) Dispareunia
 - B) Vaginismo
 - C) Frotteurismo doloroso
 - D) Anorgasmia
- 29.- *¿De qué informa en los resultados del WAIS III una puntuación escalar de 4 en la puntuación directa transformada?*
- A) Un desviación del 10% respecto a la media
 - B) Un alejamiento de dos desviaciones típicas por debajo de la media
 - C) Una probabilidad del 25% de encontrarnos ante la puntuación verdadera
 - D) Un rendimiento alcanzado por el 40% de los sujetos de la muestra de tipificación
- 30.- *¿Cuál es la utilidad principal en evaluación psicológica del test K-BIT de Kaufman?*
- A) Evaluación individual de la personalidad
 - B) Evaluación colectiva de la personalidad
 - C) Cribado en evaluación individual de inteligencia
 - D) Evaluación de factor "g"
- 31.- *¿Cuál es el elemento responsable fundamental del grado en que un test de inteligencia satura en "g"?*
- A) La cantidad de manipulación mental consciente desencadenada por la información presentada al sujeto
 - B) La velocidad de procesamiento de la información presentada al sujeto
 - C) La edad del sujeto
 - D) La capacidad visoespacial del sujeto
- 32.- *¿Cómo podría ser interpretada una puntuación elevada en la escala clínica básica "Hipomanía" del MMPI-2?*
- A) Autodepreciación y pesimismo
 - B) Egocentrismo y agresividad
 - C) Impulsividad y baja tolerancia a la frustración
 - D) Cansancio y laxitud
- 33.- *¿Cuál de las siguientes condiciones es básica en evaluación conductual en el marco clínico?*
- A) Énfasis en las características generales de la entidad nosológica
 - B) Evitar hipótesis y centrarse en los hechos
 - C) Realizar evaluación por series temporales
 - D) Evaluar la conducta en condiciones controladas

- 34.- ¿Qué acción es propia de la fase inferencial de la formulación clínica?
- A) El diagnóstico según las clasificaciones internacionales de los trastornos y enfermedades mentales
 - B) La especificación de técnicas de intervención
 - C) La definición de medidas específicas del trastorno y/o problema psicológico del paciente
 - D) El análisis funcional del mantenimiento del problema
- 35.- ¿Cuál de las siguientes pruebas sería de elección para evaluación de la lateralidad referida a la mano?
- A) Test de imitación de gestos
 - B) Tests motores de Ozeretski
 - C) Test del esquema corporal
 - D) Test de Zazzo
- 36.- ¿Cuál de los siguientes tests se incluiría preferentemente en un proceso de evaluación de trastornos del lenguaje en la infancia?
- A) Test de aprendizaje auditivo verbal de Rey
 - B) Test Boehm de conceptos básicos
 - C) Escala manipulativa internacional de Leiter
 - D) Pruebas de ritmo de Mira Stamback
- 37.- ¿Cuál de los siguientes tests es de elección para la evaluación neuropsicológica de la atención?
- A) Trail making test-B
 - B) El test de la b
 - C) Test de retención visual de Benton
 - D) Test de acentuación de palabras
- 38.- ¿Cuándo estaría indicada la realización de polisomnografía para evaluación de insomnio?
- A) Si el trastorno coexiste con alteración afectiva
 - B) Siempre
 - C) Si el trastorno coexiste con trastorno del ritmo sueño-vigilia
 - D) Si el trastorno es resultado de una parasomnía
- 39.- ¿Cuál de las siguientes intervenciones NO sería de elección en la evaluación, en un contexto clínico, del trastorno de angustia y la agorafobia?
- A) Obtención de medidas fisiológicas
 - B) Realización de autorregistros
 - C) Obtención de medidas de calidad de vida
 - D) Valoración de la comorbilidad

40.- *¿Qué significa "ser empático" en una entrevista clínica?*

- A) Hacer perceptible por el paciente la atención del terapeuta a su relato
- B) Evitar que influyan en la relación con el paciente nuestros juicios psicopatológicos
- C) Ser reforzador positivo
- D) Aceptar al paciente como es

41.- *¿Qué es característico de la apraxia melocinética?*

- A) La ausencia de perseveración
- B) La ausencia de organicidad
- C) La conservación de las melodías
- D) La dificultad para realizar movimientos suaves y sucesivos

42.- *¿Qué diferencia los trastornos de la personalidad de las transformaciones de la personalidad?*

- A) La duración temporal
- B) La intensidad de la alteración
- C) La ausencia de patología comórbida
- D) El modo de aparición

43.- *Cuál de las características que se enumeran NO caracteriza a las personas con un trastorno narcisista de personalidad (según criterios DSM-IV-TR):*

- A) Carece de empatía
- B) Explota a los demás en su propio beneficio
- C) Le preocupa la posibilidad de ser criticado
- D) La arrogancia

44.- *¿Con qué es necesario realizar el diagnóstico diferencial del trastorno "ludopatía"?*

- A) Juego reactivo compulsivo en enfermos depresivos
- B) Juego social habitual
- C) Juego impulsivo en el trastorno dependiente de la personalidad
- D) Juego social en el trastorno esquizoide de la personalidad

45.- *¿Qué trastornos mentales pueden manifestarse en una persona diagnosticada de retraso mental?*

- A) Cualquier trastorno mental
- B) Trastornos ansiosos y afectivos
- C) Trastornos de la personalidad
- D) Todos, excepto los trastornos del desarrollo y los del espectro autista

46.- *¿Cuál de las siguientes características de un cuadro psicótico nos orienta hacia el diagnóstico de "trastorno psicótico agudo"?*

- A) Presentación reciente y causa orgánica conocida
- B) Presencia de estrés agudo
- C) Elevada intensidad de las alteraciones psicopatológicas que conforman el cuadro clínico
- D) Comienzo hace menos de dos semanas

- 47.- *¿Cuál es el rasgo esencial a considerar para el diagnóstico de distimia?*
- A) Depresión prolongada sin la intensidad de otros trastornos depresivos
 - B) Comienzo al final de la adolescencia
 - C) Ausencia de fases de remisión y curso crónico
 - D) Ausencia de enfermedades orgánicas
- 48.- *En el proceso diagnóstico de una posible demencia, deberemos atender especialmente a:*
- 20
- A) Aumentar la especificidad de dicho proceso
 - B) Disminuir la prevalencia
 - C) Aumentar la sensibilidad del proceso diagnóstico
 - D) La relación transferencial
- 49.- *¿De qué depende el valor de predicción de un test clínico?*
- A) De su sensibilidad y especificidad, y de la prevalencia de la entidad clínica que diagnostica
 - B) De que la puntuación obtenida por el paciente sea inferior a dos desviaciones típicas
 - C) De los resultados obtenidos
 - D) De la incidencia de la entidad clínica que diagnostica
- 50.- *Un diagnóstico de "delirium no inducido por alcohol u otros psicotropos" puede hacerse cuando:*
- A) Presente los signos y síntomas característicos
 - B) Alcanza estabilidad
 - C) Se confirma la etiología
 - D) Reúna los demás requisitos diagnósticos de la esquizofrenia hebefrénica
- 51.- *Las intervenciones encaminadas a mantener la reducción sintomática, a disminuir el riesgo de recaídas y su detección precoz, a apoyar la adaptación funcional y comunitaria y a mejorar la calidad de vida de personas con esquizofrenia, ¿en qué fase de la enfermedad son las más adecuadas?*
- A) En una fase precoz
 - B) En una fase aguda
 - C) En una fase de estabilización
 - D) En una fase estable
- 52.- *Para la elección del ámbito de tratamiento de personas con esquizofrenia se consideran las siguientes recomendaciones:*
- A) Los pacientes han de ser atendidos preferentemente en un contexto hospitalario
 - B) Los pacientes han de ser atendidos en dispositivos de rehabilitación.
 - C) Los pacientes han de ser atendidos en el contexto familiar.
 - D) La elección debe basarse en la situación clínica del paciente, en sus preferencias y las de su familia, en las exigencias del plan de tratamiento y las características de los ámbitos de tratamiento disponibles

- 53.- **La implantación de intervenciones psicoeducativas en los planes de tratamiento de personas con esquizofrenia y sus familiares es:**
- A) Una recomendación con evidencia tipo A en las guías de práctica clínica
 - ~~B) Una intervención relacionada con el paradigma desde el que trabaja el profesional~~
 - ~~C) Una intervención de apoyo, pero que no tiene repercusión relevante en el tratamiento de las personas con esquizofrenia~~
 - ~~D) Una intervención que debe aplicarse solo en el caso de pacientes en las fase temprana de la enfermedad~~
- 54.- **La intervención familiar (IF), en especial la de tipo psicoeducativo basada en el manejo de la emoción expresada, enfocada a la reducción de la carga familiar y a la mejora del funcionamiento social del paciente con esquizofrenia:**
- A) Tiene un nivel de evidencia tipo A
 - B) Se recomienda en pacientes con familiares con alguna patología, especialmente cuando alguno de los padres tienen esquizofrenia
 - C) Es adecuada cuando el paciente reside fuera del domicilio familiar
 - D) Se aplica en contextos de hospitalización, no en el medio comunitario
- 55.- **La terapia de rehabilitación cognitiva para la esquizofrenia, en sus diversas modalidades:**
- A) Mejora el funcionamiento cognitivo del paciente con esquizofrenia.
 - B) Sólo resulta eficaz cuando el paciente se encuentra ingresado.
 - C) Solo es eficaz cuando el paciente cuenta con una familia colaboradora y no tiene antecedentes de suicidio
 - D) Solo se debe aplicar como terapia alternativa a los psicofármacos
- 56.- **El entrenamiento en habilidades sociales se aplica en programas de rehabilitación de personas con esquizofrenia:**
- A) Con las que han fracasado otros tratamientos y que tienen poca capacidad intelectual.
 - B) Con dificultades y/o estrés y ansiedad relacionadas con la interacción social.
 - C) Que viven en estructuras residenciales protegidas
 - D) Que no reciben tratamiento psicofarmacológico

57.- La Terapia Personal (Hogarty) es un programa global de intervención, basado en modelos de vulnerabilidad, que integra distintas técnicas para favorecer la conciencia de la vulnerabilidad personal y mejorar el control de factores personales y del entorno.

- A) Tiene evidencia experimental consistente en cuanto a su efecto en la prevención de recaídas, la mejora del insight, la expresión emocional y el funcionamiento personal de personas con esquizofrenia
- B) No hay evidencia de su eficacia, aunque es útil en el tratamiento de niños/as y adolescentes.
- C) Está indicada como terapia de intervención en las crisis agudas de la enfermedad en pacientes con esquizofrenia
- D) Es un programa terapéutico que se desarrolla como terapia familiar integrada.

58.- En relación a la inserción laboral de las personas con esquizofrenia,

- A) Se obtienen mejores resultados con los programas de empleo con apoyo que con el resto de intervenciones de rehabilitación laboral
- B) Se obtienen mejores resultados con la rehabilitación laboral que con el empleo con apoyo
- C) Las personas con esquizofrenia solo pueden trabajar en centros Especiales de Empleo o en Empresas Sociales
- D) Una persona que ha conseguido un trabajo normalizado no tiene una esquizofrenia, lo más probable es que haya existido una confusión diagnóstica

59.- La facilitación de los recursos de vivienda para personas con Trastorno Mental grave que lo requieran, deberían tener en consideración:

- A) La interacción entre la persona atendida y su contexto, favoreciendo la permanencia en su propio domicilio, con máxima autonomía posible
- B) Conseguir lugares de residencia especiales donde estas personas no sean un riesgo para los demás
- C) La elección de aquellos recursos o lugares donde la persona cuente con profesionales las 24 horas
- D) Este aspecto debe ser cubierto por la familia

60.- Una persona con un Trastorno Mental Grave:

- A) Por lo general, sólo hay que procurarle un recurso residencial, pues no son recuperables ni se benefician de la psicoterapia
- B) Debe recibir tratamiento en dispositivos de ingreso de 24 horas, dado que padecer un Trastorno Mental Grave hace imposible su vida en la comunidad
- C) Debe ser incapacitada jurídicamente, pues no puede decidir por sí misma en los aspectos más importantes de su vida
- D) Debe ser tratada en el entorno menos restrictivo posible, que sea seguro y contenedor, y que permita un tratamiento efectivo

61.- **Las intervenciones psicoterapéuticas recomendadas en el tratamiento de personas con esquizofrenia para la fase estable, con algún grado de evidencia establecen que:**

- A) La reducción significativa de recaídas y la mejora de la función social y laboral está directamente relacionada con el sexo y la edad
- B) La Rehabilitación cognitiva en el contexto hospitalario ofrece mejores resultados que cuando se aplican en el entorno social del paciente
- C) No es recomendable aplicar las técnicas de habilidades sociales en pacientes con esquizofrenia de inicio precoz
- D) La Terapia de rehabilitación cognitiva, en sus diversas modalidades, como técnica que mejora el funcionamiento cognitivo del paciente con esquizofrenia

62.- **Los trastornos relacionados con el uso de sustancias constituyen un factor de morbilidad importante cuando se producen de manera combinada con la esquizofrenia y se asocian a períodos de hospitalización más frecuentes y prolongados, y a otros resultados negativos, como la pérdida del hogar, conductas delictivas, la encarcelación, el suicidio y patologías somáticas crónicas. En estos casos:**

- A) Los objetivos del tratamiento serán los mismos que para el tratamiento de la esquizofrenia sin patología asociada, añadiendo los objetivos relativos al problema del uso de sustancias.
- B) El tratamiento en estas personas debe realizarse en contextos de hospitalización, bajo la consigna tolerancia 0 al consumo.
- C) Los terapeutas deben excluir de las terapias de grupo a los pacientes con esquizofrenia y consumo de tóxicos, para evitar el contagio del resto.
- D) El hecho de no haber alcanzado la abstinencia completa debe ser un motivo de exclusión de las intervenciones recomendadas para los pacientes con esquizofrenia.

63.- **La Estrategia en Salud Mental, definida por el Ministerio de Sanidad en el año 2006, establece que la atención a las personas con trastornos mentales se desarrollará mediante un modelo biopsicosocial de base comunitaria, y establece, además, como objetivos específicos:**

- A) Aumentar el porcentaje de pacientes con trastornos mentales graves incluidos en un programa de rehabilitación y de familias que reciben un programa de intervención familiar
- B) Desarrollar mecanismos de tutela, pues todas las personas con Trastorno Mental Grave, deben ser incapacitadas jurídicamente y deben contar con un/a tutor/a para velar por sus derechos
- C) Desarrollar estructuras residenciales para las personas con Trastorno Mental Grave, pues estas personas no pueden convivir con sus familias ni tienen capacidad para vivir solas
- D) Facilitar el ingreso involuntario, pues las personas con un Trastorno Mental Grave deben ser hospitalizadas, aunque sea sin su consentimiento, para proteger su salud

- 64.- *El Plan Integrado de Atención para los TMG que recoge la Estrategia en Salud Mental del Ministerio de Sanidad (2006), persigue:*
- A) Garantizar la homogeneidad de criterios de atención y la accesibilidad a los diferentes dispositivos de SM, sanitarios y sociosanitarios.
 - B) Definir el tipo de psicoterapia que deben recibir estas personas.
 - C) Asegurar que los recursos de atención a las personas con TMG son los Hospitales Psiquiátricos y las Unidades de Rehabilitación.
 - D) Establecer la libertad de cada profesional para definir el tipo de tratamiento.
- 65.- *Si un paciente claustrofóbico tiene dificultades para mantenerse en la situación fóbica temida (p.ej., en un ascensor) por el aumento de ansiedad que esto le produce, ¿qué debe hacer el terapeuta?*
- A) Dejar la tarea de exposición hasta el día siguiente.
 - B) Reducir el nivel de ansiedad del paciente mediante relajación profunda.
 - C) Abandonar esa situación específica y volver al ítem anterior de la jerarquía.
 - D) Abandonar un momento la situación, tranquilizarle y volver de nuevo a reanudar la exposición a la situación temida.
- 66.- *Según los planteamientos defendidos por Wells y Clark sobre la Fobia Social, en la aplicación de la técnica de exposición se deben tener en cuenta las estrategias que la persona pone en marcha para protegerse de las catástrofes temidas, pero que no hacen más que agravar y mantener el problema. ¿Cómo se denominan tales estrategias?*
- A) De auto-escrutinio.
 - B) De evitación pasiva.
 - C) De comprobación.
 - D) De seguridad.
- 67.- *De acuerdo con los criterios actualmente manejados por la psicología clínica basada en la evidencia, ¿cuál de las siguientes alternativas de tratamiento constituye un tratamiento bien establecido, tanto para la ansiedad y evitación fóbicas que caracterizan a la Agorafobia, como para la interferencia causada por el trastorno?*
- A) La desensibilización sistemática.
 - B) La exposición en vivo.
 - C) La exposición interoceptiva.
 - D) La terapia interpersonal.
- 68.- *Según los planteamientos cognitivos (por ej., Brown, Ladouceur), los pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada suelen sobrestimar las ventajas, y subestimar las desventajas, del hecho de preocuparse. ¿Qué alternativa útil de tratamiento se propone desde esos planteamientos para abordar este aspecto?*
- A) Análisis conductual de las situaciones asociadas a las preocupaciones.
 - B) Reevaluación de la valoración del hecho de preocuparse.
 - C) Exposición sistemática a la preocupación.
 - D) Entrenamiento en solución de problemas.

- 69.- *¿Cuál es la principal utilidad de las discusiones cognitivas y los experimentos comportamentales asociados (p. ej., llevar a cabo procedimientos de hiperventilación) en el tratamiento cognitivo desarrollado por Clark, Salkovskis y Beck para el tratamiento del Trastorno de Angustia?*
- A) Conocer mejor los ataques de angustia del paciente.
 - B) Que el paciente aprenda a controlar mejor la ansiedad.
 - C) Que el paciente comprenda la importancia que tienen las cogniciones en sus ataques de angustia y, de esta forma, se facilite la des-confirmación de las creencias erróneas.
 - D) Que el paciente comprenda la importancia de sus conductas de evitación en el mantenimiento de su problema.
- 70.- *Los pacientes que experimentan emociones de ira o culpa durante la exposición en imaginación a los recuerdos traumáticos responden peor de lo esperable al tratamiento de exposición. Señale qué técnica podría ser útil utilizar en estos casos como ayuda complementaria.*
- A) Exposición en vivo.
 - B) Solución de problemas.
 - C) Reestructuración cognitiva.
 - D) Desensibilización y reprocesamiento del movimiento ocular.
- 71.- *Si durante el establecimiento del contrato terapéutico con un paciente hipocondríaco éste se muestra reticente a iniciar una intervención psicológica a menos que se pueda someter a una última "prueba final", esto es, volver a realizar un examen médico, ¿cómo puede actuar el terapeuta?*
- A) Aconsejando que se realice el examen físico, pero posponiendo la terapia tres meses.
 - B) Desaconsejando que se realice el examen físico porque la información tranquilizadora es un mantenedor de su preocupación por la salud.
 - C) Aconsejando que se realice el examen físico y utilizarlo para mostrarle al paciente cómo la información tranquilizadora mantiene su preocupación por la salud.
 - D) Desaconsejando seguir el tratamiento ya que en este caso el paciente no parece estar suficientemente motivado.
- 72.- *¿Qué técnicas de intervención psicológica constituyen la opción terapéutica más eficaz de la que se dispone actualmente para hacer frente al Juego Patológico?*
- A) Las de solución de problemas y el control de estímulos.
 - B) La exposición en vivo con prevención de respuesta y el control de estímulos.
 - C) La exposición en vivo con prevención de respuesta y la terapia cognitiva individual.
 - D) El control de estímulos y la prevención de recaídas.

73.- Desde la perspectiva de la terapia cognitiva para la depresión de A.T. Beck, ¿qué técnica se utiliza al comienzo de la terapia en el caso de que la persona se encuentre gravemente deprimida?

- A) La técnica de la triple columna.
- B) La programación/asignación de tareas graduadas.
- C) La comprobación de hipótesis.
- D) El entrenamiento en solución de problemas.

74.- A la hora de ayudar a un paciente en su reorganización individual después de pasar por un episodio psicótico, es importante:

- A) Alentar la autoreflexión y el procesamiento de aspectos significativos de las experiencias psicóticas.
- B) Evitar un discurso narrativo en el paciente que le lleve a experimentar emociones de humillación.
- C) Elaborar un modelo explicativo del problema que permita al paciente tener presente la anormalidad de los síntomas experimentados durante el episodio.
- D) Promover la preocupación por el problema, de tal forma que el proceso de reorganización individual incluya el diagnóstico de la psicosis.

75.- Durante el trabajo terapéutico con las reacciones traumáticas a las experiencias psicóticas no es aconsejable promover la reflexión sobre las similitudes y diferencias de las experiencias traumáticas y las psicóticas cuando el paciente:

- 20
- A) Manifiesta recuerdos vergonzantes de forma constante.
 - B) Padece constantes experiencias psicóticas estresantes.
 - C) Verbaliza sensaciones de peligro o amenaza interpersonal.
 - D) Presenta una respuesta paranoide sobrevalorada a las reacciones traumáticas.

76.- Desde el enfoque cognitivo conductual actual para el abordaje de la sintomatología psicótica se considera:

- A) Que existe una conexión entre el contenido de las alucinaciones, los pensamientos, las conductas correspondientes y la percepción que tienen las personas de sí mismas.
- B) Que el contenido de las alucinaciones es simplemente material caótico producto de la bioquímica de la enfermedad.
- C) Que el significado que los pacientes asignan a sus voces tiene poca conexión con su estado emocional y su conducta de afrontamiento.
- D) Que las creencias de omnipotencia o benevolencia sobre una alucinación influyen poco sobre la sintomatología.

- 77.- **La utilización del diálogo socrático en el enfoque cognitivo conductual para el abordaje de delirios y alucinaciones:**
- A) No precisa del mantenimiento de una emoción neutral por parte del terapeuta
 - B) Es un enfoque de riesgo pues puede enraizar más el entramado delirante
 - C) Está sujeto a la existencia previa en el paciente de conciencia de enfermedad
 - D) Pretende motivar al paciente hacia la comprobación empírica del contenido de las alucinaciones verbales
- 78.- **En el enfoque cognitivo para la modificación de ideas delirantes derivado de la terapia cognitiva de Beck:**
- A) Se inicia el debate racional indicando al paciente que su idea delirante es equivocada
 - B) Se anima a los pacientes a considerar sus ideas delirantes sólo como una posible interpretación de los acontecimientos y se les pide que consideren y evalúen un punto de vista alternativo
 - C) Se ha evidenciado que la confrontación directa del paciente con la inadecuación de su creencia es aconsejable pues no produce un especial aumento de la perturbación emocional en el paciente
 - D) No se suele utilizar la estrategia de comprobación empírica de la creencia delirante
- 79.- **La Terapia Dialéctica Conductual para el trastorno límite de personalidad utiliza el entrenamiento en mindfulness o atención plena para abordar:**
- A) La regulación cognitiva y del self
 - B) La regulación emocional
 - C) La regulación conductual
 - D) La regulación interpersonal
- 80.- **La Terapia Dialéctica Conductual asume entre sus supuestos básicos que:**
- A) El terapeuta debe cuidar al paciente
 - B) Los pacientes han causado todos sus problemas
 - C) Si un paciente no hace progresos la carga del fracaso es asumida por la terapia, es decir, la terapia *desculpabiliza al paciente*
 - D) Los pacientes no suelen colaborar de la mejor forma en la terapia
- 81.- **El tratamiento en grupo de los trastornos de personalidad posee una serie de aspectos que facilitan el cambio terapéutico. Indique cuál de los siguientes NO es un factor facilitador del proceso de cambio:**
- A) El hecho de que sea menos probable que aparezca la transferencia negativa paralizante hacia el terapeuta
 - B) El hecho de que el grupo facilita la integración de afectos positivos y negativos.
 - C) El hecho de que sea menos probable que se produzca el rechazo de la retroalimentación que se ofrezca.
 - D) El hecho de que se facilite la aparición de afectos intensos en el grupo

- 82.- *El tratamiento en grupo puede ser muy beneficioso para los pacientes con trastorno histriónico de la personalidad:*
- A) No obstante, también pueden hacer que el grupo pierda motivación
 - B) Además, estos pacientes pueden contribuir a que el grupo esté más motivado y sea más enérgico
 - C) Sin embargo, el pronóstico será peor cuanto más baja sea la frecuencia de conductas dramáticas de los pacientes
 - D) Además, el grupo progresará más si los pacientes adoptan roles de monopolización que compitan
- 83.- *En la terapia cognitiva para el trastorno de personalidad esquizotípico, el cambio de creencias paranoides:*
- A) Se realiza únicamente mediante el entrenamiento en reatribución y el análisis de sus ventajas e inconvenientes
 - B) Se realiza sólo mediante pruebas empíricas
 - C) Puede facilitarse por la creencia del paciente acerca de su utilidad
 - D) Puede dificultarse si se no se abordan de forma explícita al inicio las ideas de sospecha sobre el terapeuta
- 84.- *Los pacientes con trastorno de personalidad por evitación presentan toda una gama de estados disfóricos. Para su abordaje:*
- A) Es deseable enseñarles a eliminar la ansiedad y la depresión
 - B) Es aconsejable enseñarles a examinar y tolerar cualquier estado de ánimo disfórico
 - C) No es aconsejable evocar dichos estados de ánimo en la sesión, sino esperar que se produzcan de forma natural y después analizar la situación durante la sesión
 - D) El tratamiento en grupo es el de elección para esos estados, puesto que es el único que ha demostrado su eficacia
- 85.- *Las estrategias para trabajar los problemas que pueden afectar a la alianza terapéutica están dirigidas a diferentes objetivos. Indique cuál de los objetivos terapéuticos que se exponen a continuación NO está dirigido específicamente a la protección de la alianza terapéutica:*
- A) Reflexionar acerca de las interacciones entre paciente y terapeuta
 - B) Clarificar metas y tareas terapéuticas específicas que faciliten al paciente conocer el proceso de cambio.
 - C) Establecer una metacomunicación sobre el proceso terapéutico
 - D) Centrar la actividad terapéutica en el aquí y ahora.
- 86.- *En pacientes con expectativas de controlabilidad sobre su problema, es preciso:*
- A) Distinguir si el planteamiento del paciente es correcto en la atribución que hace del motivo que origina y mantiene su problema.
 - B) Validar dichas expectativas para mantener la motivación de cambio.
 - C) Confrontar al paciente con su exceso de control, pues este aspecto interferirá en el progreso terapéutico.
 - D) Determinar si esas expectativas de controlabilidad pertenecen a un estilo atributivo generalizado.

87.- Existe consenso en afirmar que las asunciones sobre la responsabilidad de la causa del problema y su remedio se manifiestan en la orientación teórica del clínico, de tal forma que los enfoques que atribuyen menor grado de responsabilidad a los pacientes tienden a:

- A) Llevar a cabo tratamientos no directivos de larga duración
- B) Poner en marcha estrategias más directivas y tratamientos concentrados a corto plazo
- C) Llevar a cabo tanto tratamientos directivos y a corto plazo, como no directivos y a largo plazo
- D) Disminuir también la responsabilidad del terapeuta

88.- Existen ciertas situaciones clínicas dónde la aplicación de los principios integradores de psicoterapia puede resultar especialmente útil. ¿Cuál de las siguientes situaciones NO se beneficiaría tanto de la utilización de dichos principios?

- A) Trastornos de personalidad y crónicos que afectan a numerosas esferas de la vida del paciente.
- B) Demandas complejas, con multiplicidad de síntomas y quejas.
- C) Trastornos adictivos con alta interferencia en el funcionamiento del paciente.
- D) Trastornos de ansiedad con elementos fóbicos.

89.- La utilización de un procedimiento no directivo y centrado en el síntoma, como puede ser la intención paradójica, será especialmente útil frente a un paciente:

- A) Con un potencial de resistencia alto y externalizador
- B) Con un potencial de resistencia bajo
- C) Internalizador
- D) Con un potencial de resistencia bajo e internalizador

90.- El papel y la participación de padres y amigos suele ser diferente en el tratamiento de la anorexia y la bulimia, concretamente:

- A) La participación de los padres es mucho más intensa en la anorexia pues las pacientes suelen ser muy jóvenes.
- B) La participación de los padres es menos intensa en la anorexia pues las pacientes no suelen admitir su cooperación en la terapia.
- C) Los grupos de padres no han mostrado ser útiles en el tratamiento de la anorexia.
- D) La intervención individual con los padres ha mostrado ser la forma de cooperación familiar más útil en la terapia de la bulimia.

- 91.- *En el contexto de los tratamientos cognitivo-conductuales, los llamados "experimentos conductuales":*
- A) No deben realizarse nunca porque contravienen las normas éticas
 - B) Son actividades experienciales planificadas, basadas en la auto-experimentación o en la observación directa por parte del paciente.
 - C) Solo están indicados en los trastornos de ansiedad de gravedad leve (por ej., fobias simples), pero son contraproducentes en otros más graves (por ej., trastorno obsesivo-compulsivo, agorafobia, etc.)
 - D) Deben realizarse siempre con el terapeuta presente, en el contexto de las sesiones programadas para ello.
- 92.- *Ante la demanda de atención psicoterapéutica de unos padres para su hijo de trece años, el terapeuta debe:*
- A) Incluir la participación activa de los padres en la terapia.
 - B) Desestimar la participación de los padres si están afectados por alguna psicopatología.
 - C) Considerar suficiente la demanda de los padres para iniciar el tratamiento.
 - D) Establecer la legitimidad del motivo de consulta infantil antes de iniciar el tratamiento.
- 93.- *Según Winnicott el especial grado de adaptación a las necesidades del bebé que normalmente se desarrolla en todas las madres, se denomina:*
- A) Ansiedad de separación
 - B) Depresión posparto
 - C) Preocupación maternal primaria
 - D) Relación de apego adecuada al vínculo madre-bebé
- 94.- *Según la teoría del apego el sistema de representaciones sobre acontecimientos, recuerdos autobiográficos y comprensión de las características psicológicas de otras personas, se denomina:*
- A) Identificación proyectiva
 - B) Modelo de funcionamiento interno o trabajo interno
 - C) Huellas mnémicas
 - D) Representaciones sobre la conducta observable
- 95.- *Según Piaget el comienzo de la función simbólica y los juegos de imitación corresponden al periodo:*
- A) Sensorio-perceptivo
 - B) Operaciones concretas
 - C) Operaciones formales
 - D) Preoperatorio
- 96.- *Según la CIE-10, la pica en la infancia:*
- A) Es un trastorno del control de los impulsos
 - B) Si aparece en el retraso mental, constituye un síntoma pero no un diagnóstico
 - C) La CIE-10 no contempla este trastorno
 - D) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta

- 97.- *En el tratamiento de las fobias infantiles, han demostrado tener apoyo empírico:*
- A) La modificación de conducta en el aula y entrenamiento parental
 - B) Terapia de juego-castigo
 - C) Terapia racional-emotiva
 - D) Modelado participante y práctica reforzada
- 98.- *Los criterios de investigación de la CIE-10 para el trastorno hiperkinético, se agrupan en tres categorías de síntomas:*
- A) Impulsividad, extroversión, déficit de atención
 - B) Impulsividad, hipercinesia, agitación motora
 - C) Extroversión, agitación motora, hiperactividad
 - D) Déficit de atención, hiperactividad, impulsividad
- 99.- *A qué diagnóstico, según criterios DSM-IV-TR, se ajusta la siguiente descripción: "varón, sin alteraciones morfológicas, con alteraciones cualitativas de la interacción social y la comunicación, patrones restringidos y estereotipados de comportamiento, intereses, y actividades, todo lo cual debutó antes de los 36 meses de edad":*
- A) Síndrome de Rett
 - B) Trastorno Autista
 - C) Trastorno obsesivo-compulsivo de inicio precoz
 - D) Ninguno de los anteriores
- 100.- *Según la Ley de Autonomía del paciente, información y documentación clínica, el consentimiento que da el representante legal frente a una intervención clínica a un menor de 12 años, se denomina:*
- A) Consentimiento por delegación
 - B) Consentimiento por sustitución
 - C) Consentimiento paterno
 - D) Consentimiento informado por representación
- 101.- *La existencia de un patrón general de distanciamiento de las relaciones sociales y restricción de la expresión emocional en el plano interpersonal (criterios DSM-IV-TR), caracteriza a las personas con un trastorno de personalidad:*
- A) Evitador
 - B) Esquizoide
 - C) Esquizotípico
 - D) Dependiente
- 102.- *Al episodio de intenso miedo o molestia, durante el cual aparecen bruscamente una serie de síntomas de hiper-activación del SNA y aprensión, alcanzado su pico en unos minutos se le denomina:*
- A) Crisis o ataque de angustia
 - B) Ansiedad generalizada
 - C) Trastorno de angustia
 - D) Episodio disociativo primario

103.- *Según la Teoría de la Preparación de Seligman, una de las propiedades características de las fobias es:*

- A) Susceptibilidad alta al condicionamiento tipo A
- B) Susceptibilidad alta al condicionamiento tipo B
- C) La selectividad
- D) El carácter traumático inicial, necesario para que aparezca la fobia

104.- *Desde el enfoque sobre el estrés de Lazarus y Folkman, el afrontamiento se conceptúa como:*

- A) Un proceso
- B) La focalización de la persona en la emoción que provoca el estrés
- C) La focalización de la persona en el problema que provoca el estrés
- D) Un estilo de manejo del estrés, similar al concepto psicodinámico de defensa del yo

105.- *Según diversos estudios epidemiológicos recientes, cuál de los trastornos de ansiedad que se indica tiene su edad de inicio más habitual entre los 20-30 años:*

- A) Fobia social
- B) Trastorno de Estrés postraumático agudo
- C) Agorafobia
- D) Fobia específica

106.- *El modelo de expectativa de ansiedad de Reiss es uno de los referentes actuales para la explicación de la génesis y/o el mantenimiento de los trastornos de ansiedad. El concepto de sensibilidad a la ansiedad, central en el modelo, hace referencia a:*

- A) La sensibilidad a la evaluación negativa
- B) Las expectativas sobre la posibilidad de experimentar ansiedad intensa en algunas circunstancias
- C) La sensibilidad al daño físico personal
- D) La sensibilidad a experimentar ansiedad

107.- *El contenido de la preocupación ansiosa que se produce en un trastorno de ansiedad generalizada consiste en:*

- A) Tener un ataque de angustia
- B) Perder la estima o apreciación de los demás
- C) Temas diversos de la vida cotidiana
- D) Alejarse de la propia casa, o adentrarse en algún lugar poco conocido

108.- *El subtipo paranoide de la esquizofrenia se caracteriza por la presencia, entre otros síntomas, de los siguientes (criterios DSM-IV-TR):*

- A) Lenguaje y comportamiento desorganizados y afecto plano o inapropiado
- B) Actividad motora excesiva sin finalidad, delirios, y alucinaciones
- C) Negativismo extremo, ecolalia, ecopraxia, e inmovilidad motora
- D) Ideas delirantes y alucinaciones auditivas

- 109.- *Indique cómo se denomina el trastorno que se caracteriza por la preocupación de un defecto en la apariencia, siendo dicho defecto imaginado, o en caso de que exista, la preocupación por el mismo es desproporcionada:*
- A) Dismórfico corporal
 - B) Hipocondriasis
 - C) Pseudociesis
 - D) Anorexia nerviosa
- 110.- *Cuál de las siguientes afirmaciones **NO ES CIERTA** en relación al uso de procedimientos hipnóticos para el abordaje del dolor en los niños:*
- A) La utilización de la hipnosis para el abordaje del dolor crónico requiere su integración en un programa de intervención multicomponente.
 - B) Uno de los objetivos terapéuticos de la hipnosis en dolor infantil es el control de psicofisiológicas.
 - C) La hipnosis ha sido utilizada en la misma proporción en el tratamiento del dolor crónico y el dolor agudo.
 - D) La capacidad imaginativa de los niños y su predisposición hacia la situación de juego son elementos que facilitan la eficacia de la hipnosis en niños sometidos a procedimientos dolorosos.