# OSAKIDETZA

2018ko otsailaren 14ko 123/2018 Erabakiaren bidez, egindako Oposaketa-Lehiaketarako deia (EHAA 45 Zkia. 2018ko martxoaren 5ekoa)

Concurso-Oposición convocado por Resolución 123/2018 de 14 de febrero de 2018 (B.O.P.V. Nº 45 de 5 de marzo de 2018)

## *KATEGORIA:*

## *FAK. ESP. PSIKOLOGO-KLINIKO TEKNIKARIA*

## CATEGORÍA:

## FAC. ESP. TÉCNICO PSICÓLOGO CLÍNICO

Proba eguna: **2018ko maiatzaren 26a**
Fecha prueba: **26 de mayo de 2018**

***1. ariketa*** */ 1er. ejercicio*
***A*** *Eredua / Modelo* ***A***

**1 SEÑALE CUÁL DE LAS SIGUIENTES ES LA DEFINICIÓN CORRECTA DE LA HABILIDAD DEL TERAPEUTA DENOMINADA "CONTROL EMOCIONAL" POR BUELA Y COL.**

1a) Es la puesta en marcha de estrategias de entrenamiento de autocontrol para el paciente.
1b) Es la gestión adecuada de la comunicación NO verbal para impedir que se noten las emociones propias.
1c) Es la capacidad para identificar correctamente el propio estado emocional del terapeuta durante el proceso de terapia, para evitar que interfiera en el mismo.
1d) Es la utilización de las propias emociones para lograr motivar al paciente en el proceso terapéutico.

**2 SEÑALE CUÁL DE LAS SIGUIENTES NO SE INCLUYE ENTRE LAS INTERVENCIONES FACILITADORAS EN LA ENTREVISTA CLÍNICA.**

2a) Un buen uso del silencio.
2b) Hacer resúmenes de lo que el paciente relata.
2c) Reconocer la emoción del paciente.
2d) Utilizar la ironía.

**3 SEÑALE CUÁL DE LAS SIGUIENTES INTERVENCIONES CONVIENE EVITAR EN LA ENTREVISTA CLÍNICA POR RESULTAR NEGATIVA RESPECTO AL OBJETIVO DE LA MISMA.**

3a) Las preguntas abiertas.
3b) Las preguntas "por qué", sobre los motivos o causas de su conducta.
3c) Las intervenciones de refuerzo, como "ajá", "cuénteme más"…
3d) Pedir aclaraciones.

**4 ¿QUÉ INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN SERÍA MÁS ADECUADO PARA UN ADULTO EXTRANJERO SIN DOMINIO DEL LENGUAJE CASTELLANO CON SOSPECHA DE DÉFICIT INTELECTUAL?**

4a) Escalas de desarrollo de Gesell revisadas.
4b) Escala de inteligencia de Wechsler para adultos (WAIS-IV).
4c) Test de inteligencia NO verbal (TONI-3).
4d) Prueba breve de inteligencia de Kaufman.

**5 SEÑALE CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES FALSA RESPECTO A LAS FUNCIONES EJECUTIVAS EN NIÑOS.**

5a) El funcionamiento ejecutivo se refiere a la capacidad para organizarse a la hora de llevar a cabo un objetivo específico.
5b) Sin un buen funcionamiento ejecutivo un niño inteligente puede fracasar a nivel académico.
5c) El funcionamiento ejecutivo es independiente de la capacidad atencional.
5d) El funcionamiento ejecutivo NO termina de desarrollarse hasta que el niño alcanza la adolescencia.

**6 ¿QUÉ EVALÚA EL TEST DE CLASIFICACIÓN DE CARTAS DE WISCONSIN?**

6a) Valora la asociación y discriminación de caras NO familiares.
6b) La memoria visual.
6c) La capacidad de planificación.
6d) La capacidad para generar estrategias alternativas de respuesta en función de la retroalimentación.

**7 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES SOBRE EL PRINCIPIO DE REALIDAD DESCRITO POR FREUD ES CORRECTA?**

7a) Forma parte del "súper yo" y ayuda a mantener una conciencia moral individual.
7b) Describe la función sintética del yo, como capacidad para integrar diversos elementos en una sola unidad.
7c) Es una función innata que ayuda a la adaptación.
7d) Es una función aprendida que modifica el principio de placer y ayuda a aprender la demora de la gratificación.

**8 SEÑALE CUÁL DE LAS SIGUIENTES ETAPAS NO FORMA PARTE DE LAS PROPUESTAS EN EL MODELO DEL DESARROLLO PSICOSOCIAL DE ERIKSON.**

8a) Confianza frente a desconfianza.
8b) Autonomía frente a vergüenza y duda.
8c) Laboriosidad frente a inferioridad.
8d) Autoafirmación frente a sociabilidad.

**9 LA TEORÍA DEL FALLO EN LA METACOGNICIÓN, FORMULADA POR BENTALL, PARA EXPLICAR EL MECANISMO SUBYACENTE EN LAS ALUCINACIONES AUDITIVAS, SEÑALE LO SIGUIENTE:**

9a) Las alucinaciones son el resultado de una imaginación anormalmente vívida.
9b) Los sujetos presentan un fallo en la planificación del discurso que da lugar a percibir el lenguaje interno como NO intencionado.
9c) Existe un sesgo cognitivo que da lugar a atribuir estímulos autogenerados a fuentes externas.
9d) Las alucinaciones se mantienen por condicionamiento clásico.

**10 ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES FENÓMENOS NO SE CLASIFICA DENTRO DE LOS TRASTORNOS FORMALES DEL PENSAMIENTO?**

10a) Perseveración.
10b) Taquipsiquia.
10c) Descarrilamiento.
10d) Pararrespuestas.

**11 ¿QUÉ FENÓMENO SE CONOCE COMO "LEY DE RIBOT"?**

11a) Es habitual en las demencias y predice la pérdida de información progresiva empezando por lo más reciente.
11b) La amnesia anterógrada o de fijación, que se refiere a la dificultad para hacer nuevos aprendizajes.
11c) Los fenómenos de confabulación habituales en las pérdidas graves de memoria.
11d) El patrón de ejecución de los tests de memoria habitual en las pseudodemencias.

**12 SEÑALE CUÁL DE LOS SIGUIENTES, NO ES UN CAMBIO INTRODUCIDO EN EL DSM 5, RESPECTO AL MANUAL DE CLASIFICACIÓN ANTERIOR (DSM-IV).**

12a) El término “Retraso mental” se sustituye por “Discapacidad intelectual”.
12b) Aparece el “Trastorno del espectro autista” que abarca tanto el trastorno autista, como el trastorno de asperger y el trastorno generalizado del desarrollo NO especificado.
12c) Se introduce una categoría específica de “Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados” en vez de incluir este trastorno obsesivo-compulsivo dentro de los “Trastornos de ansiedad”.
12d) Se introduce un modelo de clasificación dimensional para los “Trastornos de la personalidad”.

**13 ¿QUÉ VENTAJAS SE HAN ARGUMENTADO A FAVOR DE LAS CLASIFICACIONES PSICOPATOLÓGICAS MODERNAS?**

13a) Sus adecuadas propiedades psicométricas (fiabilidad y validez).
13b) El aportar un sistema con consistencia lógica interna.
13c) Contribuye a organizar los datos en conceptos comprensibles y precisos.
13d) Su enfoque idiográfico.

**14 SEGÚN EL MODELO EXPLICATIVO DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD PROPUESTO POR MILLON EN 1986, SEÑALE CUÁL DE LOS SIGUIENTES TRASTORNOS SE CORRESPONDE CON EL PATRÓN DE CONDUCTA INSTRUMENTAL ACTIVO CON FUENTE DE REFUERZO AMBIVALENTE.**

14a) Personalidad histriónica.
14b) Personalidad antisocial.
14c) Personalidad pasivo-agresiva.
14d) Personalidad narcisista.

**15 RESPECTO A LA CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN EL DSM 5, SEÑALE CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES CIERTA.**

15a) Para el diagnóstico se debe considerar la etnia y el origen cultural y social del individuo.
15b) El trastorno límite de la personalidad se incluye en la categoría de trastornos afectivos.
15c) Se incluye el trastorno de personalidad masoquista.
15d) Es necesario que los síntomas estén presentes durante los dos últimos años.

**16 LA APRENSIÓN, COMO PREOCUPACIÓN CONSTANTE POR FUTURAS DESGRACIAS, SEGÚN LA CIE-10 ¿DE CUÁL DE LOS SIGUIENTES TRASTORNOS ES CARACTERÍSTICA?**

16a) Trastorno de pánico.
16b) Trastorno de ansiedad generalizada.
16c) Trastorno obsesivo-compulsivo.
16d) Trastorno mixto ansioso-depresivo.

**17 LAS EXPERIENCIAS RECURRENTES DE ESTAR FUERA DEL PROPIO CUERPO O DE LOS PROPIOS PROCESOS MENTALES, PERO MANTENIENDO INTACTO EL CONTACTO CON LA REALIDAD, ES PROPIA DEL SIGUIENTE TRASTORNO (SEÑALE LA OPCIÓN VERDADERA)**

17a) Fuga disociativa.
17b) Trastorno de despersonalización.
17c) Trastorno disociativo de identidad.
17d) Otros trastornos disociativos.

**18 ¿CUÁNDO DEBE USARSE LA CATEGORÍA DIAGNÓSTICA DE TRASTORNO MIXTO ANSIOSO-DEPRESIVO?**

18a) Cuando existen simultáneamente un trastorno de ansiedad y uno depresivo.
18b) Cuando existan síntomas de ansiedad y de depresión pero sin intensidad suficiente para justificar un diagnóstico por separado.
18c) Siempre que existan síntomas depresivos en un trastorno de ansiedad.
18d) Cuando el cuadro sea reactivo a un estresor.

**19 SEÑALE CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES NO SE INCLUYE EN LA TRIADA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN PROPUESTA POR BECK.**

19a) La percepción negativa de sí mismo.
19b) La percepción negativa de las relaciones interpersonales.
19c) La percepción negativa del mundo, con valoración negativa de todas sus experiencias.
19d) La percepción negativa del futuro.

**20 LA TEORÍA DEL AUTOCONTROL DE KANFER, PROPUESTA POR REHM PARA EXPLICAR LA DEPRESIÓN, PLANTEA LO SIGUIENTE (SEÑALE LA VERDADERA).**

20a) La depresión surge ante la alta prevalencia de eventos negativos a lo largo de la vida.
20b) La depresión depende de la expectativa de incontrolabilidad de los sucesos negativos.
20c) La depresión depende de la alta expectativa de sucesos aversivos.
20d) La depresión se caracteriza por tasas relativamente bajas de autorefuerzo y altas de autocastigo.

**21 SEÑALE CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES CIERTA RESPECTO AL SUICIDIO.**

21a) Los suicidios tienen lugar sin aviso previo.
21b) Puede tener lugar el suicidio en personas sin historia de enfermedad mental.
21c) Cuando la persona comienza a salir de la depresión el riesgo de suicidio desaparece.
21d) En todos los intentos de suicidio hay un deseo firme de morir.

**22 ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES ES UNO DE LOS SÍNTOMAS DENOMINADOS DE PRIMER RANGO O PRIMER ORDEN POR SCHNEIDER?**

22a) Abulia.
22b) Autismo.
22c) Sonorización del pensamiento.
22d) Delirio de persecución.

**23 EN LA ESQUIZOFRENIA, LA POBREZA DEL LENGUAJE, CON POBREZA DEL CONTENIDO, AUMENTO DE LA LATENCIA DEL LENGUAJE Y PERSERVERACIONES VERBALES SE DENOMINA:**

23a) Embotamiento afectivo.
23b) Alogia.
23c) Abulia.
23d) Asociabilidad.

**24 SEGÚN SE PLANTEA EN EL DSM 5, ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES FALSA RESPECTO AL DÉFICIT COGNITIVO EN LA ESQUIZOFRENIA?**

24a) Se requiere como criterio diagnóstico.
24b) Es frecuente y afecta a la velocidad de procesamiento, la memoria y las funciones ejecutivas.
24c) Probablemente, tiene relación con el déficit funcional que se observa en estos enfermos.
24d) Los déficits cognitivos preceden con frecuencia al inicio de la psicosis.

**25 SEÑALE CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES NO CORRESPONDE AL MODELO NEUROPSICOLÓGICO DE FRITH PARA EXPLICAR LA ESQUIZOFRENIA.**

25a) En estos pacientes podría existir un estado de "sobrecarga de información" de manera que los síntomas negativos son un modo de adaptarse a los efectos del deterioro cognitivo.
25b) Los síntomas positivos se derivan de un déficit en la capacidad de metarepresentación, entendida como capacidad para reflexionar sobre nuestros pensamientos y nuestra representación del mundo.
25c) Las alucinaciones y delirios provienen de un defecto central del sistema de monitorización.
25d) Los síntomas negativos se explican por el fracaso en la autogeneración de acciones.

**26 ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES TIPOS DE IDEAS DELIRANTES NO ES PROPIA DE UN TRASTORNO DE IDEAS DELIRANTES?**

26a) Ideas delirantes de persecución.
26b) Ideas delirantes celotípicas.
26c) Ideas delirantes de ser controlado.
26d) Ideas delirantes de grandeza.

**27 SEÑALE CUÁL DE LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS DE LOS DELIRIOS APUNTA, EN UN PROCESO DE DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL, HACIA EL TRASTORNO POR IDEAS DELIRANTES FRENTE A LA ESQUIZOFRENIA.**

27a) Delirios sistematizados.
27b) Alteraciones en los procesos de pensamiento.
27c) Presencia de alucinaciones auditivas.
27d) Apariencia extraña.

**28 SEÑALE CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES FALSA RESPECTO A LA PSICOSIS PUERPERAL.**

28a) Suele aparecer el día siguiente al parto.
28b) El inicio es brusco.
28c) Los síntomas incluyen suspicacia, confusión e incoherencia entre otros.
28d) En la mayor parte de los casos la recuperación es rápida.

**29 ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES NO ES UN TRASTORNO RELACIONADO CON EL ALCOHOL RECONOCIDO EN EL DSM 5?**

29a) Dependencia del alcohol.
29b) Trastorno por consumo de alcohol.
29c) Intoxicación por alcohol
29d) Abstinencia de alcohol.

**30 ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES NO ES UN SIGNO HABITUAL DE LA INTOXICACIÓN POR ALCOHOL?**

30a) Lenguaje farfullante.
30b) Marcha inestable.
30c) Deterioro de la atención o de la memoria.
30d) Agitación psicomotora.

**31 RESPECTO A LA CLASIFICACIÓN DEL TRASTORNO POR JUEGO EN EL DSM 5, SEÑALE LA AFIRMACIÓN CORRECTA.**

31a) Se clasifica dentro de los trastornos de control de los impulsos.
31b) Se clasifica dentro de las adicciones comportamentales.
31c) Se clasifica dentro de los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos.
31d) Se clasifica dentro de los trastornos compulsivos.

**32 SEÑALE CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES FALSA RESPECTO A LA COMORBILIDAD EN LAS ADICCIONES.**

32a) Algunos estudios encuentran que hasta el 50% de los adictos presenta un trastorno concomitante.
32b) Los adictos que presentan un trastorno añadido tienen mayor probabilidad de buscar tratamiento.
32c) Uno de los trastornos comórbidos más frecuentes entre los sujetos con adicción es el trastorno antisocial de la personalidad.
32d) Los síntomas de depresión y los intentos de suicidio son poco frecuentes en la población con adicciones.

**33 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES SOBRE LOS CAMBIOS EN LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS EN EL DSM 5 ES VERDADERA?**

33a) Ya NO es necesario un bajo peso.
33b) El requisito de amenorrea se ha eliminado.
33c) Se ha eliminado el requisito de miedo intenso a ganar peso, por considerarlo subjetivo.
33d) Se ha eliminado la distorsión de la imagen corporal.

**34 RESPECTO A LA PREVALENCIA DE ANOREXIA NERVIOSA, SEÑALE LA AFIRMACIÓN CORRECTA.**

34a) Este trastorno es igual de frecuente a cualquier edad.
34b) Se da en un 10% de las mujeres.
34c) En culturas NO occidentales, tradicionalmente la prevalencia ha sido muy baja.
34d) Las formas subclínicas de la anorexia, son menos frecuentes que el trastorno completo.

**35 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS NO ES PROPIA DEL CONCEPTO DESCRITO COMO "PATRÓN DE CONDUCTA TIPO A"?**

35a) Afectividad negativa (cogniciones negativas y baja autoestima).
35b) Impaciencia y urgencia del tiempo.
35c) Competitividad.
35d) Hostilidad y explosiones de ira.

**36 SEÑALE CUÁL DE LAS SIGUIENTES NO ES UNA CARACTERÍSTICA DEL SÍNDROME GENERAL DE ADAPTACIÓN, DESCRITO POR SEYLE PARA EXPLICAR LA RESPUESTA AL ESTRÉS.**

36a) Es un fenómeno en tres fases.
36b) Tiene muy en cuenta los procesos cognitivos que median la selección de estrategias de afrontamiento.
36c) En la fase de alarma se liberan corticoesteroides.
36d) En la fase de agotamiento el organismo consume sus recursos y pierde su capacidad de activación.

**37 ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES TRASTORNOS NO SE CLASIFICA DENTRO DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES?**

37a) Rechazo sexual.
37b) Disfunción orgásmica.
37c) Fetichismo.
37d) Dispareunia NO orgánica.

**38 SEÑALE CUÁL DE LAS SIGUIENTES ES UNA CARACTERÍSTICA DE LAS PARAFILIAS.**

38a) En todos los casos hay un objeto sexual inapropiado.
38b) NO deben poder explicarse por una privación ambiental que imposibilita una conducta sexual normal.
38c) Se presentan asociadas a otra psicopatología.
38d) Presenta similar prevalencia entre hombres y mujeres.

**39 SEÑALE CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES REFERIDAS A LA DEMENCIA ES FALSA.**

39a) Es un proceso patológico marcado por la aparición de un déficit cognitivo progresivo con mantenimiento de la conciencia clara.
39b) Hay un declive de las capacidades previas.
39c) En todos los casos es irreversible.
39d) La prevalencia aumenta con el envejecimiento de la población.

**40 SEÑALE CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES CARACTERÍSTICA DE LA DEMENCIA DEBIDA A ENFERMEDAD DE PICK.**

40a) Suele iniciarse con un cambio de personalidad.
40b) Los afectados presentan desde el inicio una marcada pérdida de memoria.
40c) Se clasifica como demencia subcortical.
40d) No existe pérdida neuronal.

**41 SEÑALE CUÁL DE LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS ES FALSA RESPECTO A LA TERAPIA CONDUCTUAL DIALÉCTICA DESARROLLADA POR LINEHAN.**

41a) Fue diseñada para intervenir con pacientes con trastorno de la personalidad límite.
41b) La autora parte de que estos pacientes tienen dificultad para identificar experiencias emocionales y NO toleran la frustración y el rechazo.
41c) Consiste en una terapia grupal para el entrenamiento de habilidades.
41d) Se ha demostrado su efectividad, para, entre otros resultados, disminuir las conductas parasuicidas.

**42 SEÑALE CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES VERDADERA, SEGÚN EL MODELO COGNITIVO DEL PÁNICO DE CLARK Y SALKOVSKIS.**

42a) Existe una interpretación catastrófica de las sensaciones corporales.
42b) El sujeto NO presenta suficiente atención a sus manifestaciones fisiológicas de ansiedad.
42c) El miedo al miedo provoca los ataques.
42d) Se asume que el trastorno de pánico es cualitativamente distinto a otros trastornos de ansiedad.

**43 SEÑALE CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES FALSA RESPECTO A LAS TÉCNICAS DE CONTROL COGNITIVO O DISCUSIÓN COGNITIVA EN EL TRASTORNO DE PÁNICO.**

43a) El estilo de la entrevista es de empirismo colaborador.
43b) El primer paso es identificar los pensamientos negativos y formularlos de forma operativa y concreta.
43c) Los errores de pensamiento más frecuentes en el trastorno de pánico son la sobreestimación de la probabilidad de ocurrencia de algo negativo y la catastrofización.
43d) Se aplica la descatastrofización para todas las consecuencias negativas irracionales.

**44 SEÑALE CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES SOBRE LA APLICACIÓN DE LA EXPOSICIÓN A LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD ES VERDADERA.**

44a) La exposición sirve para abordar la agorafobia pero NO el pánico.
44b) La técnica más utilizada para los trastornos de ansiedad es la desensibilización sistemática.
44c) Se recomienda utilizar dos tipos de exposición: exposición a sensaciones internas y exposición a situaciones externas.
44d) La exposición debe graduarse para que sea lo más lenta posible.

**45 SEÑALE CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES FALSA RESPECTO AL MODELO TEÓRICO DE LA ANSIEDAD GENERALIZADA DE DUGAS Y LADOUCER:**

45a) Los pacientes con ansiedad generalizada tienen intolerancia a la incertidumbre.
45b) Los pacientes con ansiedad generalizada tienen intolerancia a la activación emocional.
45c) Estos pacientes fluctúan de una forma de afrontamiento basada en la vigilancia a otra centrada en la evitación de las situaciones amenazantes.
45d) El hecho de preocuparse está relacionado con conductas de evitación (por la intolerancia a la activación emocional).

**46 ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES COMPONENTES DEL ENTRENAMIENTO EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS ES ESPECIALMENTE RELEVANTE EN LOS PACIENTES CON ANSIEDAD GENERALIZADA?**

46a) La orientación inicial hacia el problema.
46b) La generación de soluciones alternativas.
46c) La definición del problema.
46d) La evaluación de la solución.

**47 LA FASE DE EDUCACIÓN/INFORMACIÓN EN EL TRATAMIENTO DE LAS FOBIAS ESPECÍFICAS Y DE LA FOBIA SOCIAL TIENE DIVERSOS OBJETIVOS. SEÑALE CUÁL DE LOS SIGUIENTES ES INCORRECTO.**

47a) Explicarle que tiene un trastorno de ansiedad y cómo hacer para evitar el malestar.
47b) Explicarle que la ansiedad es una emoción normal.
47c) Demostrarle que es una respuesta que se aprende.
47d) Explicarle los diferentes componentes de su emoción: las respuestas conductuales, fisiológicas y cognitivas.

**48 SEÑALE CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES RESPECTO A LA APLICACIÓN DE LA TÉCNICA DE MODELAMIENTO EN LAS FOBIAS ES CIERTA.**

48a) Se utiliza como estrategia prioritaria en el caso de las fobias.
48b) El terapeuta debe evitar actuar como modelo.
48c) El modelo ejecuta conductas de aproximación al objeto temido y el paciente observa detenidamente.
48d) El modelo debe evitar usar autoinstrucciones.

**49 SEÑALE CUÁL DE LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS DEFINE EL TRASTORNO DE ADAPTACIÓN SEGÚN EL DSM 5.**

49a) Desarrollo de síntomas emocionales o conductuales en los 6 meses siguientes al inicio de un factor de estrés.
49b) Se mantiene un funcionamiento adecuado en las áreas social y laboral.
49c) El paciente presenta un malestar intenso desproporcionado a la gravedad del factor de estrés.
49d) Es el diagnóstico correcto en los procesos de duelo normal.

**50 SEÑALE CUÁL DE LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS ES FALSA PARA EL TRASTORNO DE ADAPTACIÓN DEFINIDO SEGÚN SE DEFINE EN LA CIE-10.**

50a) Se incluye en la categoría “Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación”.
50b) Es una consecuencia directa de una situación de estrés grave o de una situación traumática sostenida.
50c) La situación de estrés grave suele ser de tipo catastrófico.
50d) El paciente puede presentar síntomas de la categoría de trastornos afectivos o de la categoría de trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.

**51 EL INVENTARIO DE OBSESIONES DE LEYTON HA RECIBIDO NUMEROSAS CRÍTICAS ENTRE LAS QUE SE ENCUENTRA (SEÑALE LA VERDADERA):**

51a) Resultar excesivamente breve, con solo 20 ítems.
51b) NO incluir ítems referidos a pensamientos intrusivos muy desagradables y a frecuencia de lavado de manos.
51c) NO incluir ítems referidos a rasgos de personalidad obsesivo-compulsiva.
51d) NO evaluar resistencia NI grado de interferencia del trastorno en la vida del paciente.

**52 SEÑALE CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES FALSA RESPECTO AL DIAGNÓSTICO DE LA DISMORFOFOBIA EN EL DSM 5.**

52a) Se diagnostica dentro del grupo de "Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados".
52b) Preocupación por uno o más defectos o imperfecciones del aspecto físico propio que los demás ven como inexistentes o poco importantes.
52c) Se caracteriza por una escasa o nula introspección respecto a las creencias.
52d) En respuesta a la preocupación se llevan a cabo comportamientos o actos mentales excesivos y repetitivos.

**53 PARA LAS SESIONES DE TRATAMIENTO QUE INCLUYEN EXPOSICIÓN EN VIVO O EN LA IMAGINACIÓN EN EL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO SE REALIZA LA SIGUIENTE RECOMENDACIÓN (SEÑALE LA VERDADERA):**

53a) Los estímulos que producen ansiedad moderada se presentan antes que los que producen ansiedad intensa.
53b) La exposición se inicia con estímulos que NO producen ansiedad.
53c) La exposición se inicia con estímulos que provocan ansiedad intensa, ya que la exposición gradual NO ha demostrado su eficacia.
53d) Las sesiones deben durar entre 30 y 40 minutos.

**54 LA ESCALA DE DEPRESIÓN DEL INVENTARIO DE PERSONALIDAD MULTIFÁSICO DE MINNESOTA (MMPI-D) HA DEMOSTRADO:**

54a) Ser un instrumento adecuado para el diagnóstico de la depresión.
54b) Tener una elevada validez de criterio.
54c) Ser un instrumento sin la adecuada validez diagnóstica ni de la depresión ni como indicador de su severidad.
54d) Tener una baja correlación con el resto de subescalas.

**55 RESPECTO A LA VALORACIÓN DEL RIESGO SUICIDA, SEÑALE LA AFIRMACIÓN VERDADERA.**

55a) Es más adecuado utilizar cuestionarios validados que la entrevista clínica.
55b) El paciente nunca oculta su intención de suicidarse.
55c) La desesperanza es el mejor predictor de suicidio.
55d) NO es adecuado preguntar por la existencia de planes concretos de suicidio.

**56 RESPECTO A LA TERAPIA COGNITIVA BASADA EN EL MODELO DE BECK, SEÑALE CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES FALSA.**

56a) El paciente debe detectar sus propias distorsiones cognitivas.
56b) El paciente debe buscar hechos a favor y en contra de cada creencia.
56c) Si alguna de las creencias es racional y correcta desde el punto de vista lógico, NO se cuestiona su utilidad.
56d) El paciente debe buscar creencias alternativas.

**57 SEÑALE CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES SOBRE LA ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA SEMIESTRUCTURADA (PANSS) PARA LA EVALUACIÓN DE LA ESQUIZOFRENIA ES CORRECTA.**

57a) Es un cuestionario autoinformado que incluye tanto síntomas psicóticos como de ansiedad y depresión.
57b) Incluye tres escalas: síntomas positivos, síntomas negativos y síntomas desorganizados.
57c) El objetivo de la primera fase es establecer una buena relación con el paciente a la vez que se explora la presencia e intensidad de alucinaciones y delirios.
57d) En la tercera fase se evalúa la capacidad para la formación de conceptos y el razonamiento abstracto.

**58 UNA DE LAS VENTAJAS DE LA ESCALA DE AJUSTE PREMÓRBIDO (PAS), RADICA EN QUE:**

58a) Evalúa la sintomatología positiva del paciente a partir de la edad adulta.
58b) Establece un criterio temporal preciso para considerar el período premórbido.
58c) Predice el nivel ocupacional posterior a la enfermedad.
58d) Evalúa el funcionamiento previo en 10 áreas diferenciadas.

**59 SEÑALE CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES FALSA RESPECTO A LA TERAPIA COGNITIVA DE LAS ALUCINACIONES PROPUESTA POR CHADWICK.**

59a) El objetivo principal es reducir la angustia que experimenta el sujeto y las conductas problemáticas que presenta.
59b) Han desarrollado estrategias para facilitar la implicación de los pacientes en la terapia.
59c) Está indicada exclusivamente para las creencias sobre la omnipotencia de las voces.
59d) El procedimiento de intervención se basa en la terapia cognitiva de Beck.

**60 SEÑALE CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES VERDADERA RESPECTO AL "PROGRAMA DE MEJORA DE LA ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO" PROPUESTO POR TARRIER PARA EL TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA.**

60a) Se entrena al paciente en estrategias generales para manejar los diversos síntomas.
60b) Se desarrolla una sola estrategia para cada síntoma, y luego se aborda un síntoma nuevo.
60c) Se incluyen estrategias cognitivas, conductuales, sensoriales y fisiológicas.
60d) Se debe continuar con la práctica de la estrategia durante meses, pues es habitual que requiera mucho tiempo para ser efectiva.

**61 RESPECTO AL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO, SINCRONIZAR LA TENDENCIA CIRCADIANA DEL SUEÑO CON LAS HORAS PROGRAMADAS PARA ACOSTARSE ES EL OBJETIVO DE:**

61a) La terapia luminosa.
61b) La terapia de control del estímulo.
61c) La cronoterapia.
61d) Las pautas de higiene del sueño.

**62 RESPECTO AL PROGRAMA TERAPÉUTICO DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES PROPUESTO POR CARROBLES Y SANZ (1991), SEÑALE CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES FALSA.**

62a) Incluye cuatro niveles de intervención y es importante aplicarlos todos.
62b) Incluye un componente de modificación de actitudes negativas.
62c) Incluye un componente de reducción de la ansiedad.
62d) Incluye técnicas sexuales específicas a la disfunción sexual.

**63 RESPECTO A LA INTERVENCIÓN CONDUCTUAL EN LOS PROBLEMAS DE PAREJA, DENTRO DE LAS ESTRATEGIAS PARA AUMENTAR Y POTENCIAR EL INTERCAMBIO POSITIVO, SEÑALE LA AFIRMACIÓN CORRECTA.**

63a) Se incluye el entrenamiento en habilidades de comunicación.
63b) Se incluye el ejercicio "La caja de los deseos" y "El día del amor".
63c) Se incluye la planificación del tiempo libre.
63d) Se incluye la utilización de contratos.

**64 SEÑALE CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES FALSA RESPECTO A LA EVALUACIÓN DE LAS CONDUCTAS ADICTIVAS DESDE LA PERSPECTIVA DEL ANÁLISIS CONDUCTUAL-FUNCIONAL:**

64a) Se centra en conductas observables y variables causales que estén actuando en el presente.
64b) Recoge los datos de la historia biográfica que puedan estar funcionando como factores predisponentes.
64c) Busca relaciones disfuncionales entre estímulos (de origen interno y/o externo), comportamientos y consecuencias (extrínsecas y/o intrínsecas).
64d) Los datos recogidos en la evaluación orientan respecto al tratamiento a implementar.

**65 RESPECTO A LAS RECAÍDAS EN EL CONSUMO, SEÑALE CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES VERDADERA.**

65a) Hay que avisar a los pacientes que son muy frecuentes los consumos esporádicos y NO deben preocuparse.
65b) Una recaída NO pone en riesgo los avances conseguidos.
65c) Las recaídas suponen volver a iniciar el tratamiento desde el principio.
65d) Es importante analizar los factores internos y externos que suponen un riesgo para las recaídas.

**66 SEÑALE CUÁL DE LOS SIGUIENTES ES UN CRITERIO DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS SEGÚN EL DSM 5.**

66a) Preocupación por padecer o contraer una enfermedad grave.
66b) Uno o más síntomas de alteración de la función motora o sensitiva voluntaria sin una explicación médica.
66c) Pensamientos, sentimientos o comportamientos excesivos relacionados con los síntomas somáticos o asociados a la preocupación por la salud.
66d) Factores psicológicos o conductuales que afectan negativamente a una dolencia física.

**67 ¿CUÁL SERÍA EL DIAGNÓSTICO MÁS PROBABLE SEGÚN EL DSM 5 PARA UNA PERSONA QUE PRESENTA PREOCUPACIÓN POR PADECER O CONTRAER UNA ENFERMEDAD GRAVE, EN AUSENCIA DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS RELEVANTES?**

67a) Trastorno de síntomas somáticos.
67b) Trastorno de ansiedad por enfermedad.
67c) Trastorno de conversión.
67d) Trastorno facticio.

**68 SEÑALE CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES VERDADERA RESPECTO A LA ANOREXIA NERVIOSA.**

68a) Las afectadas suelen presentar una conciencia adecuada del problema.
68b) El cuerpo, y posteriormente el peso y la comida, se condicionan como estímulos fóbicos.
68c) Estas pacientes, dado su nivel de sufrimiento, se implican con facilidad en los tratamientos dirigidos al cambio.
68d) La prevalencia de trastornos comórbidos es relativamente baja.

**69 SEÑALE CUAL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES VERDADERA SOBRE LA BULIMIA NERVIOSA.**

69a) En todos los casos presentan episodios de sobreingesta seguidos de vómitos autoinducidos.
69b) En ocasiones, las pacientes con bulimia cuando se enfrentan a situaciones ansiógenas buscan el alivio y el placer derivado del vómito tras el atracón.
69c) En general, se encuentran satisfechas con su imagen corporal.
69d) La diferencia respecto a la anorexia es que normalmente las pacientes con bulimia son más introvertidas y estables emocionalmente.

**70 SEÑALE CUÁL ES EL TRATAMIENTO PRINCIPAL Y DE PRIMERA LÍNEA EN EL TRATAMIENTO DE LA BULIMIA.**

70a) El ingreso hospitalario.
70b) La terapia cognitivo-conductual.
70c) La psicoterapia dinámica.
70d) El tratamiento farmacológico.

**71 RESPECTO A LA APLICACIÓN DE LA TÉCNICA DE INOCULACIÓN DE ESTRÉS DE MEICHENBAUM Y JAREMKO (1987) AL TRATAMIENTO DEL DOLOR CRÓNICO, SEÑALE CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES <u>FALSA</u>.**

71a) El objetivo es que el paciente experimente un mayor control sobre la experiencia de dolor y que aumente su habilidad para afrontar el estrés.
71b) Para diseñar la fase de adquisición y consolidación de habilidades, es importante tener información sobre las estrategias de afrontamiento del paciente.
71c) Se explica al paciente cómo influyen sobre el dolor los factores cognitivos y afectivos.
71d) Se aplican técnicas de biofeedback.

**72 SEÑALE CUÁL DE LAS SIGUIENTES <u>NO ES</u> UNA RECOMENDACIÓN HABITUAL PARA LA EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS EN LA INFANCIA.**

72a) Cada evaluación debe incluir un análisis multisituacional.
72b) Es recomendable ceñirse a un solo informante, para evitar contradicciones.
72c) Seleccionar previamente los objetivos relevantes de la evaluación.
72d) Evaluar patrones de comportamiento a lo largo del tiempo.

**73 SEÑALE CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES FALSA, RESPECTO A LA PSICOPATOLOGÍA EN LA INFANCIA.**

73a) Hay dos dimensiones: trastornos externalizantes y trastornos internalizantes.
73b) Para determinar si un comportamiento es patológico se debe valorar la intensidad, frecuencia y duración considerando la norma para una edad determinada.
73c) Para entender la psicopatología en la infancia es necesario tener en cuenta el contexto (familia, iguales, colegio…).
73d) Existe una clara continuidad entre la psicopatología en la infancia y la psicopatología del adulto, que se manifiesta con síntomas muy similares.

**74 SEÑALE CUÁL DE LAS SIGUIENTES ES UNA CRÍTICA HABITUAL A LOS SISTEMAS ACTUALES DE CLASIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LA PSICOPATOLOGÍA EN LA INFANCIA (DSM Y CIE).**

74a) Presentan más trastornos de los existentes en la infancia.
74b) Son demasiado sensibles a los parámetros evolutivos.
74c) NO tienen suficientemente en cuenta los factores situaciones o contextuales de los trastornos
74d) El sistema de clasificación dimensional NO se ajusta bien a la psicopatología infantil.

**75 RESPECTO AL TRATAMIENTO DE LAS FOBIAS ESPECÍFICAS EN LA INFANCIA, ¿CÚAL DE LAS SIGUIENTES RECOMENDACIONES ES FALSA?**

75a) Se recomienda la presentación gradual. .
75b) Se recomienda la presentación en imaginado previa a la presentación en vivo.
75c) Se deben incluir estrategias para la generalización de los logros terapéuticos.
75d) Se recomienda darle al niño toda la ayuda que precise pero NO más apoyo del que necesite

**76 MENDEZ Y OLIVARES (2002) RECOMIENDAN UTILIZAR EL DIAGNÓSTICO DE FOBIA ESCOLAR SÓLO EN UNO DE LOS SIGUIENTES CASOS:**

76a) Ansiedad de separación en la infancia que afecta a la escolarización.
76b) Miedo a un aspecto concreto del contexto escolar que supone una fobia específica situacional.
76c) Ansiedad social ante situaciones de exposición en la escuela (ej. Hablar en público).
76d) Miedo a presentar malestar físico mientras estás en el colegio.

**77 SEÑALE CUÁL DE LOS SIGUIENTES NO ES UN COMPONENTE HABITUAL DE LOS PROGRAMAS DE TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LA ANSIEDAD GENERALIZADA EN LA INFANCIA.**

77a) Psicoeducación sobre las emociones (para entender las respuestas físicas y la relación entre autoverbalizaciones y sentimientos).
77b) Implicación de los padres en el tratamiento.
77c) Exposición gradual.
77d) Entrenamiento en relajación.

**78 SEÑALE CUÁL DE LOS SIGUIENTES NO ES UN SÍNTOMA HABITUAL EN EL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN LA INFANCIA.**

78a) Tendencia a reexperimentar o revivir el acontecimiento por medio de juegos estereotipados.
78b) Amnesia psicógena.
78c) Comportamiento regresivo muy marcado.
78d) Síntomas físicos como dolor abdominal o cefaleas.

**79 SEGÚN EL MODELO DE INDEFENSIÓN APRENDIDA MODIFICADO, ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES ES UN EJEMPLO DE ATRIBUCIÓN INTERNA, GLOBAL Y ESTABLE, EN EL EJEMPLO DE UN ESTUDIANTE QUE SUSPENDE?**

79a) No soy inteligente.
79b) Se me dan mal las matemáticas.
79c) Estoy agotado.
79d) Estoy harto de los problemas de matemáticas.

**80 SEÑALE CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES FALSA RESPECTO A LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS EN LA INFANCIA.**

80a) La prevalencia de los trastornos depresivos se mantiene constante a lo largo del desarrollo.
80b) Es fundamental la identificación precoz.
80c) En los niños y adolescentes el estado de ánimo característico en la depresión es irritable en lugar de deprimido.
80d) Los síntomas de la depresión son similares entre la infancia, la adolescencia y la edad adulta.

**81 SEÑALE CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES VERDADERA RESPECTO AL DUELO EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA.**

81a) Los niños entre los tres y los siete años niegan la muerte como un acontecimiento final, para ellos, el estado de estar muerto es temporal.
81b) A los siete años los niños expresan un entendimiento de la muerte como la final e inevitable salida de la vida.
81c) Durante la adolescencia, la pérdida de una relación profunda puede interferir en el desarrollo normal intelectual, emocional y psicológico.
81d) En el DSM 5, los síntomas depresivos, si aparecen en un proceso de duelo, NO pueden diagnosticarse de Trastorno depresivo mayor.

**82 SEÑALE CUÁL DE LOS SIGUIENTES NO ES UN PRINCIPIO GENERAL DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL RECOMENDADA CON PERSONAS CON PROBLEMAS DE CONSUMO DE SUSTANCIAS.**

82a) Informar sobre las consecuencias negativas del consumo de sustancias.
82b) Expresar empatía.
82c) Evitar la discusión.
82d) Apoyar la autoeficacia.

**83 SEÑALE CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES CORRECTA RESPECTO A LOS TRASTORNOS DEL RITMO CIRCADIANO.**

83a) Se diagnostican como parasomnias.
83b) Son un tipo de hipersomnias.
83c) El síndrome de la fase del sueño retrasada se da fundamentalmente en la adolescencia.
83d) El tratamiento de elección es farmacológico.

**84 SEÑALE CUÁL DE LOS SIGUIENTES NO SUELE SER UN OBJETIVO DE LA FASE DE RENUTRICIÓN Y REALIMENTACIÓN EN LA BULIMIA NERVIOSA.**

84a) Recuperar un peso normal.
84b) Eliminar atracones.
84c) Eliminar conductas purgativas.
84d) Normalizar los hábitos alimentarios.

**85 ¿QUÉ DIAGNÓSTICO DEL DSM 5 SUSTITUYE AL DIAGNÓSTICO DEL DSM-IV DE TRASTORNO DE LA INGESTIÓN ALIMENTARIA DE LA INFANCIA Y LA NIÑEZ?**

85a) Anorexia nerviosa.
85b) Anorexia nerviosa de la primera infancia.
85c) Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos.
85d) Pica.

**86 SEÑALE CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES FALSA RESPECTO A LOS SÍNTOMAS QUE PRESENTAN LOS NIÑOS VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL.**

86a) Suelen presentar trastorno por estrés postraumático.
86b) Suelen presentar conducta sexualizada.
86c) En general, presentan más síntomas que los niños en tratamiento NO abusados.
86d) Los síntomas dependen de la edad o estadio evolutivo.

**87 SEÑALE CUÁL DE LAS SIGUIENTES ES UNA DEFINICIÓN CORRECTA DE LAS CONDUCTAS ESTEREOTIPADAS.**

87a) Conductas motoras altamente consistentes y repetitivas que aparentemente NO poseen una función adaptativa.
87b) Acto motor altamente repetitivo que produce un daño físico al propio individuo que lo emite.
87c) Movimientos musculares rápidos y aparentemente involuntarios, repetitivos o bruscos.
87d) Vocalización o movimiento súbito, rápido, recurrente y NO rítmico.

**88 SEÑALE CUAL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES FALSA RESPECTO AL DIAGNÓSTICO DE LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL SEGÚN EL DSM 5.**

88a) Se clasifican dentro de los trastornos del neurodesarrollo.
88b) La especificación de gravedad depende del rango de cociente intelectual (CI).
88c) El diagnóstico requiere la presencia de deficiencias en el comportamiento adaptativo.
88d) Las deficiencias intelectuales y adaptativas deben iniciarse en el periodo de desarrollo.

**89 SEÑALE CUAL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES CIERTA RESPECTO AL DIAGNÓSTICO DE ENURESIS.**

89a) Se puede diagnosticar a partir de los 3 años.
89b) En la mayoría de los casos es intencional.
89c) Es importante diferenciar entre enuresis primaria y secundaria, puesto que va a orientar el tipo de intervención.
89d) Los factores emocionales y los sucesos estresantes tienen un papel más importante en la génesis de la enuresis secundaria.

**90 SEÑALE CUAL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES FALSA RESPECTO A LA APLICACIÓN DEL MÉTODO DE LA ALARMA EN EL TRATAMIENTO DE LA ENURESIS.**

90a) Sus creadores planteaban que su eficacia se basaba en el principio de condicionamiento clásico.
90b) Algunos autores han planteado que el aprendizaje se produce por un método de evitación pasiva (el niño aprende a controlar el esfínter para evitar el estímulo aversivo).
90c) Ha demostrado ser eficaz para el tratamiento de la enuresis.
90d) Su aplicación suele lograr la remisión de la enuresis en aproximadamente un mes.

**91 SEÑALE CUAL DE LOS SIGUIENTES ES UN CRITERIO DEL DIAGNÓSTICO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD SEGÚN EL DSM 5.**

91a) Los síntomas se mantienen durante al menos 12 meses.
91b) Deben existir síntomas de inatención e hiperactividad de forma simultánea.
91c) Varios síntomas de inatención o hiperactividad están presentes en dos o más contextos.
91d) Los síntomas se inician antes de los 7 años.

**92 DIGA CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES FALSA:**

92a) El catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud NO comprende la prestación farmacéutica.
92b) La cartera común básica del Sistema Nacional de Salud se aprueba mediante Real Decreto.
92c) La cartera común suplementaria está sujeta a aportación del usuario.
92d) Las Comunidades Autónomas pueden incorporar en sus carteras de servicios una técnica, tecnología o procedimiento NO contemplado en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud.

**93 EN RELACIÓN CON LAS RETRIBUCIONES DEL PERSONAL ESTATUTARIO, DIGA CUÁL DE ESTAS AFIRMACIONES ES FALSA:**

93a) Las retribuciones del personal estatutario se estructuran en retribuciones básicas y retribuciones complementarias.
93b) La deducción de haberes derivada del ejercicio del derecho de huelga tiene carácter de sanción disciplinaria.
93c) Las pagas extraordinarias forman parte de las retribuciones básicas.
93d) Las retribuciones complementarias son fijas o variables.

**94 ES COMPETENCIA DE LA DIRECCIÓN-GERENCIA DE LAS ORGANIZACIONES DE SERVICIOS SANITARIOS DE OSAKIDETZA-SERVICIO VASCO DE SALUD:**

94a) Suscribir el contrato-programa, en representación de la respectiva organización de servicios sanitarios, con la Organización Central de Osakidetza-Servicio vasco de salud.
94b) Suscribir el contrato-programa, en representación de la respectiva organización de servicios sanitarios, con el Departamento de Salud.
94c) Suscribir el contrato-programa, en representación de la respectiva organización de servicios sanitarios, con los centros sanitarios de titularidad privada para la prestación de los servicios sanitarios complementarios.
94d) Suscribir el contrato-programa, en representación de la respectiva organización de servicios sanitarios, con las demás organizaciones de servicios sanitarios de Osakidetza-Servicio vasco de salud.

**95 EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN A PACIENTES Y USUARIOS:**

95a) Se registrarán todas las reclamaciones y solicitudes que se presenten ante ellos, con independencia del centro, servicio o establecimiento destinatario de la misma.
95b) Únicamente se registrarán las reclamaciones y solicitudes dirigidas a su propio centro, servicio o establecimiento sanitario.
95c) Únicamente se registrarán las reclamaciones y solicitudes presentas por escrito y dirigidas a su propio centro, servicio o establecimiento sanitario.
95d) Las reclamaciones y solicitudes deben presentarse, en todo caso, por escrito.

**96 CONFORME A LA LEY 7/2002, DE 12 DE DICIEMBRE, DE VOLUNTADES ANTICIPADAS EN EL ÁMBITO SANITARIO, DIGA CUÁL DE ESTAS AFIRMACIONES ES CIERTA.**

96a) Las instrucciones sobre el tratamiento contenidas en el documento de voluntades anticipadas deberán ser respetadas por el médico o equipo sanitario que le atienda cuando el paciente se encuentra en una situación en la que NO sea posible expresar su voluntad.
96b) Las instrucciones sobre el tratamiento contenidas en el documento de voluntades anticipadas deberán ser respetadas por el médico o equipo sanitario que le atienda siempre que el paciente se encuentre en alguna de las situaciones previstas en las instrucciones.
96c) Las instrucciones sobre el tratamiento contenidas en el documento de voluntades anticipadas deberán ser respetadas por el médico o equipo sanitario que le atienda cuando el documento de voluntades anticipadas que contiene las instrucciones haya sido previamente inscrito en algún Registro de voluntades anticipadas legalmente constituido.
96d) Las tres afirmaciones anteriores son ciertas.

**97 A LOS EFECTOS DE LA LEY 4/2005, DE 18 DE FEBRERO, PARA LA IGUALDAD DE MUJERES Y HOMBRES, DIGA CUÁL DE ESTAS AFIRMACIONES ES FALSA.**

97a) Se considera violencia contra las mujeres cualquier acto violento por razón de sexo.
97b) Se considera violencia contra las mujeres cualquier acto violento contra una mujer.
97c) Se consideran actos violentos contra las mujeres las amenazas de realizar actos violentos por razón de sexo.
97d) Se considerarán violencia contra las mujeres los actos violentos que supongan la privación arbitraria de libertad que se produzca en la vida privada.

**98 EN RELACIÓN CON EL PLAN DE SALUD 2013-2020, DIGA CUÁL DE ESTAS AFIRMACIONES ES FALSA.**

98a) Es un Plan de Gobierno limitado al ámbito sanitario.
98b) Marca las políticas de salud para Euskadi.
98c) Todos los departamentos del Gobierno están implicados en el desarrollo del Plan.
98d) Define las prioridades que durante su periodo de vigencia han de ser atendidas con recursos públicos.

**99 EN RELACIÓN CON LOS RETOS Y PROYECTOS ESTRATÉGICOS DE OSAKIDETZA-SERVICIO VASCO DE SALUD, DIGA CUÁL DE ESTAS AFIRMACIONES ES CIERTA.**

99a) En relación con la universalidad y equidad en el acceso a la salud, el objetivo de Osakidetza-Servicio vasco de salud es garantizar el acceso a la salud a todas las personas que tengan reconocido el derecho a recibir asistencia sanitaria.
99b) En relación con la humanización de la atención, el objetivo se centra prioritariamente en la atención hospitalaria.
99c) En relación con la atención en la lengua oficial de preferencia, el objetivo de Osakidetza-Servicio vasco de salud es conseguir que, para el año 2020, el 65% de las y los profesionales sanitarios atiendan indistintamente en los dos idiomas oficiales.
99d) Las tres afirmaciones anteriores son falsas.

**100 EL OBJETIVO PRINCIPAL DEL II PLAN DE NORMALIZACIÓN DEL USO DEL EUSKERA EN OSAKIDETZA ES:**

100a) Garantizar a la ciudadanía la opción de comunicarse en la lengua oficial en la que se encuentre más cómoda y segura.
100b) Garantizar que las Unidades de Atención Primaria, en razón de su mayor cercanía al conjunto de la ciudadanía, sean mayoritariamente bilingües.
100c) Garantizar la presencia y el uso del euskera como lengua de servicio oral y escrita en las relaciones externas con pacientes, familiares, administraciones, etc.
100d) Garantizar la presencia y el uso del euskera como lengua de servicio oral y escrita, tanto en las relaciones externas como en las relaciones internas.

**PREGUNTAS RESERVA**

**101 SEÑALE CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES FALSA RESPECTO AL TRATAMIENTO DE LA ENCOPRESIS.**

101a) El tratamiento suele ser multicomponente.
101b) En todos los casos se incluye un cambio dietético.
101c) Dentro de los procedimientos operantes destacan el refuerzo positivo, el control de estímulos, la economía de dichas y el ensayo conductual.
101d) Se recomienda mucha precaución en la aplicación de procedimientos derivados del castigo.

**102 SEÑALE CUÁL DE LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS ES CIERTA, RESPECTO AL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE CON EL DSM 5.**

102a) Con frecuencia la manifestación se limita a la conducta con los hermanos.
102b) Uno de los síntomas es la conducta rencorosa o vengativa.
102c) Las manifestaciones deben darse al menos en dos contextos.
102d) El trastorno comienza habitualmente en la adolescencia tardía.

**103 SEGÚN LA CIE-10, ¿QUÉ TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO Y DE LAS EMOCIONES, DE COMIENZO HABITUAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA, ES EL MÁS CARACTERÍSTICO EN LOS CASOS DE CARENCIA PARENTAL, ABUSOS O MALOS TRATOS GRAVES?**

103a) Trastorno de vinculación de la infancia reactivo.
103b) Trastorno de ansiedad de separación.
103c) Trastorno disocial limitado al contexto familiar.
103d) Trastorno disocial depresivo.

**104 LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS, AL IGUAL QUE EL RESTO DE FACULTATIVOS DEBEN AJUSTARSE A UNOS PRINCIPIOS ÉTICOS BÁSICOS. SEÑALE CUÁLES SE CONSIDERAN FUNDAMENTALES PARA REGIR EL TRABAJO CLÍNICO.**

104a) El principio de beneficencia y la confidencialidad.
104b) El respeto por la autonomía, el principio de beneficencia, la ausencia de maleficencia y la justicia.
104c) La buena intención en las actuaciones y el respeto de la libertad sexual del paciente.
104d) Principio de beneficencia, NO realizar negocios con los pacientes y NO aprovecharse económicamente de ellos.

**105 SEÑALE CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES FALSA RESPECTO AL TRASTORNO DE DESREGULACIÓN EMOCIONAL.**

105a) Aparece por primera vez en las clasificaciones internacionales en el DSM 5.
105b) El rasgo central en cuanto al estado de ánimo es una irritabilidad crónica.
105c) Se caracteriza por rabietas verbales o físicas con una intensidad o duración desproporcionada respecto a la situación desencadenante.
105d) Es frecuente en niños con trastorno bipolar.

**106 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES SOBRE LOS DELIRIOS ES FALSA?**

106a) Las ideas delirantes secundarias se derivan de una experiencia anterior a la que la persona intenta dar sentido.
106b) La percepción delirante es la interpretación injustificada y con un nuevo significado de una percepción familiar.
106c) Los recuerdos delirantes son recuerdos de delirios anteriores sobre los que el paciente hace crítica.
106d) El nivel de convicción sobre el contenido del delirio puede ser variable.

**107 EL MODELO DE ATRIBUCIÓN SOCIAL QUE EXPLICA LA FORMACIÓN DEL DELIRIO PLANTEA LO SIGUIENTE (SEÑALE LA VERDADERA):**

107a) En el delirio se usa el razonamiento para mantener la consistencia cognitiva.
107b) Los delirios tratan de procurar un orden y un significado a las observaciones empíricas.
107c) Los delirios persecutorios sirven para preservar la autoestima del paciente y son formas extremas de un sesgo normal de utilidad personal.
107d) Los delirios surgen por una alteración de los procesos lógicos deductivos, inductivos o de inferencia.

**108 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES FALSA RESPECTO AL PROGRAMA PARENTAL POSITIVO DISEÑADO PARA LOS PROBLEMAS DE CONDUCTA INFANTIL?**

108a) Incorpora cinco niveles de intervención, de menor a mayor intensidad.
108b) Uno de los objetivos es la prevención.
108c) La intervención en los casos de mayor gravedad es hospitalaria.
108d) Se basa en el entrenamiento en habilidades parentales.

**109 SEÑALE CUÁL DE LAS SIGUIENTES SITUACIONES SE ASOCIAN CON FRECUENCIA A LA CONDUCTA AGRESIVA EN LA INFANCIA Y ES NECESARIO EXPLORAR:**

109a) Escaso uso del castigo por parte de los padres.
109b) Diversos trastornos de base (trastorno por déficit de atención entre otros).
109c) Modalidades vinculares familiares conflictivas.
109d) Situaciones de estrés que generan estados emocionales y cognitivos que predisponen a la conducta agresiva.

**110 EN RELACIÓN CON EL PROCESO ASISTENCIAL GESTACIÓN-PARTO-PUERPERIO, DIGA CUÁL DE ESTAS AFIRMACIONES ES CIERTA:**

110a) Todas las mujeres embarazadas, atendidas en Osakidetza-Servicio vasco de salud, disponen de cartilla electrónica de la embarazada.

110b) Todas las mujeres embarazadas, atendidas en Osakidetza-Servicio vasco de salud, disponen de una cartilla de embarazada en formato papel.

110c) Únicamente las mujeres embarazadas, con Tarjeta Individual Sanitaria emitida por el Departamento de salud del Gobierno Vasco disponen de cartilla electrónica de la embarazada.

110d) Las mujeres embarazadas atendidas en Osakidetza-Servicio vasco de salud, pueden optar entre la cartilla electrónica y la cartilla en soporte papel.

Hautaketa-proben erantzun EGUNERATUAK, jarritako erreklamazioak aztertu eta gero
Respuestas ACTUALIZADAS de las pruebas selectivas tras la revisión de las reclamaciones

**FAK. ESP. PSIKOLOGO-KLINIKO TEKNIKARIA**
**FAC. ESP. TECNICO PSICOLOGO CLINICO**

**ARIKETA / EJERCICIO: 01 EREDUA / MODELO: A**

| Erantzun zuzena<br>Respuesta correcta | Erantzun zuzena<br>Respuesta correcta | Erantzun zuzena<br>Respuesta correcta | Erantzun zuzena<br>Respuesta correcta |
|---|---|---|---|
| 001 C | 031 C | 061 C | 091 C |
| 002 D | 032 D | 062 A | 092 A |
| 003 B | 033 B | 063 B | 093 B |
| 004 C | 034 C | 064 B | 094 B |
| 005 C | 035 A | 065 D | 095 A |
| 006 D | 036 B | 066 C | 096 A |
| 007 D | 037 C | 067 B | 097 B |
| 008 D | 038 B | 068 B | 098 A |
| 009 C | 039 C | 069 B | 099 D |
| 010 B | 040 A | 070 B | 100 D |
| 011 A | 041 C | 071 Baliogabetua (*) | 101 B |
| 012 D | 042 A | 072 B | 102 B |
| 013 C | 043 D | 073 D | 103 A |
| 014 C | 044 C | 074 C | 104 B |
| 015 A | 045 D | 075 B | Erreserbak / Reservas |
| 016 B | 046 A | 076 B | 105 D |
| 017 B | 047 A | 077 Baliogabetua (*) | 106 C |
| 018 B | 048 C | 078 Baliogabetua (*) | 107 C |
| 019 B | 049 C | 079 A | 108 C |
| 020 D | 050 C | 080 Baliogabetua (*) | 109 Baliogabetua |
| 021 B | 051 B | 081 C | 110 B |
| 022 C | 052 C | 082 A | |
| 023 B | 053 A | 083 C | |
| 024 A | 054 C | 084 A | |
| 025 A | 055 C | 085 C | |
| 026 C | 056 C | 086 C | |
| 027 A | 057 D | 087 A | |
| 028 A | 058 B | 088 B | |
| 029 A | 059 C | 089 D | |
| 030 D | 060 C | 090 D | |

"Baliogabetua" markak galdera ezeztatuta dagoela esan nahi du / "Baliogabetua" indica que la pregunta está anulada.
(*) Behin behineko emaitzen argitalpenean emateko erantzuna ezeztatzea edo aldatzea erabaki du Epaimahiak
(*) El Tribunal ha decidido anular o modificar la respuesta que dio a esta pregunta en los resultados provisionales

# OSAKIDETZA

2018ko otsailaren 14ko 123/2018 Erabakiaren bidez, egindako Oposaketa-Lehiaketarako deia (EHAA 45 Zkia. 2018ko martxoaren 5koa)

Concurso-Oposición convocado por Resolución n° 123/2018 de 14 de Febrero de 2018 (B.O.P.V. Nº 45 de 5 de Marzo de 2018)

## *KATEGORIA: FAK. ESP. PSIKOLOGO-KLINIKO TEKNIKARIA*

## *CATEGORÍA: FAC. ESP. TECNICO PSICOLOGO CLINICO*

Bost galdera plantetazen dira kasu praktiko bakoitzeko. Bost galderei erantzun beharko diezu, kontuan izanda kasu bakoitzeko azken galdera **erreserbako galdera** dela. Gauzak horrela, aipatu galderak azterketako **azken galderen artean zerrendatuko dira**. **Hori gogoan izan ezazu erantzun orria betetzeko garaian**.

Se plantean cinco cuestiones respecto de cada caso práctico. Deberá contestar a las cinco, teniendo en cuenta que la última pregunta de cada caso tiene el carácter de **pregunta de reserva.** Como tales, dichas preguntas **se numeran como preguntas finales** del examen. **Téngalo en cuenta a la hora de cumplimentar la hoja de respuestas.**

**Proba eguna** / Fecha prueba
**2018ko maiatzaren 26an**/ 26 de mayo de 2018

**2.ariketa** / 2º ejercicio
**A Eredua** / Modelo

## CASO CLÍNICO 1 - Enunciado del caso

Mujer de 54 años. Viuda desde hace dos años. Sin hijos. Vive sola. Trabajó como auxiliar de cocina hasta hace 4 años, en los que empezó a tener largas bajas coincidiendo con la enfermedad de su marido. Su madre falleció hace 6 años  su padre hace 22. Tiene una hermana con la que rompió la relación hace dos años. Antecedentes familiares sin interés

Acude a consulta de CSM demandando ayuda por sentirse mal debido a que "sus vecinos desde que se quedó viuda le hacen la vida imposible"

Aspecto cuidado. Autónoma en la organización de las actividades de la vida diaria. Refiere tener alguna amistad, ser miembro de un grupo asociativo de ocio, y aficionada a espectáculos, a los que acude y disfruta. Sin relación con su familia de origen

La paciente refiere que los vecinos le ponen grabaciones en las que le increpan, le dicen que se vaya del domicilio, con amenazas de muerte, lo que le genera mucha cautela y temor cuando está en su casa. Consciente y orientada en las tres esferas. Abordable y colaboradora, aunque reservada. No muestra inquietud ni ninguna otra alteración psicomotriz. Lenguaje fluido, sin alteraciones formales, con discurso parco, bien construido, en el que describe una ideación delirante de acoso por parte de sus vecinos. Hipotimia reactiva e ideación delirante con disminución del apetito y sensación de bloqueo derivado de la ansiedad. No impresiona de cuadro afectivo completo. No ideación ni auto ni heterolítica. No ideas de muerte. No alteraciones del curso del pensamiento. Sueño conservado

No antecedentes de consumo de tóxicos ni se objetiva consumo en la actualidad. No presenta otras patologías orgánicas

## CASO CLÍNICO 1 - Preguntas del caso

**1.- Según el sistema de clasificación de enfermedades CIE-10 calificaríamos este caso con el diagnóstico de:**

a) Trastorno de ideas delirantes

b) Esquizofrenia paranoide

c) Trastorno esquizotípico

d) Trastorno bipolar

**2.- En relación al diagnóstico diferencial, la respuesta incorrecta es:**

a) El trastorno esquizotípico ocasionalmente evoluciona hacia una esquizofrenia clara y se cree que es una parte del espectro genético de la esquizofrenia

b) La esquizofrenia paranoide se caracteriza por tener una lógica normal, exceptuando las creencias delirantes, mientras que en el trastorno de ideas delirante hay alteraciones del proceso de pensamiento

c) El curso clínico del Trastorno psicótico breve se caracteriza por su benignidad, desapareciendo sus síntomas en pocos días

d) La apariencia de una persona con un trastorno de ideas delirantes es normal, mientras que una persona con esquizofrenia tiene apariencia y conductas extrañas

**3.- Señale la respuesta incorrecta respecto a la teoría de Maher sobre los delirios como fenómenos que destacan por las siguientes dimensiones:**

a) La certeza diagnóstica y la adherencia a la medicación

b) La adherencia del paciente al delirio y relevancia para la vida del paciente

c) Preocupación con el delirio y relevancia para la vida del paciente

d) La sistematización y estructura

**4.- En relación a la modificación de las ideas delirantes y alucinaciones auditivas, señale la afirmación incorrecta:**

a) En la modificación de las ideas delirantes se utiliza el "desafío verbal" ofreciendo al paciente una explicación alternativa de los acontecimientos

b) En la modificación de las ideas delirantes se utiliza el "desafío verbal" de las creencias, introduciendo ejercicios de "prueba de realidad·

c) Según Bouchard y cols., la eliminación completa de las alucinaciones puede ser una adecuada meta terapéutica. Sin embargo, en el caso de los delirios es más realista plantear como objetivo el incremento del control sobre ellos

d) El grupo de Chadwick ha utilizado la terapia cognitiva para la modificación de las ideas delirantes

***Pregunta de reserva***

**33.- Según la teoría de Othmer y Othmer sobre las etapas del desarrollo de la conciencia que el paciente puede adquirir de sus percepciones anómalas, señale la respuesta incorrecta:**

a) Existen cinco etapas sucesivas siendo la etapa V la de mayor gravedad

b) En la etapa I el paciente tuvo alucinaciones en el pasado, pero actualmente no las tiene y es completamente consciente de su naturaleza mórbida

c) En la etapa II el paciente tuvo alucinaciones en el pasado, pero actualmente no las tiene y no cree que fueran reales

d) En la etapa V el paciente actúa conforme a las alucinaciones, obedece y responde a las voces

**CASO CLINICO 2 – Enunciado del caso**

Paciente de 14 años, remitida desde la Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil a la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria para valoración urgente de ingreso en el programa ante escasa evolución del cuadro por el que solicitó tratamiento en ese dispositivo. Atendida desde las Navidades pasadas hace cuatro meses por pérdida significativa de peso, trastorno del sueño, decaimiento, reacción de aislamiento en el medio familiar y repliegue notable en relación con sus iguales, ha presentado discreta mejoría en su estado de ánimo pero persisten las alteraciones psicopatológicas descritas. Es la menor de 3 hermanas, padres muy presentes y colaboradores. Cursa 3º de la ESO en un instituto.

En el momento de la entrevista presenta intensa desnutrición mixta proteico-calórica asociada a ingestas insuficientes, restricción hídrica, ejercicio físico compulsivo, marcada distorsión de la imagen corporal con intenso miedo a subir de peso a pesar de la severa bajada ponderal además de importantes rumiaciones obsesivas en relación al control del peso con gran repercusión emocional. Nunca ha recurrido al vómito o uso de laxantes. Presenta un IMC de 14,5 con amenorrea desde hace 4 meses. Tono de voz apagado, hipomimia, sentimientos de culpa por hacer sufrir a la familia.

Acude acompañada de sus padres. Estos la definen desde pequeña como alegre, abierta, imaginativa y atenta a las necesidades de los otros además de muy responsable y perfeccionista. Refieren que ha tenido desde siempre algo de sobrepeso "le ha gustado mucho comer". La paciente recuerda que ya a los ocho años en el colegio empezó a sentirse excluida por ser gorda " en el baile de fin de curso nunca olvidaré todas las veces que la profesora me llamó gorda delante de los demás por no valerme la falda".

El verano pasado decidió empezar a cuidarse, "dejé de merendar y vi que no pasé hambre y continué sin merendar y luego ya no comía", además de aumentar el ejercicio físico. Al inicio de las clases escolares refiere una etapa estresante por cambio de amigas y experiencia de rechazo con dos compañeros de clase lo que le llevó aislarse más y preocuparse más por la comida y el peso.

Los padres corroboran que en Navidades ya les preocupó mucho la bajada de peso y la disminución de la ingesta sobre todo en las cantidades y que sospechaban aumento de actividad física pero que les ha sorprendido la intensidad con la que ahora saben que lo hacía. "500-1000 abdominales por las noches, subir y bajar escaleras con la mochila cinco veces cada vez que salía de casa..." De forma franca la paciente admite el descontrol al que ha llegado con bajada de diecinueve kilos desde que inició la restricción alimentaria en verano. "mi problema con la comida se fue haciendo mayor, me machacaba a abdominales, pensaba que la saliva me engordaba…todo se volvió un infierno".

Se plantea en un primer momento intervención terapéutica ambulatoria con pautas habituales de control de las conductas asociadas al TCA con prevención de respuesta de restricción y de ejercicio: se pauta Orientación dietética de 1500Kcal, nivel de movimiento controlado y acompañado por los padres y realización de auto registros (conductas, emociones y cogniciones) y registros familiares de ingestas y movimiento.

En la siguiente visita, tras una semana es la paciente quien solicita el ingreso hospitalario "necesito verme entre cuatro paredes para controlar esto". Los padres comentan que es incapaz de comer más, la delegación de los padres está siendo muy difícil. Apenas bebe agua, sigue subiendo y bajando escaleras con la mochila, realiza ejercicio en clase, no respeta la prohibición de entrar en la cocina mientras preparan la comida "necesito ver las comidas preparadas, me da miedo que mi madre se pase con el aceite... "Marcada obsesividad centrada en la comida, pensamientos negativos, incluso ideas autolíticas sin estructurar, ideas de culpa por hacer sufrir a su familia.

Se plantea ingreso hospitalario como primer paso en la intervención terapéutica. Peso al ingreso 36kg

**CASO CLINICO 2 – Preguntas del caso**

**5.- De acuerdo con la CIE-10, los síntomas descritos se corresponden con un diagnóstico de :**

a) Anorexia Nerviosa. Tipo restrictivo

b) Anorexia Nerviosa. Tipo purgativo

c) Anorexia Nerviosa

d) Trastorno Depresivo Mayor

**6.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre los cambios en los criterios diagnósticos en el DSM -5 para la anorexia nerviosa es verdadera?**

a) El requisito de la amenorrea ha sido eliminado

b) Ya no es necesario un bajo peso corporal

c) El requisito de la menorragia ha sido eliminado

d) Se han eliminado los requisitos de la amenorrea y la menorragia

**7.-** **Teniendo en cuenta la importancia de trabajar en este caso con la percepción y aceptación de su imagen corporal, señale cuál de los siguientes cuestionarios evaluaría de forma más precisa y específica la imagen corporal:**

a) EAT-26

b) EDI-2

c) GAAS

d) BSQ

**8.-** **Según Buela-Casal(2001), señale la afirmación falsa en cuanto al abordaje terapéutico durante el ingreso hospitalario de la paciente:**

a) Lo primero es normalizar las constantes biológicas

b) Es importante tener en cuenta la teoría de la regulación ponderal.

c) Lo primero es empezar a tratar los aspectos psicológicos ( síntomas cognitivos y afectivos)

d) La intervención de todo un equipo multidisciplinar y la gran dedicación al paciente son grandes ventajas

***Pregunta de reserva***

**34.-** **Según los criterios de hospitalización descritos por Buela-Casal (2001), cuál cree que en este caso ha sido el motivo de la indicación del ingreso:**

a) Baja motivación de cambio

b) Entorno familiar poco colaborador o caótico

c) Pérdida de peso superior al 25% o complicaciones físicas que hacen peligrar su vida y falta de mejoría a nivel ambulatorio.

d) Tentativa autolitica

**CASO CLÍNICO 3 – Enunciado del caso**

Mujer de 19 años de edad que acude a una Unidad de Media Estancia remitida desde la Unidad de Agudos de Psiquiatría de Hospital General donde ha estado ingresada dos semanas, para seguimiento y tratamiento de su patología.

No presenta antecedentes de tratamiento psicológico ni psiquiátrico en la infancia. Buena adaptación en la infancia a nivel personal, académico y social.

Familia monoparental, con dificultades económicas e indicadores de supervisión parental escasa. Se independizó del domicilio familiar hace tres meses. Inicio de consumo de sustancias en la adolescencia. Empezó a fumar cannabis con 14 años. Desde los 15 años consumo diario de cannabis, con frecuencia diaria. Empezó a consumir anfetaminas con 17 años, los fines de semana que salía por la noche, con fines recreativos. En el tiempo que vivió independizada aumentó de forma importante el consumo de ambas sustancias.

El episodio que desencadenó el ingreso en psiquiatría se inició hace dos meses. Presentó un cambio caracterial claro, con disforia, impulsividad y discusiones frecuentes. Los familiares constatan también que en ese periodo presentó soliloquios, irritabilidad y heteroagresividad hacia objetos. Se mostraba descuidada en cuanto al aseo personal, comenzó a decir que un compañero de piso le vigilaba, intentaba tenerle controlada y le ponía cámaras.

La familia se preocupó y le llevó a urgencias. En el momento del ingreso en Agudos la paciente se mostraba suspicaz, desconfiada, irritable. Inquietud psicomotriz leve con labilidad emocional y llanto. Discurso fluido y espontáneo adecuadamente construido, con cierta presión del habla, centrado en malestar ante situación actual. Verbaliza ideación delirante autorreferencial y de perjuicio (en relación a escuchas y micrófonos que habría colocado la ertzaintza y un complot para hacerla quedar como una drogadicta). En el momento del ingreso el urinocontrol resultó positivo a anfetaminas y cannabis.

El cuadro agudo remitió a la semana del ingreso en Agudos. A partir de ese momento la paciente expresa una crítica clara de las vivencias y percepciones que tenía antes de acudir al hospital.

En este momento lleva un mes en la Unidad de Media Estancia y no ha presentado síntomas psicóticos positivos. Se muestra poco comunicativa, triste, irritable, malhumorada, con ánimo bajo y quejosa por tener que estar ingresada. Ha vuelto a preocuparse por su aspecto físico, tiene iniciativa y mantiene intereses y planes vitales apropiados para su edad. Se mantiene ambivalente respecto al cese completo de consumo de sustancias, especialmente del consumo de cannabis.

**CASO CLÍNICO 3 – Preguntas del caso**

**9.- En este caso, señale cuál es el diagnóstico principal más probable, según el DSM-5:**

a) Trastorno esquizofreniforme

b) Trastorno esquizotípico

c) Trastorno psicótico inducido por sustancias

d) Trastorno delirante tipo persecutorio

**10.- Señale cuál es el segundo diagnóstico más probable, según la CIE 10:**

a) Dependencia cannabis

b) Síndrome de dependencia de los cannabinoides y consumo perjudicial de estimulantes

c) Dependencia anfetaminas

d) Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de múltiples sustancias psicótropas.

**11.- ¿Qué tipo de intervención no recomendaría para el problema de consumo de la paciente?**

a) Programa de reducción de daños, que garantice unos mínimos cuidados

b) Renovación y mantenimiento del nivel motivacional

c) Autorregistros de pensamientos, y situaciones de exposición y respuestas mostradas

d) Ejercicios de prevención de respuestas

**12.-** **Si se planteara hacer una evaluación conductual-funcional de la conducta de consumo tendría que recoger (señale la verdadera):**

a) Topografía de las conductas, contenido, magnitud y frecuencia

b) Expectativas de la paciente respecto al efecto de la sustancia

c) Las variables comúnmente incluidas son las intenciones, las consecuencias y los procesos cognitivos supuestos

d) Características temporales, topografía de los factores, las situaciones y las conductas, contenido y magnitud

***Prequnta de reserva***

**35.-** **Respecto a la sintomatología afectiva descrita, recomendaría:**

a) Iniciar una intervención cognitivo-conductual para el manejo de los síntomas depresivos descritos.

b) Iniciar un tratamiento metacognitivo para los síntomas psicóticos

c) Darle permisos de salida cuanto antes para que remita la sintomatología

d) Normalizar dicha sintomatología por considerarla una reacción adaptativa proporcional a su situación

**CASO CLINICO 4 – Enunciado del caso**

Mujer de 70 años, que pierde a un hijo hace dos años y medio, por un cáncer de lengua. Previamente a ella le habían diagnosticado cáncer con metástasis, por lo que se realizaron varias cirugías, y quimioterapia.

Su oncóloga la deriva por un *'cuadro depresivo severo y angustia tras la muerte del hijo'*, para ser valorada por Psicología y Psiquiatría. Viene porque la mandan, aunque acepta la propuesta de tratamiento psicológico.

Este tratamiento se ha mantenido, de forma intermitente, durante más dos años, sin gran variación en la sintomatología y en su comportamiento. No pide ayuda, ni espera que el psicólogo le diga lo que le pasa, viene a exponer su trauma. Interrumpe las consultas en varias ocasiones, retomándolas a partir de las llamadas del psicólogo que se interesa por saber cómo sigue, ante lo que se muestra agradecida.

Su discurso es pobre, monotemático, centrado en su hijo muerto: *"Era bueno, querido por todos"*, y muy sufrido con la enfermedad: *"¿Cómo pudo tocarle una enfermedad así, tan a la vista?"* A diario recuerda su cara afectada por el tumor, el deterioro de los últimos meses; y se culpa excesivamente. En alguna ocasión verbaliza: *"¿por qué no me habré ido yo también?"*

De su historia familiar, habla poco, con discreción, sin reticencia. Destaca conflictos en el matrimonio; tuvieron varios hijos, con dos de ellos han sufrido mucho. El hijo fallecido fue siempre su preferido, el marido tuvo un cuadro celotípico cuando éste nació, y perduró una relación de rechazo por parte del padre, le hacía de menos, todo lo contrario a los sentimientos de ella.

Durante el tratamiento psicológico y psiquiátrico, presenta momentos de menor inhibición, mejora su tristeza y anhedonia, más activa psicomotrizmente y con mejora de su insomnio matinal, sale más de casa y hace algún viaje para visitar a sus hijos, pero sin que ello suponga una mayor ilusión. En otras ocasiones reconoce que no tiene interés por la vida, que el día a día es una obligación, igual que las tareas de casa, o la responsabilidad en el cuidado de sus nietos; precisamente uno de los nietos quedó a su cargo porque su madre lo abandonó de pequeño, al iniciar otra relación afectiva

No presenta ideas autolíticas, aunque en dos ocasiones en que tiene oportunidad de visitar a su hija ha sufrido caídas con fracturas muy serias al bajar del tren; caídas que no sabe explicar, salvo porque tiene problemas en las piernas. Esto la confirma en que no puede, ni debería salir de casa.

A pesar de los consejos que a veces le han dado, conserva su casa como un santuario: las ropas del hijo, sus fotos están por todas partes: *"Ya me dicen mis hijos, que sólo vivo para ese hijo muerto"*. Reconoce: *"¡No es que no pueda dejarlo, doctor, es que no quiero!"* Es escaso su interés por los demás, y por las cosas.

Persiste en estos años el lamento por la muerte "*injusta*" del hijo, como algo que le hubiera ocurrido a ella misma, dice por ejemplo: "***se me*** *murió el hijo"*. Para ella la vida está vacía, es como si se hubiera detenido.

**CASO CLINICO 4 – Preguntas del caso**

**13.- Según el DSM-5 y el criterio clínico, ¿qué impresión diagnóstica se acomoda mejor a este caso?**

a) Un trastorno adaptativo con estado del ánimo deprimido, por enfermedad médica

b) Un trastorno depresivo persistente (con episodios intermitentes de depresión mayor), con características melancólicas

c) Un trastorno depresivo persistente (con episodio de depresión mayor persistente), con síntomas psicóticos

d) Un proceso de duelo no complicado, pero que merece atención clínica

**14.- Casos como el de esta paciente suponen un reto para el profesional porque:**

a) Crean siempre un vínculo negativo, al no responder bien a los tratamientos

b) Generan siempre angustia, porque hablan a menudo de la muerte

c) Rechazan el tratamiento

d) Generan dificultad a nivel diagnóstico

**15.- En las consultas de evaluación psicológica, la presencia o no de demanda de ayuda:**

a) Es un elemento importante para el diagnóstico diferencial

b) Es sinónimo de que existe 'conciencia de la enfermedad'.

c) Influye en los resultados de la evaluación, e impide sacar conclusiones

d) Predice el grado de adhesión a las indicaciones médicas

**16.-** **En términos psicodinámicos, el proceso psíquico de esta paciente se caracteriza por:**

a) Permanece en una etapa inicial de duelo, con gran inhibición y síntomas depresivos

b) Utiliza el dolor por la muerte del hijo como mecanismo de defensa frente a la angustia por su cáncer

c) Reconoce la realidad de la pérdida, pero el objeto perdido ha sido introyectado, como parte del Yo

d) Idealiza al hijo, como formación reactiva, frente a los sentimientos agresivos que tiene hacia él

***Pregunta de reserva***

**36.-** **Entre las técnicas psicoterapéuticas apropiadas a este caso, el psicólogo puede:**

a) Hablar con el psiquiatra para que ponga medicación antidepresiva

b) Afianzar el sentido de responsabilidad que la paciente muestra hacia sí misma y su entorno

c) Ilusionar al paciente con nuevos objetivos en su vida, y que retire las cosas que recuerdan al hijo.

d) Convencer a la paciente de que no tiene razón para culparse por lo que ha pasado con el hijo

**CASO CLÍNICO 5 – Enunciado del caso**

Hombre de 37 años. Soltero. Vive con su madre. Acude a consulta de CSM acompañado de su madre y demanda la necesidad de tratar su angustia e importante activación, que atribuye a que no puede confiar en nadie "porque todo lo hacen mal". Refiere no tener ninguna problemática psiquiátrica a excepción de que únicamente duerme unas tres horas al día.

Padre fallecido hace 3 años por un cáncer de pulmón. Tiene una hermana que vive fuera del núcleo familiar. Antecedentes familiares sin interés

Fecha el inicio de sus problemas hace 12 años coincidiendo con una ruptura de pareja, tras lo cual dice que tuvo una importante depresión que requirió ingreso psiquiátrico. Refiere haber pasado por diversos periodos de su vida en los que se sentía anímicamente "hundido", "deprimido", "incapaz de hacer nada"

Completó la licenciatura de filología tras varios años de estudio. Ha desempeñado algún trabajo de escasa cualificación, sin contrato laboral y poco tiempo de duración y alternando con largos períodos de inactividad

Tiene reconocida una discapacidad de grado 66% y ocupa el tiempo en actividades formativas, aunque durante estos últimos dos meses su asistencia es muy irregular. No mantiene relaciones sexuales ni de pareja estables, escasa red social

En la entrevista se muestra muy tenso, inquieto, tono de voz elevado. Mantiene un discurso verborreico, tangencial, en ocasiones descarrilado, con asociaciones laxas, hipermnésico. Pendiente de cualquier ruido o movimiento. Niega alteraciones sensoperceptivas. Hipertimia, marcada expansividad, exaltación del humor acompañada de aumento de la estima de sí mismo e ideas de grandeza. No verbaliza ideación auto ni heterolítica. Relata ideas extrañas de corte delirante, con completa convicción, con continuos comentarios "ya sé que no me vas a creer", "todo el mundo me odia porque yo soy superior". Acepta la ayuda porque siente que le "desbordan los pensamientos"

No antecedentes de consumo de tóxicos ni se objetiva consumo en la actualidad. No presenta otras patologías orgánicas

Su madre comenta que los últimos dos meses se ha agravado su estado debido al abandono de la medicación, incrementándose los comportamientos desorganizados. Refiere que la convivencia familiar está siendo complicada y que no sabe cómo ayudarle

**CASO CLINICO 5 – Preguntas del caso**

**17.- Según el sistema de clasificación de enfermedades CIE-10, calificaríamos este caso con el diagnóstico de:**

a) Esquizofrenia paranoide

b) Trastorno de personalidad paranoide

c) Trastorno esquizoafectivo

d) Trastorno de ideas delirantes

**18.- En relación a la evaluación cognitivo-conductual en los trastornos psicóticos, De la Puente y Crespo delimitan una serie de objetivos específicos. Señale la respuesta incorrecta:**

a) Identificar los síntomas del paciente y asignar un diagnóstico

b) Explorar el grado de funcionamiento premórbido y las relaciones objetales de la infancia

c) Establecer los efectos que tienen los síntomas en el funcionamiento cognitivo, familiar, social y laboral

d) Identificar las habilidades de afrontamiento y detectar estresores

**19.- Señale la respuesta correcta: siguiendo la teoría de Barrawclough y Tarrier con objeto de potenciar la intervención familiar, ésta tiene que caracterizarse por:**

a) Estar dirigida únicamente a la familia

b) Limitarse a las actuaciones educativas

c) Mantenerse durante un periodo corto de tiempo

d) Intentar que el paciente cumpla también las pautas farmacológicas prescritas

**20.-** **En relación al pronóstico, señale la respuesta correcta:**

a) El curso clínico de la esquizofrenia muestra tendencia ala cronicidad, con un pronóstico algo mejor que el trastorno esquizoafectivo

b) El estudio longitudinal clásico de Ciompi, en relación al curso de la esquizofrenia, encontró un porcentaje muy bajo de sujetos (17%) con remisiones completas y marcada mejoría

c) Hegarty y cols., en un metaanálisis de la literatura científica sobre la evolución a largo plazo de la esquizofrenia, constataron que el 20% de los casos había mejorado clínicamente tras 5,6 años

d) Según Ciompi, la evolución de la esquizofrenia se ha visto asociada más bien a variables sociales, personales y clínicas entre las que destacan, como signos de buen pronóstico, un comienzo agudo y la presencia de un acontecimiento precipitante

***Pregunta de reserva***

**37.-** **Señale la afirmación incorrecta en relación a las intervenciones que se plantean sobre los trastornos psicóticos:**

a) El programa psicoeducativo de Rebolledo y Lobato consta de dos grandes ámbitos de contenido: uno de educación para la salud y otro de promoción del desarrollo laboral

b) El tratamiento de los trastornos psicóticos ha de realizarse desde un enfoque multicomponente y comprehensivo

c) La Terapia Psicológica Integrada de Roder y cols. se compone de cinco módulos, de los cuales los dos primeros constituyen estrategias de rehabilitación cognitiva clásica

d) El grupo de Tarrier ha desarrollado el programa de Mejora de la Estrategia de Afrontamiento con el fin de que los pacientes puedan controlar de modo más eficaz su sintomatología

**CASO CLINICO 6 – Enunciado del caso**

Se trata de un niño que acaba de cumplir 4 años. Ha sido derivado desde primaria a consulta de psicología de un Equipo de Salud Mental Infantil-Juvenil, y viene acompañado por su madre. La madre ha acudido tras mostrarle su nueva profesora una gran alarma por el funcionamiento del niño en el primer mes del curso. El niño es nuevo este año en el colegio, porque la familia ha venido a la ciudad este verano desde otro país.

Según la descripción de la profesora, coincidente con la de la madre, apenas inicia interacciones sociales espontáneamente, y cuando quiere algo coge la mano del adulto y la acerca a los objetos. En la consulta parece no reconocer la presencia de los otros y hace muy poco contacto ocular, la madre señala que es su conducta habitual. Le fascinan los objetos brillantes y pasa largos ratos focalizado en las características sensoriales de los objetos, especialmente con una cazuela. Según la madre "está como obsesionado con la cazuela, la quiere llevar con él". En los momentos sin distracciones hace movimientos rítmicos de las manos y balanceos. Por otro lado, ante pequeños cambios en el entorno y las rutinas tiende a mostrar rabietas fuertes. En el colegio interacciona muy poco con los compañeros o lo hace de forma peculiar, la profesora señala que parece no tener interés por los aprendizajes y le ha observado muchas veces apartarse del grupo y quedarse en una esquina.

En la anamnesis se recoge que el parto fue difícil, y requirió la aplicación de oxígeno. Inicialmente fue un bebe fácil, pero ya durante el primer año a los padres les llamó la atención que apenas respondía a los contactos sociales y los juegos. Empezó a gatear cerca del año, pero de forma poco coordinada. La deambulación autónoma no comenzó hasta los 19 meses y aún hoy en día tiene problemas de equilibrio, se cae y choca con los objetos con frecuencia. A nivel de lenguaje, el desarrollo fue también lento. En la actualidad, puede usar frases bien estructuradas, pero lo más llamativo es el uso que hace del lenguaje. Repite con muy buena memoria frases literales que ha escuchado, imitando el tono con exactitud. A veces pide algo usando una frase en tercera persona.

La madre refiere que estos signos les han preocupado a lo largo de los años, pero que su marido decía que ya aprendería. Al trasladarle el psicólogo su preocupación por la clínica del menor, la madre le da la razón y pregunta qué se debe hacer entonces, si bien su reacción es de extrañeza. El terapeuta programa sucesivas evaluaciones en consulta y en el aula; y solicita que acuda el marido.

**CASO CLINICO 6 – Preguntas del caso**

**21.- El diagnóstico sería compatible con:**

a) Trastorno del espectro autista (TEA), según la DSM-V

b) Autismo infantil, según la CIE-10

c) Trastorno de la coordinación, según la DSM-V

d) Todas las respuestas son válidas

**22.- Son características de los TEA:**

a) Son trastornos multicausales y variados en sus presentaciones, que requieren de intervenciones multidisciplinares

b) La detección e intervención más precoz posible es fundamental, siendo las primeras manifestaciones del trastorno identificables a partir de los dos años

c) Actualmente la DSM-V mantiene una separación entre los TEA y el trastorno desintegrativo infantil; esto es, la presencia del segundo descarta el diagnóstico del primero

d) Todas son verdaderas

**23.- En los casos de TEA en los que se ha producido una regresión o pérdida de capacidades adquiridas, lo más frecuente es:**

a) Que la pérdida sea posterior a los 2 años

b) Una pérdida de capacidades motoras y de autocuidado anterior al segundo año

c) Una pérdida de comportamientos sociales y de capacidades del lenguaje anterior a los dos años

d) Una pérdida de comportamientos sociales y de capacidades del lenguaje posterior a los dos años

**24.- Según el manual de Kaplan-Sadock, "Sinopsis de psiquiatría", en los Trastornos del Espectro Autista:**

a) Las modalidades educativas y conductuales se consideran hoy en día el tratamiento de elección

b) El entrenamiento de padres se asocia a mejoras importantes en el lenguaje del niño y en las áreas cognitiva y social

c) Un niño autista requiere el aprendizaje en aulas estructuradas. Entre los objetivos del tratamiento están: 1) El desarrollar conductas para integrarse en la escuela, 2) Establecer relaciones significativas con los compañeros, y 3) Aumentar la probabilidad de que se desarrollen como adultos independientes

d) Todas las opciones son correctas

***Pregunta de reserva***

**38.- Son características de los trastornos del espectro autista:**

a) Son trastornos degenerativos que impiden el aprendizaje

b) Su prevalencia es mayor en el sexo femenino que en el masculino

c) Factores de buen pronóstico son un alto funcionamiento intelectual y en el área del lenguaje funcional

d) La repetición literal de verbalizaciones fuera de contexto es un ejemplo de estereotipia

**CASO CLINICO 7 – Enunciado del caso**

Leire, de 25 años, acude al Centro de Salud Mental derivada por su médico de familia después de solicitar una baja laboral tras experimentar una intensa angustia iniciada en su centro de trabajo y generalizada a otros ámbitos de su vida.

En una primera entrevista expone de manera fluida y coherente sus circunstancias vitales y las causas de su malestar emocional. Superó sin dificultades sus estudios de hostelería y consiguió trabajo pronto. Desde hace dos años trabaja en el mismo restaurante, es muy meticulosa y detallista en sus elaboraciones, lo que le ha servido para ascender profesionalmente.

Actualmente no tiene pareja, pero en el pasado, cada vez que ha iniciado una relación sentimental con un hombre ha padecido un intenso miedo a contraer una enfermedad contagiosa en los contactos íntimos.

Desde el inicio de su actividad profesional, cada vez que sale de trabajar dedica gran parte de su tiempo a tener debates internos en los que somete a discusión cualquier acto llevado a cabo en su jornada: si ha sido apropiada la respuesta a un compañero, si un plato ha estado presentado adecuadamente, si su jefe la despedirá porque no ha habido suficiente gente en el restaurante, si esta poca afluencia tiene que ver con algo que ha podido hacer ella, entre otras cosas.

Desde hace alrededor de un mes se ve sorprendida por un temor intenso a perder el control y hacer daño a alguno de sus compañeros con un cuchillo de cocina u otro utensilio punzante. Por las noches no puede conciliar el sueño porque su mente no deja de dar vueltas a múltiples escenas violentas de apuñalamientos. Reconoce estos pensamientos como propios, le generan un intenso malestar, intenta resistirse a ellos pero no puede suprimirlos por más que lo intente. No se detecta la existencia de actos compulsivos o rituales para neutralizar su angustia.

Solicitó la baja laboral porque pensó que la evitación durante un tiempo de la exposición a objetos cortantes relajaría su miedo a perder el control, pero este miedo se generalizó a otras situaciones, apareciendo miedo a tirarse al tren, a tirarse por la ventana o miedo a perder el control e insultar a su madre.

La semana pasada, estando en casa haciendo la comida, experimentó un ataque de pánico secundario a la idea de que podía agredir a su madre con un cuchillo y fue tal la intensidad su malestar que pensó que se iba a volver loca. Su madre llamó a urgencias porque no comprendía lo que le estaba pasando y no sabía cómo contener su angustia.

**25.- Según la CIE 10, el diagnóstico apropiado al caso descrito sería el de:**

a) Trastorno obsesivo-compulsivo con predominio de actos compulsivos

b) Fobia de impulsión

c) Fobia específica

d) Ninguna de las anteriores

**26.-** **Señala la afirmación correcta en relación a las explicaciones que Serafín Lemos expone en su libro de Psicopatología General sobre la etiología del Trastorno Obsesivo-Compulsivo:**

a) La teoría de los dos factores de Mowrer da respuesta al mantenimiento de las rumiaciones obsesivas de Leire

b) Los enfoques cognitivos apuntan a la existencia de déficits cognitivos, como el déficit en la "monitorización de la realidad", que pueden estar presentes en pacientes obsesivos

c) Foa y Kozak (1986) incorporan factores psicoanalíticos, como la dificultad en el manejo de la agresividad, al modelo de aprendizaje del TOC

d) Hay evidencia del aprendizaje de las conductas compulsivas específicas, por lo que no existe una influencia genética significativa en la adquisición de este trastorno

**27.-** **Según el Manual de Evaluación y Tratamientos Psicológicos de Buela-Casal, para la evaluación de los síntomas que presenta Leire:**

a) Es aconsejable realizar una entrevista no estructurada cuyas preguntas sean abiertas para inferir a partir de sus respuestas el significado que Leire le aporta a su sintomatología

b) La evaluación de la intensidad, frecuencia y duración de los pensamientos obsesivos se puede llevar a cabo mediante el Inventario de Obsesiones de Leyton

c) Para evaluar las preocupaciones de Leire sobre la pérdida de control conductual se puede utilizar el Inventario de Padua.

d) Para facilitar que Leire hable con mayor facilidad de sus obsesiones se le puede facilitar la información de que el 40 por 100 de las personas normales también tienen ideas no deseadas (Rachman y Silva, 1978).

**28.-** **Señala la respuesta incorrecta en relación al tratamiento de la sintomatología de Leire según el Manual de Evaluación y Tratamientos Psicológicos de Buela-Casal:**

a) Las intervenciones cognitivas sobre la estimación de catástrofe serían adecuadas para el manejo del miedo de Leire a contagiarse de una enfermedad infecciosa

b) La técnica del estándar doble puede ser útil para aliviar los pensamientos catastrofistas relacionados con su temor a ser despedida si, por ejemplo, un día el restaurante no presenta la afluencia habitual

c) Los rituales mentales son más fáciles de tratar que los rituales manifiestos

d) Dentro de los tratamientos conductuales a aplicar se encuentra la parada de pensamiento

***Pregunta de reserva***

**39.-** **Señala la respuesta correcta, según el DSM-5, en relación al diagnóstico diferencial en el caso de Leire:**

a) Las preocupaciones de Leire se parecen a las de un episodio depresivo mayor en que las preocupaciones del trastorno depresivo son también incongruentes con el estado de ánimo y se experimentan como intrusivas

b) Las preocupaciones de Leire se distinguen de las de un trastorno de ansiedad generalizada en que los pensamientos de Leire incluyen contenidos extraños e irracionales y poco asociados a preocupaciones de la vida real

c) Si Leire careciera de introspección en relación a sus creencias no podría recibir el diagnóstico de Trastorno Obsesivo-Compulsivo

d) A pesar de que Leire tenga características de personalidad obsesiva, el diagnóstico de Trastorno Obsesivo-Compulsivo en el Eje I excluye el diagnóstico de Trastorno de personalidad obsesivocompulsiva

**CASO CLINICO 8 – Enunciado del caso**

Laura tiene 17 años, es la menor de tres hermanas y su madre ha fallecido tras una enfermedad oncológica de un año de duración hace mes y medio.

Su padre está preocupado porque desde el fallecimiento de la madre parece que ha perdido la alegría que la caracterizaba. La percibe en ocasiones muy triste y pensativa, la encuentra llorando revisando una y otra vez el álbum familiar, no sale con sus amigas tan frecuentemente como lo hacía antes de la enfermedad de la madre y su rendimiento en el instituto es algo menor. Se muestra muy preocupado por esta cuestión porque se acercan las pruebas de acceso a la universidad y su nota determinará la carrera a la que pueda acceder.

Su padre dice que sabían que la madre iba a fallecer desde hace unos meses y que continuar llorando a estas alturas le va a perjudicar. Él mismo dice que aceptó el diagnóstico, ha aceptado la pérdida, ha procurado mantener su ritmo de trabajo durante la enfermedad y tras la muerte y dice que continuar dándole vueltas a la pena no ayuda a adaptarse a la rutina del día a día. Él nunca cogió la baja laboral a pesar de que su médico se la sugirió ante la aparición, en este contexto, de algunos síntomas psicosomáticos. Refiere que son una familia sana, con muchos apoyos familiares y sociales y con los pies en la tierra y que no hay que dejar espacio a lamentaciones cuando se sabe que la madre ya no va a volver.

El padre convence a Laura para que acuda a su médico de familia y Laura accede. Laura le explica al doctor que desde que falleció su madre se encuentra más triste de lo normal, las lágrimas le sorprenden en momentos inesperados, no puede dejar de pensar en ella y después de mes y medio desde el fallecimiento se siente, a veces, profundamente triste y desamparada. Le cuesta dormir porque durante la noche, en ocasiones, cree escuchar la voz de su madre, que la llama. Estas sensaciones precipitan su llanto y en ese momento acude a la habitación de sus hermanas, y en su compañía, consigue dormir de nuevo.

Algunas mañanas se despierta confundida, como si la muerte de su madre hubiera sido un sueño, pero rápidamente se da cuenta de que nunca más estará presente. Sólo le apetece salir con las amigas con las que más confianza tiene, aquellas con las que se siente libre para expresar sus preocupaciones. No ha perdido su ilusión por ingresar en la Universidad y aunque sus resultados académicos son peores de lo habitual y tiene dificultades de concentración, no ha suspendido ninguna asignatura.

El médico de atención primaria realiza una consulta sobre este caso a un Psicólogo Clínico para que le oriente sobre el mejor manejo desde Atención Primaria y en su caso, sobre una posible derivación a Salud Mental.

**CASO CLINICO 8 – Preguntas del caso**

**29.- Según la CIE-10 la codificación más apropiada al caso expuesto sería la de:**

a) Trastorno de Duelo Complejo porque aparecen síntomas emocionales inusuales como las pseudoalucinaciones

b) Z63.4 Desaparición o fallecimiento de un miembro de la familia, porque la muerte de la madre es un factor que influye en el estado de salud, genera un contacto con los servicios de salud y puede suponer un problema potencial psicosocial

c) F43.20 Reacción depresiva breve porque se trata de un estado depresivo cuya duración no excede de dos meses.

d) F93.0 Trastorno de ansiedad de separación porque presenta un malestar excesivo y recurrente ante la separación de la madre

**30.- Según el Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente de Vicente E. Caballo, la intervención terapéutica más adecuada en el caso expuesto sería la siguiente:**

a) Entrenamiento en habituación, a partir del cual Laura vaya reestructurando su día a día a la ausencia de su madre

b) Asesoramiento de Duelo para facilitar un proceso de duelo que no se asume como patológico y Laura logre superar, dentro de un límite razonable, las etapas del duelo.

c) Intervención en el Duelo anticipatorio para ayudar a Laura a enfrentarse a las próximas pérdidas que va a ir encontrándose a lo largo de su vida.

d) Terapia Dialéctico Conductual para que a partir de técnicas cognitivo-conductuales, Laura logre tolerar la angustia que le genera la pérdida de su madre y regularse emocionalmente.

**31.- Según O´Connor (1995), citado en el Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente de Vicente E. Caballo, dentro del proceso de duelo Laura se encontraría en la etapa de:**

a) Negación de la pérdida

b) Búsqueda de nuevos objetos de amor o de amigos

c) Sentimientos de dolor por la pérdida

d) Ruptura de antiguos hábitos

**32.- Señala la afirmación incorrecta en relación al caso expuesto, siguiendo el Manual de Psicología Clínica Infantil y Adolescente de Vicente E. Caballo:**

a) Existe mayor probabilidad de que el duelo de Laura se convierta en una entidad patológica si hubiera establecido con su madre una relación cargada de ansiedad y ambivalente

b) Si el periodo de agonía de la madre ha sido prolongado se minimiza la ambivalencia preexistente y da tiempo a aliviar los sentimientos de culpa e insuficiencia.

c) Existen dos concepciones erróneas que tienen el potencial de crear complicaciones a lo largo del proceso de duelo: los "debería" del duelo y las relaciones entre la intensidad del duelo y el tiempo

d) Las expectativas de la sociedad sobre el tiempo necesario para terminar el trabajo del duelo (usualmente 12 meses o menos) contrastan con la evidencia de la investigación (frecuentemente más de 12 meses).

.

***Pregunta de reserva***

**40.- Señala la afirmación más apropiada en relación al padre de Laura según el Manual de Psicología Clínica Infantil y Adolescente de Vicente E. Caballo:**

a) La posición del padre de Laura podría derivar, con el tiempo, en un Duelo enmascarado

b) Sería importante informar al padre de Laura acerca de los "debería" del duelo para que orientara a su hija en relación a lo que "debe ser el duelo": el tiempo que tiene que durar la tristeza o las emociones que debe sentir

c) Sería aconsejable que el padre de Laura escondiera durante un tiempo los álbumes de fotos para evitar la exposición de Laura a objetos que eliciten el recuerdo reiterado de la madre

d) La posición del padre de Laura puede definirse como de "ataque de duelo" porque evita experimentar las emociones propias de esta crisis vital

# Bigarren ariketaren erantzun zuzenak
# Respuestas correctas del segundo ejercicio

## FAK. ESP. PSIKOLOGO-KLINIKO TEKNIKARIA

**A10308** | **FAC. ESP. TECNICO PSICOLOGO CLINICO** | **A**

| Z. ERANTZUNA Nº RESPUESTA | Z. ERANTZUNA Nº RESPUESTA | Z. ERANTZUNA Nº RESPUESTA | Z. ERANTZUNA Nº RESPUESTA |
|---|---|---|---|
| 1 A | 33 C | 65 D | 97 B |
| 2 B | 34 C | 66 B | 98 C |
| 3 A | 35 D | 67 C | 99 A |
| 4 C | 36 B | 68 C | 100 D |
| 5 C | 37 A | 69 B | 101 A |
| 6 A | 38 C | 70 A | 102 C |
| 7 D | 39 B | 71 C | 103 C |
| 8 C | 40 A | 72 A | 104 B |
| 9 C | 41 C | 73 C | 105 A |
| 10 B | 42 B | 74 B | 106 C |
| 11 A | 43 A | 75 A | 107 B |
| 12 D | 44 C | 76 C | 108 A |
| 13 B | 45 C | 77 B | 109 C |
| 14 D | 46 B | 78 A | 110 C |
| 15 A | 47 A | 79 C | 111 B |
| 16 C | 48 C | 80 C | 112 A |
| 17 C | 49 C | 81 B | 113 C |
| 18 B | 50 B | 82 A | 114 C |
| 19 D | 51 A | 83 C | 115 B |
| 20 D | 52 C | 84 C | 116 A |
| 21 D | 53 C | 85 B | 117 C |
| 22 A | 54 B | 86 A | 118 C |
| 23 C | 55 A | 87 C | 119 B |
| 24 D | 56 C | 88 C | 120 A |
| 25 D | 57 C | 89 B | |
| 26 B | 58 B | 90 A | |
| 27 C | 59 D | 91 C | |
| 28 C | 60 D | 92 C | |
| 29 B | 61 D | 93 B | |
| 30 B | 62 A | 94 A | |
| 31 D | 63 C | 95 C | |
| 32 B | 64 D | 96 C | |

**Reserva**

| | |
|---|---|
| 121 | A |
| 122 | C |
| 123 | B |
| 124 | A |