

**1ª PRUEBA:** CUESTIONARIO TEÓRICO  
**2ª PRUEBA:** CUESTIONARIO PRÁCTICO

**ACCESO: LIBRE**

**CONCURSO-OPOSICIÓN 2023 PARA CUBRIR PLAZAS BÁSICAS VACANTES DE:**  
**FEA PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**ADVERTENCIAS:**

- **ESTÁ PROHIBIDA LA ENTRADA AL AULA Y PUESTO DE EXAMEN con TELEFONO MÓVIL (o dispositivo electrónico conectado a datos, en general).**
- **EN LA CONTRAPORTADA DE ESTE CUADERNILLO ENCONTRARÁ INSTRUCCIONES QUE DEBE SEGUIR EN CASO DE HABER OLVIDADO DEJAR EL TELEFONO MÓVIL ANTES DE ACCEDER AL AULA DE EXAMEN.**
- **ESTÁ PROHIBIDO HABLAR DESDE EL INICIO DE LA PRUEBA.**
- **NO ABRA EL CUADERNILLO HASTA QUE SE LE INDIQUE.**
- **EL INCUMPLIMIENTO DE LAS INSTRUCCIONES SUPONDRÁ LA EXPULSIÓN DEL PROCESO.**

- Compruebe que en su «**Hoja de Respuestas**» están sus datos personales, que son correctos, y **no olvide firmarla.**
- **El tiempo de duración de las dos pruebas es de tres horas.**
- **Para abrir este cuadernillo, rompa el precinto cuando se indique.**
- Si observa alguna anomalía en la impresión del cuadernillo, solicite su sustitución. **PARA ELLO LEVANTE LA MANO Y ESPERE EN SILENCIO A SER ATENDIDO POR LAS PERSONAS QUE ESTAN VIGILANDO EL EXAMEN.**
- Este cuadernillo incluye las preguntas correspondientes a la «**1ª PRUEBA: CUESTIONARIO TEÓRICO**» y «**2ª PRUEBA: CUESTIONARIO PRÁCTICO**».

**1ª PRUEBA: CUESTIONARIO TEÓRICO**

- Esta prueba consta de 100 preguntas, numeradas de la 1 a la 100, y 3 de reserva, situadas al final del cuestionario, numeradas de la 151 a la 153.
  - Las preguntas de esta prueba teórica deben ser contestadas en la «**Hoja de Respuestas**», numeradas de la 1 a la 100.
  - Las preguntas de reserva deben ser contestadas en la zona destinada a «**Reserva**» de la «**Hoja de Respuestas**», numeradas de la 151 a la 153.
- Todas las preguntas de esta prueba tienen el mismo valor y sumarían un máximo de 50 puntos.
- Las contestaciones erróneas se penalizarán con  $\frac{1}{4}$  del valor del acierto.

**2ª PRUEBA: CUESTIONARIO PRÁCTICO**

- Esta prueba consta de 50 preguntas, numeradas de la 101 a la 150.
  - Las preguntas de esta prueba práctica deben ser contestadas en la «**Hoja de Respuestas**», numerada de la 101 a la 150.
- Todas las preguntas de esta prueba tienen el mismo valor y sumarían un máximo de 50 puntos.
- Las contestaciones erróneas se penalizarán con  $\frac{1}{4}$  del valor del acierto.

- Todas las preguntas tienen 4 respuestas alternativas, siendo sólo una de ellas la correcta.
- Solo se calificarán las respuestas marcadas en su «**Hoja de Respuestas**».
- Compruebe siempre que el número de respuesta que señale en su «**Hoja de Respuestas**» es el que corresponde al número de pregunta del cuadernillo.
- Este cuadernillo puede utilizarse en su totalidad como borrador.

**SOBRE LA FORMA DE CONTESTAR SU «HOJA DE RESPUESTAS», LEA MUY ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES QUE FIGURAN AL DORSO DE LA MISMA.**

**ESTE CUADERNILLO DEBERÁ ENTREGARSE EN SU TOTALIDAD AL FINALIZAR EL EJERCICIO. Si desea un ejemplar puede obtenerlo en la página web del Organismo.**

**CONTINÚA EN LA CONTRAPORTADA**

ABRIR SOLAMENTE A LA INDICACIÓN DEL TRIBUNAL



- 
- 1 El derecho a la vida y el derecho a la integridad física y moral son los derechos más básicos y primarios de todos los reconocidos en nuestra Constitución Española de 1978, en la medida en que la afirmación de los demás solo tiene sentido a partir del reconocimiento de éstos. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones referida a este tema es cierta?**
- A) La Constitución Española (CE) de 1978 reconoce este derecho fundamental en su artículo 13.
  - B) La CE establece la abolición, en cualquier circunstancia o situación, de la pena de muerte.
  - C) La CE establece que nadie, en ningún caso, pueda ser sometido a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes.
  - D) Todas las respuestas anteriores son ciertas.
- 2 ¿Qué artículo del Estatuto de Autonomía para Andalucía señala que "corresponde a la Comunidad Autónoma la competencia exclusiva sobre organización, funcionamiento interno, evaluación, inspección y control de los centros, servicios y establecimientos sanitarios"?**
- A) Artículo 53.
  - B) Artículo 54.
  - C) Artículo 55.
  - D) Artículo 56.
- 3 La Ley 2/1998, de Salud de Andalucía establece, en su artículo 30, que las líneas directivas y de planificación de actividades, programas y recursos necesarios para alcanzar la finalidad expresada en el objeto de dicha ley constituirán el Plan Andaluz de Salud, que será el marco de referencia y el instrumento indicativo para todas las actuaciones en materia de salud en el ámbito de Andalucía. Así mismo establece que la vigencia será fijada en el propio plan. En la actualidad, el plan vigente es el IV, que estaba diseñado para el periodo 2013-2020, por lo que el pasado 16 de mayo de 2023, el Consejo de Gobierno firmó un Acuerdo por el que se aprueba la formulación de:**
- A) El V Plan Andaluz de Salud.
  - B) La Estrategia de Salud de Andalucía 2030.
  - C) El Plan Estratégico de Salud 2023-2028.
  - D) Ninguna de las anteriores es cierta.

- 4 ¿A qué órgano directivo de la actual Consejería de Salud y Consumo está adscrita la Escuela Andaluza de Salud Pública, según establece el Decreto 156/2022, de 9 de agosto, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Salud y Consumo?**
- A) Secretaria General de Salud Pública e I+D+i en Salud.
  - B) Viceconsejería.
  - C) Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica.
  - D) Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud.
- 5 Las llamadas Precauciones Estándar en la prevención frente al riesgo biológico establecen, entre otras premisas, que toda sangre humana o fluido biológico así como cualquier material que pueda transmitir infección debe considerarse infeccioso. En este sentido, ¿cuál es la medida preventiva más importante para reducir los riesgos de transmisión de agentes biológicos en nuestro ámbito laboral?**
- A) El uso de guantes.
  - B) El uso de máscaras y protectores faciales y oculares.
  - C) La eliminación de residuos.
  - D) El lavado de manos.
- 6 Las Comisiones Hospitalarias constituyen uno de los pilares más importantes de la Política de Calidad de los centros sanitarios, constituyéndose como órganos colegiados de asesoramiento técnico a la Dirección del Hospital. ¿Por qué norma legal están reguladas las Comisiones Clínicas y otros órganos colegiados de participación y asesoramiento?**
- A) Por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
  - B) Por la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.
  - C) Por el RD 328/2004, de 11 de noviembre, por el que se regulan las Comisiones de Calidad en los centros asistenciales del Sistema Nacional de Salud.
  - D) Por el RD 521/1987, de 15 de abril, por el que se aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud.
- 7 El vigente Contrato Programa 2023 del SAS con sus centros (Hospitales, Distritos, Áreas de Gestión Sanitaria y Red Andaluza de Medicina Transfusional, Tejidos y Células) establece tres perspectivas prioritarias, de forma que todos los objetivos se orienten hacia: (señale la FALSA)**
- A) El desarrollo de los profesionales.
  - B) Garantizar la accesibilidad.
  - C) Una asistencia humanizada.
  - D) La eficiencia.

**8 Según se recoge en la Exposición de Motivos de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, "El concepto de profesión es un concepto elusivo que ha sido desarrollado desde la sociología en función de una serie de atributos como formación superior, autonomía y capacidad auto-organizativa, código deontológico y espíritu de servicio, que se dan en mayor o menor medida en los diferentes grupos ocupacionales que se reconocen como profesiones". Por otra parte (sigue el texto legal), en nuestra organización política solo se reconoce como profesión existente aquella que está normada desde el Estado, y de ahí el objeto y ámbito de aplicación de esta Ley 44/2003. ¿Qué establece esta norma legal regulatoria de las profesiones sanitarias en nuestro país?**

A) Esta ley regula los aspectos básicos de las profesiones sanitarias tituladas en lo que se refiere a su ejercicio por cuenta propia, dejando en manos de la Administración Sanitaria la regulación de las mismas en el ejercicio por cuenta ajena y en los servicios sanitarios públicos.

B) A efectos de esta Ley son profesiones sanitarias, tituladas y reguladas, aquellas cuya formación pregraduada o especializada se dirige específica y fundamentalmente a dotar a los interesados de los conocimientos, habilidades y actitudes propias de la atención de salud, y que están organizadas en colegios profesionales oficialmente reconocidos por los poderes públicos.

C) La Ley establece en su artículo 2, tres grupos de profesiones sanitarias tituladas: de nivel licenciado, de nivel diplomado y de nivel de formación profesional.

D) Todas las respuestas anteriores son correctas.

**9 La responsabilidad patrimonial de la Administración Pública es el deber que tiene la Administración de indemnizar a un sujeto cuando, como consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos, causa una lesión o daño que el sujeto afectado no está jurídicamente obligado a soportar. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre este tema es cierta?**

A) Los procedimientos de responsabilidad patrimonial solo podrán iniciarse a solicitud de la persona interesada.

B) El medio de presentación dependerá de lo que establezca la normativa que regule este procedimiento: si el procedimiento es exclusivamente telemático, no podrá presentar la solicitud en una oficina de asistencia en materia de registros.

C) El plazo máximo que tiene la Administración para la Resolución/Notificación es de 2 meses tras la presentación de la solicitud.

D) En el caso de reclamaciones patrimoniales interpuestas por los ciudadanos ante el Servicio Andaluz de Salud (SAS), el órgano responsable de la tramitación de las mismas es la Dirección General de Gestión Económica y Servicios del SAS.

- 10 A la hora de evaluar la relación entre dos variables cuantitativas continuas, es cierto que:**
- A) Siempre es una buena idea examinar la relación entre las variables con una gráfica de dispersión.
  - B) Un coeficiente de correlación mide el grado en que dos variables tienden a cambiar al mismo tiempo, describiendo la fuerza de la asociación pero no la dirección de la relación.
  - C) La correlación de Pearson evalúa la relación logarítmica entre dos variables continuas.
  - D) La correlación de Spearman evalúa la relación lineal entre dos variables continuas.
- 11 Un estudio de investigación ha llevado a cabo un seguimiento de una gran muestra (multicéntrica y multinacional) de pacientes con cáncer de pulmón no microcítico, para evaluar la supervivencia global en función del primer tratamiento oncológico recibido. ¿Cuál de las afirmaciones siguientes sobre este estudio clínico es correcta?**
- A) Es un diseño clásico de casos y controles.
  - B) El análisis de supervivencia a usar será el método de Kaplan-Meier, al ser una muestra tan grande.
  - C) La estimación del riesgo será un hazard ratio (HR).
  - D) Este estudio no podría diseñarse como una cohorte retrospectiva o histórica, porque no podría determinarse con seguridad el evento o desenlace (muerte).
- 12 UpToDate está disponible para todos los profesionales del SNS, y es probablemente el recurso de información para la práctica clínica más usado en el mundo, considerándose un estándar para la toma de decisiones clínicas basadas en la evidencia. En la pirámide de Haynes, que clasifica las fuentes que debemos utilizar para encontrar las mejores evidencias en función de su relevancia, y establece una jerarquía de niveles en los que se encuentran las diferentes formas de presentar la información biomédica, ¿dónde se encuadraría el recurso UpToDate?**
- A) Nivel de Síntesis (revisiones sistemáticas)
  - B) Nivel de Sumarios (textos basados en la evidencia).
  - C) Nivel de Sinopsis (resúmenes basados en la evidencia).
  - D) Nivel de Sistemas (herramientas para la toma de decisiones basadas en la evidencia).
- 13 Marc Lalonde, en 1974 y siendo Ministro de Sanidad de Canadá, enunció un modelo que ha tenido una gran influencia en los últimos años, y que establece que la salud de una comunidad está condicionada por la interacción de cuatro grupos de factores. ¿Cuál de los siguientes factores determinantes de la salud, NO está contemplado en el Informe Lalonde como uno de estos cuatro?**
- A) Biología humana.
  - B) Atención sanitaria y organización de los sistemas de salud.
  - C) Medio ambiente.
  - D) Nivel socioeconómico.

- 14** Tras la aprobación de un nuevo medicamento por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) y su comercialización y financiación pública en nuestro país, se quiere llevar a cabo un estudio de investigación para evaluar la efectividad y seguridad de dicho fármaco en una población de pacientes en condiciones de práctica clínica habitual y siguiendo escrupulosamente las indicaciones aprobadas en su ficha técnica. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones referidas a este estudio de investigación es correcta?
- A) Es un ensayo clínico en fase IV (postcomercialización), y le será de aplicación el Real Decreto 1090/2015.
  - B) Es un estudio cuasiexperimental con medicamentos, tipo antes/después, y requiere aprobación por la AEMPS.
  - C) Es un estudio observacional con medicamentos, y le será de aplicación el Real Decreto 957/2020.
  - D) Es un estudio de vida real (o Real World Evidence, en inglés) y no requiere aprobación por un Comité de Ética de Investigación, al tratarse de práctica clínica habitual.
- 15** Los Procesos Asistenciales Integrados (PAIs) que se han ido priorizando en el SSPA son aquellos que representan la mayor parte de las patologías que se atienden en los centros sanitarios de nuestra Comunidad (como Cefaleas, Demencias, Anemias, Asma infantil, Insuficiencia cardiaca, etc.), hasta un total de 41 contenidos en los llamados Mapa 1 y Mapa 2. Indique en qué tipo o grupo de procesos incluiría estos Procesos Clínico-Asistenciales:
- A) Procesos operativos.
  - B) Procesos estratégicos.
  - C) Procesos de soporte.
  - D) Procesos de salud pública.
- 16** ¿Sobre qué autor/es se ha basado la clasificación de las disfunciones sexuales en la mayoría de ediciones del DSM?
- A) Sigmund Freud.
  - B) William Masters y Virginia Johnson.
  - C) Alfred Kinsey y Helen Kaplan.
  - D) David H. Barlow.
- 17** Señale la opción correcta sobre los Trastornos de Adaptación:
- A) Dentro del Trastorno de Adaptación se incluye la reacción de duelo normal.
  - B) La característica fundamental es la presencia de síntomas emocionales / comportamentales que surgen como respuesta a uno o varios estresores identificables.
  - C) La manifestación clínica dominante debe ser siempre el ánimo depresivo.
  - D) Una vez que el factor estresante o sus consecuencias han terminado, los síntomas se pueden mantener durante más de 6 meses.

- 18 “Contracción muscular que produce sacudidas repetidas de las extremidades durante el sueño” es la definición de:**
- A) Jactatio cápitis nocturna.
  - B) Somniloquio.
  - C) Mioclonus nocturno.
  - D) Síndrome de piernas inquietas.
- 19 La intervención terapéutica, que insta a la persona a cosificar y, a veces, personificar los problemas que la oprimen, es:**
- A) La connotación positiva.
  - B) La externalización.
  - C) El reencuadre del problema.
  - D) La intervención paradójica.
- 20 ¿Cuándo se publicó el Real Decreto por el que se crea el título oficial de Psicólogo especialista en Psicología Clínica?**
- A) 1978.
  - B) 1998.
  - C) 1988.
  - D) 2000.
- 21 ¿Cuál de las características siguientes es típica de una Obsesión?**
- A) La persona la experimenta como intrusiva o no deseada.
  - B) La persona puede controlar esas ideas, a diferencia de los delirios.
  - C) La persona cree que esos pensamientos no son suyos.
  - D) La persona lo considera irrelevante para ella.
- 22 En cuanto a las obsesiones y compulsiones en el Trastorno Obsesivo Compulsivo:**
- A) La compulsión está conectada de forma realista y proporcional al daño que pretende evitar.
  - B) No puede haber obsesiones sin compulsiones para realizar el diagnóstico.
  - C) No suele existir una relación funcional entre ambas.
  - D) Algunas compulsiones consisten en rituales cognitivos.
- 23 ¿Cuál de estos tratamientos para el TOC, tiene mayor evidencia de su eficacia, y por tanto, estaría más recomendado?**
- A) Terapia Cognitivo Conductual con Exposición con prevención de respuesta.
  - B) Tratamiento metacognitivo.
  - C) Terapia de aceptación y compromiso.
  - D) Mindfulness.

- 24 Señala la opción correcta sobre la Teoría de procesamiento de la información para explicar el Trastorno por Estrés Postraumático de Foa (1991), Resick y Schnicke (1992):**
- A) Se basa en las teorías del Condicionamiento Clásico, y se centra en la evitación.
  - B) Se basa en el fenómeno de la Indefensión aprendida y en los síntomas depresivos.
  - C) Trata de explicar la reexperimentación persistente del acontecimiento traumático desde las estructuras cognitivas del miedo.
  - D) Se basa en el tipo de atribuciones sobre el acontecimiento traumático que realiza la persona, y en la culpa.
- 25 Según los criterios diagnósticos DMS-5, en el Trastorno por Atracones:**
- A) Los atracones no van seguidos de comportamientos compensatorios.
  - B) Los atracones no tienen por qué generar necesariamente malestar en la persona.
  - C) El índice de masa corporal (IMC) debe ser igual o mayor a 30.
  - D) Existe una sobrevaloración de la imagen corporal.
- 26 ¿A qué termino y autor/a pertenece la definición: “Impulso que mueve a la persona a buscar una experiencia sexual o mostrarse receptivo a tenerla”?**
- A) Deseo, de Helen Kaplan.
  - B) Deseo, de Rosemary Basson.
  - C) Excitación, de Helen Kaplan.
  - D) Excitación, de William Masters y Virginia Johnson.
- 27 La intervención denominada “Externalización del problema” fue acuñada por:**
- A) Murray Bowen.
  - B) Michael White.
  - C) Mara Selvini.
  - D) Jay Haley.
- 28 El síndrome afaso-apracto-agnósico es característico, ¿de qué tipo de demencias?**
- A) Demencia en enfermedad de Parkinson.
  - B) Demencia en enfermedad de Pick.
  - C) Demencia en enfermedad de Huntington.
  - D) Demencia tipo Alzheimer.
- 29 Señale la opción FALSA sobre las diferencias entre las entrevistas estructuradas y semi-estructuradas, como instrumentos de recogida de información:**
- A) Las entrevistas semi-estructuradas aumentan más la validez de contenido.
  - B) Las entrevistas estructuradas aumentan más la concordancia entre entrevistadores.
  - C) Las entrevistas semi-estructuradas ofrecen más flexibilidad y capacidad de adaptación.
  - D) Las entrevistas estructuradas son más útiles en estudios epidemiológicos de salud mental.

- 30 Desde el análisis comportamental de la motivación, ¿qué programa de reforzamiento es más resistente a la extinción?**
- A) Programas de reforzamiento continuo.
  - B) Programas de reforzamiento continuo de intervalo.
  - C) Programas de reforzamiento parcial de intervalo.
  - D) Programas de reforzamiento parcial de razón.
- 31 La Teoría del Control de la Puerta o Teoría del control de Entrada (Melzack yWall, 1965), es utilizada como modelo explicativo y psicoeducativo en el tratamiento de:**
- A) El trastorno de ansiedad generalizada.
  - B) El dolor crónico.
  - C) La depresión.
  - D) El trastorno de pánico.
- 32 Uno de los componentes básicos de la Terapia Dialéctico Conductual de Linenham, para el Trastorno Límite de la Personalidad, es la formación de habilidades psicosociales en un contexto grupal, y organizadas por módulos. Señale cuál NO sería parte de estas habilidades psicosociales según su programa:**
- A) Habilidades de Prevención de Recaídas.
  - B) Habilidades de Efectividad Interpersonal.
  - C) Habilidades de Regulación Emocional.
  - D) Habilidades de Tolerancia al Malestar.
- 33 Las Intervenciones Motivacionales y Prevención de Recaídas están entre las intervenciones indicadas, por su evidencia empírica, para el tratamiento de la Adicción, ¿a qué sustancia?**
- A) Los Estimulantes.
  - B) La Cocaína.
  - C) La Heroína.
  - D) El Alcohol.
- 34 ¿Qué modelo terapéutico es el más recomendado para el tratamiento de las personas con Patología Dual (conurrencia de un trastorno mental y un trastorno por consumo de sustancias) en las redes de adicciones y salud mental?**
- A) Abordaje de forma integrada, con un único tratamiento para ambas patologías.
  - B) Abordaje de manera secuencial, primero en una red y luego en otra.
  - C) Abordaje en una de las redes únicamente.
  - D) Abordaje de forma paralela, en ambas redes, con una coordinación entre ambas.
- 35 La técnica de la “Prescripción Invariable” fue desarrollada por:**
- A) Escuela estructural y estratégica.
  - B) Escuela interaccional del MRI de Palo Alto.
  - C) Terapia Narrativa.
  - D) Escuela de Milán.

- 36 Según el concepto de “doble vínculo” desarrollada por Bateson, Jackson, Haley y Weekland, característico de las familias con miembros esquizofrénicos, en estas familias encontramos:**
- A) Existencia de juegos familiares, estrategias comunicacionales desconfirmatorias entre los miembros de la familia.
  - B) Límites entre los distintos subsistemas familiares difusos, donde uno de los padres comparten sus problemas conyugales con su hijo.
  - C) Mensajes incongruentes a distintos niveles lógicos se dan repetidamente, sin que la persona con esquizofrenia pueda escapar, y cuyo incumplimiento conlleva un castigo o amenaza.
  - D) Apego inseguro de tipo desorganizado en la relación entre la persona con esquizofrenia y su cuidador principal.
- 37 Los conceptos de tipificación, institucionalización y legitimación, forman parte de la teoría:**
- A) Dinámica, en relación al proceso de defensa.
  - B) Estructural sistémica, al hablar de la formación de la familia.
  - C) Constructivista, al hablar de la construcción social de la realidad.
  - D) Cognitiva, en relación a la creación de categorías semánticas.
- 38 ¿Cuál es el factor común en psicoterapia, con mayor apoyo empírico y aceptación por los profesionales de distintos marcos teóricos?**
- A) Las técnicas específicas empleadas.
  - B) El marco teórico y conceptual del clínico.
  - C) La alianza terapéutica.
  - D) Características del paciente.
- 39 “Los elementos compartidos por cualquier tratamiento psicológico efectivo, a los que se atribuye parte de la efectividad general de los distintos modelos de psicoterapia”, se denominan:**
- A) Principios de cambio.
  - B) Factores comunes.
  - C) Efectos del terapeuta.
  - D) Factores específicos.
- 40 “El proceso de estar en contacto alerta con la situación más importante en el campo ambiente/individuo, con un total apoyo sensoriomotor, emocional, cognitivo y energético” es la definición de Yontef (1979), ¿de qué concepto Gestáltico?**
- A) La relación organismo/entorno.
  - B) El holismo.
  - C) El ajuste creativo.
  - D) El darse cuenta.

- 41 ¿A partir de qué edad se diagnostica la Enuresis, según la clasificación internacional CIE 10?**
- A) Edad cronológica y mental de 5 años.
  - B) Edad cronológica y mental de 2 años.
  - C) Edad de 6 años para la primaria, y de 4 para la secundaria.
  - D) Edad de 6 años para la nocturna, y de 4 para la diurna.
- 42 ¿Cuál de los siguientes se incluye en los criterios diagnósticos de la Anorexia Nerviosa, según las clasificaciones internacionales actuales (DSM 5)?**
- A) Alteración de la manera en el que el propio peso/formas corporales se experimenta.
  - B) Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere.
  - C) Evitación de alimentos por miedo a tragar, atragantarse o vomitar.
  - D) Episodios recurrentes de atracón asociados a un intenso malestar.
- 43 Señale cuál de estas afirmaciones, sobre el Trastorno Límite de Personalidad (TLP), es correcta:**
- A) El Modelo de cascadas emocionales de Selby y Joiner (2009) se refiere a la vulnerabilidad biológica que predispone al trastorno.
  - B) Según el Modelo Biosocial de Desarrollo de TLP (Crowell, 2009), el núcleo central del trastorno es la incapacidad de mentalización de estas personas.
  - C) La vulnerabilidad emocional y el ambiente invalidante son elementos básicos del modelo explicativo del TLP Modelo Biosocial de Desarrollo.
  - D) El Modelo de Comunicación Social (Fonagy, 2017) se incluye dentro de los modelos de desregulación emocional.
- 44 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el Mutismo Selectivo es INCORRECTA?**
- A) Se da un fracaso para hablar en situaciones sociales en las que se espera que el niño hable.
  - B) El fracaso comunicativo abarca el lenguaje verbal y no verbal en las situaciones sociales, aunque no tengan que hablar.
  - C) El mutismo selectivo suele asociarse a una timidez excesiva o comportamiento negativista.
  - D) Hay que establecer un diagnóstico diferencial con los trastornos de la comunicación, trastornos del espectro autista y retraso mental, entre otros.
- 45 El delirio que se caracteriza por ser comprensible, y el resultado de los intentos del paciente para explicar una experiencia anormal, se denomina:**
- A) Intuición delirante.
  - B) Explicación delirante.
  - C) Idea deliroide.
  - D) Idea delirante primaria.

- 46 Señale cuál de las siguientes afirmaciones NO corresponde a los engaños perceptivos:**
- A) La experiencia perceptiva que tiene el sujeto no se fundamenta en estímulos reales y existentes fuera del sujeto.
  - B) La experiencia perceptiva persiste aunque el estímulo que la produjo ya no esté presente.
  - C) Las pseudoalucinaciones se consideran engaños perceptivos.
  - D) Coexisten con otras percepciones anómalas.
- 47 ¿Cuál de las siguientes aptitudes NO se puede evaluar con el test de aptitudes diferenciales (DAT) de Bennet, Seashore y Wesman (1966)?**
- A) Relaciones espaciales.
  - B) Razonamiento mecánico.
  - C) Ortografía y uso del lenguaje.
  - D) Memoria y flexibilidad.
- 48 Señale la opción que mejor defina el concepto de proceso (Jaspers):**
- A) La personalidad pierde el contacto con la realidad, pero no se produce una transformación permanente ni ruptura vital.
  - B) Modificación duradera de la vida psíquica del individuo que conduce a una alteración permanente y transformación de la personalidad.
  - C) Modificación duradera de la personalidad que emerge de forma comprensible.
  - D) Respuesta del psiquismo frente a una vivencia determinada.
- 49 Indique cuál de las siguientes características NO corresponde al Síndrome Confusional:**
- A) Inicio súbito y causa orgánica.
  - B) Repercusión más o menos intensa del estado general.
  - C) Sistematización delirante.
  - D) Se han descrito tres estadios: asténico apático, confusional y delirium.
- 50 Señale cuál de las siguientes alteraciones NO es una alteración cualitativa de la memoria:**
- A) Confabulación.
  - B) Ecmnesia.
  - C) Pseudología.
  - D) Recuerdos parásitos.
- 51 El patrón de habla espontánea, en el que las ideas se escabullen unas de otras, con una falta de conexión adecuada entre frases o ideas, se denomina (Andreassen, 1979):**
- A) Incoherencia.
  - B) Descarrilamiento.
  - C) Paragramatismo.
  - D) Circunstancialidad.

- 52 Uno de los autores que describieron el desorden de pensamiento transaccional fue:**
- A) Andreassen, N.
  - B) Wynne, L. C.
  - C) Chapman, B.
  - D) Ludwig, A. M.
- 53 Si un paciente manifiesta en consulta “que cada vez que suenan las campanas escucha una voz que le insulta y le da órdenes”, está teniendo:**
- A) Una alucinación funcional.
  - B) Una alucinación refleja.
  - C) Una alucinación consecutiva.
  - D) Una alucinación extracampina.
- 54 K. Schneider clasificó los sentimientos en:**
- A) Sentimientos de estado y valorativos.
  - B) Sentimientos holotímicos y catatímicos.
  - C) Sentimientos básicos y complejos.
  - D) Sentimientos psíquicos y corporales.
- 55 Los cambios rápidos y alternantes en el estado de ánimo (emociones), provocados o no por estímulos externos, se denominan:**
- A) Ambivalencia afectiva.
  - B) Labilidad afectiva.
  - C) Incontinencia afectiva.
  - D) Embotamiento afectivo.
- 56 Indique la opción INCORRECTA, en referencia a las Catatonías de origen psiquiátrico:**
- A) El registro de EEG es normal.
  - B) En la prueba con Amital sódico, los resultados son negativos.
  - C) Suele haber antecedentes personales de psicopatología.
  - D) La maniobra de ojos de muñeca es negativa.
- 57 Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V, la característica que marca la diferencia entre el Trastorno de Ansiedad Social y el Trastorno de la Comunicación Social, es:**
- A) Las dificultades funcionales en las relaciones sociales.
  - B) El momento de inicio de los síntomas.
  - C) La gravedad de los síntomas.
  - D) En la fobia social no suelen afectarse los componentes pragmáticos del lenguaje.

- 58 Señale la opción INCORRECTA, en relación a la prueba Illinois de habilidades psicolingüísticas ITPA (Kirk, Mc Carthy y Kirk, 1968; Adaptación Española 1986):**
- A) Se aplica a niños entre 2,5 y 12 años.
  - B) Es una prueba estandarizada genérica para la evaluación del lenguaje.
  - C) Evalúa comprensión, fluidez verbal y asociación auditiva.
  - D) Evalúa memoria secuencial auditiva y visomotora.
- 59 Señale la opción correcta, sobre aspectos a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial entre las Demencias y las Pseudodemencias:**
- A) Las quejas sobre las dificultades en la memoria y sobrevaloración de las mismas son frecuentes en las pseudodemencias.
  - B) El desarrollo rápido de los síntomas es característico de una demencia.
  - C) Las habilidades sociales suelen afectarse mucho en los primeros estadios de las demencias.
  - D) En las pseudodemencias predomina el afecto lábil y superficial.
- 60 Los mecanismos de defensa más representativos de los Trastornos Obsesivos, según las teorías psicodinámicas, son:**
- A) Anulación y formación reactiva.
  - B) Represión y negación.
  - C) Desplazamiento y condensación.
  - D) Identificación proyectiva e introyección.
- 61 Señale cuál de los siguientes autores se considera el máximo representante de la psicoterapia focal:**
- A) Malan.
  - B) Alexander.
  - C) Davanloo.
  - D) Balint.
- 62 Señale la opción correcta, respecto a los Trastornos de Ansiedad en la infancia:**
- A) El trastorno de ansiedad excesiva suele ser el más diagnosticado a edades tempranas.
  - B) Existe gran comorbilidad entre los trastornos de ansiedad y afectivos en la infancia.
  - C) La prevalencia del trastorno de ansiedad de separación se mantiene en la infancia y adolescencia, y desciende en la edad adulta.
  - D) Uno de los factores que se han postulado en la etiología de los trastornos de ansiedad es la excesiva excitabilidad conductual.
- 63 Entre los aspectos que se relacionan con un pronóstico más desfavorable de la Depresión en la vejez, NO SE ENCUENTRA:**
- A) Edad de inicio del episodio depresivo más temprana.
  - B) Presencia de síntomas ansiosos comórbidos.
  - C) La existencia de pesimismo y desesperanza.
  - D) Presencia de deterioro cognitivo de tipo amnésico.

- 64 Señale la técnica psicológica que NO suele usarse en la intervención en casos de Burnout:**
- A) Entrenamiento en habilidades sociales.
  - B) Técnicas de solución de problemas.
  - C) Estrategias conductuales como el control de estímulos.
  - D) Entrenamiento en asertividad.
- 65 En el marco de las Teorías Factoriales de la Inteligencia, Cattell (1963) diferenció:**
- A) Inteligencia fluida e inteligencia cristalizada.
  - B) Factor G y factor específico.
  - C) Aptitudes primarias y aptitudes secundarias.
  - D) Procesamiento simultáneo y procesamiento sucesivo.
- 66 El síndrome de estar quemado en el trabajo (Burnout) conlleva una serie de componentes, que son:**
- A) Instigación por parte de superiores, baja realización en el trabajo y somatizaciones.
  - B) Indefensión, incontrolabilidad y autoconcepto negativo.
  - C) Agotamiento, interacciones negativas con superiores y compañeros y desánimo.
  - D) Baja realización personal, cansancio emocional y despersonalización.
- 67 Las alucinaciones más frecuentes en las auras epilépticas del lóbulo temporal, son de tipo:**
- A) Táctil.
  - B) Auditivo.
  - C) Gustativo.
  - D) Mixto.
- 68 Señale la opción correcta, sobre la Dislexia perceptivo visual y sus características:**
- A) En este tipo de dislexia están alteradas las destrezas psicomotrices.
  - B) Se detectan déficits de discriminación auditiva.
  - C) Se detectan déficits en las habilidades psicolingüísticas: dislalias, fluidez y comprensión verbal disminuidas.
  - D) La dislexia perceptivo visual es más frecuente en disléxicos de 10-12 años.
- 69 La Teoría de la Coacción (Patterson, 1975) describe una serie de procesos implicados en el desarrollo de patrones de comportamiento agresivo, entre los que se encuentra:**
- A) El reforzamiento negativo, la trampa del reforzamiento y reforzamiento positivo.
  - B) La observación e imitación de los modelos de agresión en los padres.
  - C) Mayor proporción de órdenes beta de los padres hacia los hijos y menor proporción de órdenes alfa.
  - D) Estilo de disciplina de los padres, nivel de desarrollo moral en los niños y escaso afecto positivo.

**70 Señale la opción correcta, sobre los Trastornos de Conducta (DSM-V):**

- A) En el trastorno de conducta de inicio infantil se detecta al menos un síntoma antes de los 12 años.
- B) En el trastorno de conducta de inicio en la adolescencia, los pacientes presentan algunos síntomas menores en la infancia, pero hasta la adolescencia no reúnen todos los criterios necesarios para el diagnóstico.
- C) Los trastornos de conducta de inicio infantil tienen más probabilidad de mantenerse en la edad adulta.
- D) Los trastornos de conducta de inicio en la adolescencia se asocian a más comportamientos agresivos y graves dificultades en las relaciones con compañeros.

**71 Señala la opción correcta, sobre el curso del Trastorno de Tourette (o Síndrome de Gilles de la Tourette):**

- A) Los tics vocales se inician 1 ó 2 años antes que los motores.
- B) Los tics muestran una progresión rostro-caudal.
- C) Los niños prepúberes con trastorno de Tourette, tienen más probabilidad de presentar trastornos depresivos y bipolares.
- D) La aparición de los primeros síntomas suele darse en la adolescencia.

**72 Respecto a la Psicometría, señale la opción correcta:**

- A) Es una subdisciplina de la Psicología que se ocupa de las garantías de calidad de los tests y otras técnicas de evaluación.
- B) Se ocupa de cuáles son las propiedades que deben reunir los tests, las puntuaciones que de ellos se extraen, y cuáles son sus bases matemáticas y sus formulaciones psicométricas.
- C) Fiabilidad y validez son dos requisitos psicométricos que deberían cumplir los instrumentos de evaluación psicológica
- D) Todas las opciones son correctas.

**73 ¿Cuáles son las cifras de prevalencia del Trastorno Hipocondríaco, según el DSM-IV-TR? (señale la opción correcta)**

- A) Podría llegar hasta el 30% en pacientes ambulatorios de atención primaria.
- B) Se sitúa en torno al 10% en población general.
- C) Oscilan entre el 1 y el 5% en población general.
- D) Hay una baja comorbilidad con otras patologías psiquiátricas.

**74 Señale la opción correcta, respecto a la Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE-10:**

- A) Dedicar el capítulo V a los trastornos mentales y del comportamiento.
- B) Dedicar el capítulo VI a los trastornos mentales y del comportamiento, también designado con la letra F.
- C) Las definiciones sobre la duración de los síntomas de los trastornos mentales están pensadas más como requisitos estrictos que como pautas generales.
- D) Las descripciones y pautas pretenden abarcar la amplitud de los conocimientos actuales sobre los trastornos mentales y del comportamiento.

**75 Respecto al concepto de Esquizofrenia, señale la opción correcta:**

- A) Ha sido un concepto unitario a lo largo de la historia.
- B) El DSM IV ha aumentado la validez externa del concepto.
- C) Una concepción de la esquizofrenia como entidad nosológica no puede mantenerse desde el punto de vista histórico, de tal forma que el diagnóstico de esquizofrenia ha variado marcadamente a lo largo del tiempo.
- D) El concepto de esquizofrenia a lo largo de la historia resuelve el problema de la diferenciación de la esquizofrenia de otros trastornos psicóticos, trastornos no psicóticos e incluso de la normalidad.

**76 ¿Qué criterios pueden ayudar a establecer el diagnóstico diferencial entre el Trastorno de Angustia y el Hipertiroidismo?**

- A) En el hipertiroidismo aparece temblor fino, se observa pérdida de peso con apetito normal y la taquicardia no desaparece con el reposo.
- B) En el trastorno de angustia el temblor es leve y la taquicardia aumenta durante el sueño.
- C) Las pruebas de funcionalismo tiroideo y la TSH no son útiles para aclarar el diagnóstico.
- D) Las crisis de ansiedad desaparecen cuando desaparece el problema tiroideo.

**77 ¿Con qué caso ejemplarizó Freud los mecanismos psicodinámicos que se ponen en marcha en la Fobia?**

- A) Caso Hans.
- B) Caso Dora.
- C) Caso Schreber.
- D) Caso Ana O.

**78 Uno de los criterios diagnósticos específicos de los Trastornos Disociativos, recogido en las clasificaciones actuales de los trastornos mentales, es el siguiente:**

- A) La alteración de las funciones integradoras de la conciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno.
- B) La belle indifference.
- C) Las alucinaciones visuales.
- D) La sugestionabilidad.

**79 En relación con el Trastorno por Despersonalización, seleccione la opción correcta:**

- A) Está recogido en la CIE-10 dentro de la categoría de Trastornos Disociativos.
- B) Está recogido en la CIE-10 dentro de la categoría de "Otros trastornos neuróticos" como Trastorno de despersonalización-desrealización.
- C) Tanto la clasificación CIE-10 como la DSM IV TR lo clasifican dentro de la categoría de Trastornos Disociativos/Conversivos.
- D) Existe un alto consenso entre ambos sistemas de clasificación (CIE 10 y DSM IV TR) en la definición de esta categoría.

- 80 El Trastorno de Somatización se distingue del Trastorno Facticio y de la Simulación por lo siguiente:**
- A) La afectación de cualquier órgano o sistema.
  - B) La presencia de múltiples y recurrentes síntomas somáticos.
  - C) La ausencia de causa orgánica.
  - D) La falta de intencionalidad en la producción de los síntomas.
- 81 En relación a la Terapia de Conducta, señale la respuesta correcta:**
- A) La desensibilización sistemática es una técnica de intervención desarrollada a partir del condicionamiento operante.
  - B) La primera generación de terapia de conducta se sitúa en la década de 1950.
  - C) Las técnicas de condicionamiento operante resultaron especialmente apropiadas para los problemas relacionales-vinculares.
  - D) En la línea del condicionamiento operante, en términos de Estímulo-Respuesta sería R-E.
- 82 En relación con El Conductismo radical de Skinner, seleccione la respuesta correcta:**
- A) No excluye los “eventos privados” por inobservables, entre otras cosas porque son observables según este paradigma.
  - B) Excluye los “eventos privados” por inobservables.
  - C) Su diferencia fundamental con respecto al resto de conductismos es el interés fundamental por la metodología.
  - D) Deriva de la Teoría del Marco Relacional.
- 83 Como representantes de las Terapias Contextuales, podemos destacar a los siguientes autores. Seleccione la respuesta correcta:**
- A) Hayes, Linehan y Ellis.
  - B) Hayes, Jacobson, Linehan y Goldfried.
  - C) Hayes, Kohlenberg y Beck.
  - D) Hayes, Linehan, Kohlenberg y Tsai.
- 84 En relación con la Terapia de Aceptación y Compromiso, señale la respuesta INCORRECTA:**
- A) Conceptualiza un nuevo modelo psicopatológico: el trastorno de evitación experiencial.
  - B) Tiene como objetivo modificar las cogniciones, para así modificar el contexto.
  - C) Desarrolla el modelo Hexaflex.
  - D) Es una terapia conductual, radical, analítica, contextual y funcional.
- 85 En relación con la Terapia Cognitiva de Beck, señale la opción INCORRECTA:**
- A) Es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo ilimitado.
  - B) La terapia cognitiva se sirve de una amplia variedad de estrategias cognitivas y conductuales.
  - C) Se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas (por ejemplo, la depresión, la ansiedad, las fobias, problemas relacionados con el dolor, etc.).
  - D) Las cogniciones del individuo se basan en actitudes o supuestos (esquemas) desarrollados a partir de experiencias anteriores.

**86 El Defusing... (seleccione la respuesta correcta)**

- A) Es una técnica de intervención grupal altamente estructurada que se utiliza tras un desastre o catástrofe.
- B) Se debe realizar entre las 24-72 horas tras la estabilización del incidente, con sesiones de seguimiento en caso de ser necesario.
- C) Se trata de una sesión informal, aunque semiestructurada, que tiene lugar tan pronto como es posible después del incidente crítico o en las primeras 24 horas.
- D) Es un tipo de psicoterapia grupal organizada en diferentes fases definidas: introducción, relato de los hechos, pensamientos e impresiones, reacciones emocionales, normalización, planificaciones futuras y afrontamiento y disolución del grupo.

**87 ¿Qué psiquiatra clásico se interesó especialmente por los trastornos psicomotores de los enfermos mentales, acuñando el nombre de “Catatonía”?**

- A) Kalhbaum.
- B) Bleuler.
- C) Henry Ey.
- D) Morel.

**88 Respecto a las estrategias de Rehabilitación Cognitiva, seleccione la respuesta correcta:**

- A) La restauración consiste en la repetición sucesiva de una actividad que ha sido abolida por el daño cerebral.
- B) Enseñar a utilizar la mano izquierda al paciente en casos de hemiplejía derecha es un ejemplo de técnica de restauración.
- C) La utilización de alarmas como “recordatorios” en pacientes amnésicos es un ejemplo de técnica de repetición.
- D) Utilizar libros sonoros con los invidentes es un ejemplo de técnica de restauración.

**89 En relación con el experimento “The Visual Cliff” o “el abismo visual”, seleccione la respuesta correcta:**

- A) Fue diseñado para evaluar el reflejo de Moro.
- B) Fue diseñado por Watson y Rayner para evaluar el miedo al precipicio.
- C) Fue diseñado por Gibson y Walk para estudiar el fenómeno perceptivo de la profundidad en bebés y animales recién nacidos.
- D) Demostró que la mayoría de los bebés se exponen al abismo para llegar hasta su madre.

**90 ¿Qué pruebas de desarrollo infantil incluyen alguna escala para evaluar habilidades motoras?**

- A) CUMANIN. Cuestionario de Madurez Neuropsicológica Infantil.
- B) Inventario de desarrollo de Battelle.
- C) BSID-III. Escalas Bayley de Desarrollo Infantil.
- D) Todas son correctas.

**91 En relación con el Test de Inteligencia no verbal revisado, Factor g-R, seleccione la respuesta correcta:**

- A) Es un instrumento cuya finalidad es evaluar aptitudes mentales primarias.
- B) Está diseñado para evaluar la inteligencia no verbal o cristalizada.
- C) Está formado por cuatro test: series, clasificación, matrices y figuras incompletas.
- D) Trata de evitar la influencia de variables culturales o la experiencia de la persona.

**92 En relación con los Programas de Cribado de la Depresión, señale la opción correcta:**

- A) Los instrumentos de cribado de la depresión tienen un alto poder predictivo.
- B) No existe evidencia sobre los posibles efectos nocivos del cribado de la depresión, aunque se ha planteado que los falsos positivos pueden suponer un tratamiento innecesario y favorecer el estigma.
- C) Los programas de cribado de la depresión ayudan en la identificación de casos de depresión y por sí solo producen una mejora en la posterior evolución de misma.
- D) Existen evidencia y consenso en las recomendaciones de guías y organismos de diferentes países, en que la utilización de instrumentos de cribado para detectar la depresión mejora los resultados en salud en la depresión.

**93 En relación con la expresión “doble estándar”, aplicada al estudio de género y salud mental, seleccione la opción correcta:**

- A) Se relaciona con los estudios sobre el doble vínculo de Bateson.
- B) Se relaciona con los estereotipos de género en la catalogación más frecuente de las mujeres como enfermas mentales.
- C) Se relaciona con la construcción igualitaria de las etiquetas diagnósticas entre hombres y mujeres.
- D) La Psiquiatría ha definido, en base a un “doble estándar”, la mejor salud mental de las mujeres.

**94 De los estudios de salud mental y género deriva el fenómeno de la “Interseccionalidad”. ¿A qué se refiere este fenómeno?**

- A) A la discriminación de la mujer por la interacción de los siguientes factores: ser mujer, tener una discapacidad y por la estigmatización social de los problemas de salud mental.
- B) Al conjunto de creencias o ideas preconcebidas sobre las características consideradas apropiadas para mujeres y hombres.
- C) Al lugar de participación en la sociedad y del reconocimiento.
- D) A la necesidad de corregir las desigualdades que existen entre hombres y mujeres en la sociedad.

- 95 En el ámbito de la Psicología Forense y la práctica pericial, el psicólogo puede desempeñar el papel de perito ante un Tribunal. Seleccione la opción correcta:**
- A) La función básica es relatar aquello de lo que ha tenido conocimiento relevante a través de su contacto previo con el caso y/o con las personas implicadas.
  - B) El psicólogo perito solo puede elaborar un informe pericial a petición de un Tribunal.
  - C) La característica básica del rol del perito es que no ha tenido ni tiene un conocimiento previo, ni contacto, ni interés alguno en el caso que se juzga o con las personas implicadas en él.
  - D) El psicólogo perito suele tener conocimiento del caso asignado en razón de su práctica profesional; es decir, su “saber” de los hechos se deriva de su intervención profesional.
- 96 La Atención Temprana comprende alguna de las siguientes actuaciones:**
- A) Diagnóstico sindrómico precoz de los trastornos de desarrollo.
  - B) Diagnóstico etiológico precoz de los trastornos de desarrollo.
  - C) Diagnóstico funcional e interdisciplinar precoz de los trastornos de desarrollo.
  - D) Todas las opciones son correctas.
- 97 En relación con la Escala de Inteligencia de Wechsler para niños, WISC-V, seleccione la respuesta INCORRECTA:**
- A) Cuenta con escalas primarias: comprensión verbal, visoespacial, razonamiento fluido, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento.
  - B) Cuenta con escalas primarias, secundarias y accesorias.
  - C) Proporciona una evaluación amplia de la aptitud intelectual general, además de cinco dominios cognitivos específicos, que afectan tanto al rendimiento escolar como a otras áreas relacionadas.
  - D) Incorpora nuevas medidas de razonamiento fluido, visoespacial y memoria de trabajo.
- 98 ¿Qué autor introduce la variable “expectativa de autoeficacia” para explicar el mecanismo del autocontrol?**
- A) Lázarus.
  - B) Rotter.
  - C) Skinner.
  - D) Bandura.
- 99 ¿Cómo se denomina la variante del modelado en la que se elabora la escena en la imaginación?**
- A) Modelado simbólico.
  - B) Automodelado.
  - C) Modelado encubierto.
  - D) Modelado coping.

**100 Respecto a la Terapia Racional Emotiva de A. Ellis, señale la respuesta correcta:**

- A) No considera objeto de estudio/tratamiento el componente emocional o conductual de los problemas psicológicos.
- B) Enfatiza el papel de las creencias en el desarrollo de los trastornos emocionales.
- C) Enfatiza el papel del insight de las experiencias traumáticas infantiles en la consecución de cambios de los problemas actuales.
- D) Considera que todas las emociones negativas son disfuncionales, y las positivas adaptativas o saludables.

**CASO PRÁCTICO 1:**

Mujer de 48 años de edad, soltera, sin hijos. Convive con su madre. Menor de una fratria de cuatro hermanos. Incapacidad absoluta desde hace más de 10 años por patología mental. Previamente había trabajado en comercios como dependienta de ropa.

**Antecedentes personales somáticos:** No alergias medicamentosas conocidas. Intolerancia a metoclopramida (inquietud psicomotriz). Intolerancia no diagnosticada a la lactosa, especias y condimentos fuertes. Hernia de hiato con reflujo gastroesofágico, en tratamiento con Lansoprazol y Cinitaprida.

**Hábitos tóxicos:** No fumadora. Niega consumo de alcohol y otros tóxicos.

**Antecedentes personales de Salud Mental.** Historia de trastorno de la alimentación desde los 17 años de edad, con ingresos hospitalarios previos en hospitales públicos y privados. Tratamiento y seguimiento a nivel ambulatorio irregular, con alternancia en la vinculación en ámbito privado/público y con períodos de abandono del seguimiento.

**Tratamiento actual:** Lansoprazol 30 mg 0-0-1, Domperidona 10 mg 1-1-1, Domilos 1-0-0, Duloxetina 60 mg 1-0-0, Lurasidona 18.5 mg 1 comprimido tras el almuerzo, Topamax 25 mg 0-0-1, Rivotril 3 gotas cada 8 horas.

Retoma las consultas ambulatorias por decisión propia tras reconocer empeoramiento de la patología alimentaria, desde que fue dada de alta del hospital hace unos meses. Refiere ansiedad en relación con la comida, con presencia de rumiaciones continuas sobre los alimentos, lo que ha comido, lo tiene que comer, etc. Restricciones dietéticas, que no reconoce abiertamente. Episodios diarios de atracones y vómitos autoprovocados tras las ingestas habituales (desayuno, almuerzo, cena) y tras episodios de atracones. Niega otras conductas compensatorias como toma de laxantes o ejercicio físico. Refiere sentimientos de culpa y frustración ante la pérdida de control con la comida. Distorsión de la imagen corporal. Reconoce tristeza, apatía y aislamiento social de meses de evolución. Ideas pasivas de muerte sin intención o planificación suicida estructurada. Insomnio de mantenimiento. Juicio de realidad conservado. **Peso: 35,1 kg. Talla 161 cm. IMC 13,54 kg/m<sup>2</sup>. Sarcopenia significativa (pérdida de masa muscular). Menopausia tras amenorrea secundaria de años de evolución.**

**101 Con los datos aportados y las opciones planteadas, ¿cuál sería el diagnóstico principal según las clasificaciones internacionales?**

- A) Bulimia Nerviosa.
- B) Anorexia Nerviosa.
- C) Episodio Depresivo.
- D) Trastorno Obsesivo-Compulsivo.

**102 Parar realizar una evaluación psicométrica de la imagen corporal, podríamos utilizar el siguiente instrumento:**

- A) BSQ.
- B) BULIT.
- C) EAT-40.
- D) ACTA 40.

**103 Respecto al abordaje terapéutico del caso, seleccione la respuesta correcta:**

- A) No cumple criterios de ingreso, por lo que se daría cita de seguimiento en la USMC según agenda.
- B) Dado que es un caso crónico, no precisaría intervención prioritaria, se daría cita de seguimiento según agenda y se derivaría a terapia grupal.
- C) Se priorizaría derivación a psiquiatría para valoración y reajuste del tratamiento psicofarmacológico, si procediera según criterio de psiquiatría.
- D) Estaría indicada derivación al hospital de referencia para ingreso programado en la Unidad de Hospitalización de Salud Mental (o específica de Trastorno de la Alimentación si existiera en su zona), previa valoración del estado orgánico.

**104 Según los datos aportados en la presentación del caso clínico, seleccione la respuesta correcta:**

- A) Permiten realizar una conceptualización del caso clínico e iniciar el tratamiento psicológico, desde cualquier corriente de la Psicología.
- B) Permiten realizar el análisis funcional del caso clínico e iniciar el tratamiento psicológico.
- C) Son insuficientes para iniciar un tratamiento psicológico, ya que se aporta básicamente una exploración psicopatológica, además de los antecedentes somáticos y de salud mental.
- D) Son insuficientes para iniciar el tratamiento psicológico, ya que se centran en hacer un análisis longitudinal del mismo.

**105 Si se decide la hospitalización completa en la Unidad de Hospitalización de Salud Mental, o específica de Trastorno de la Alimentación, seleccione la respuesta correcta:**

- A) Se realizaría de forma involuntaria, ya que la paciente no tiene conciencia de enfermedad y un grave estado de desnutrición.
- B) Se completaría la evaluación, y los objetivos del tratamiento irían encaminados a intervenir sobre la desnutrición, el patrón de alimentación anómalo, los aspectos personales, sociofamiliares y ambientales implicados, así como sobre las consecuencias que se derivan de ellos.
- C) Se aplicaría directamente un protocolo estandarizado que tenga en cuenta el bajo IMC, la restricción alimentaria y la presencia de vómitos que presenta la paciente, por lo que se solicitaría al Servicio de Nutrición la colocación de la Sonda Nasogástrica, sin ofrecer a la paciente otras alternativas de tratamiento nutricional.
- D) Se aplicarían medidas conductuales rígidas y restrictivas, que permitan una rápida recuperación ponderal/nutricional.

---

## CASO PRÁCTICO 2:

Varón de 80 años, viudo desde hace 20 años. Padre de cinco hijos, todos independizados excepto una de sus hijas con la que convive junto al hijo de ésta. Derivado por médico de atención primaria (MAP), quien según recoge en informe de derivación: *“a petición de la hija con la que convive, por encontrarlo muy decaído en las últimas semanas”*. No cuenta con antecedentes personales de salud mental. Toma Citalopram, pautado por su MAP desde hace una semana. Antecedentes somáticos: Hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipemia, fibrilación auricular persistente (hallazgo en preoperatorio), con dos CVE (cardioversión eléctrica) realizadas. Porta marcapasos (normofuncionante). Síndrome de apnea obstructiva del sueño, en tratamiento con CPAP nocturna. Hace un año: diagnóstico de cáncer de vejiga, tras unas semanas con hematuria al orinar. Tratamiento: intervención quirúrgica para resección del tumor. Posteriormente tratamiento radioterápico. Ingreso reciente, durante un mes, a cargo del Servicio de Urología por obstrucción de la vía urinaria y síndrome anémico, siendo precisa transfusión de concentrados de hematíes. Atendido por Psicología Clínica una semana después del alta hospitalaria. Acude en silla de ruedas, acompañado por el hijo. Se mantiene entrevista a solas con el paciente y posteriormente se incorpora al hijo para completar datos. La entrevista, a solas con el paciente, resulta dificultosa por discurso hipofónico, que atribuye a debilidad muscular. Entrevista dirigida, con necesidad de preguntas directas/cerradas, obteniendo respuestas parcas por parte del paciente. Se muestra tranquilo durante la entrevista. Movimientos y discurso enlentecidos. Reconoce afectación anímica debido al estado físico. Niega tristeza franca. Reconoce cierta capacidad de disfrute (televisión, compañía de familiares). No expresa sentimientos de inutilidad, sí reconoce merma en su calidad de vida debido a la situación física (cansancio, debilidad). Niega ideas tánato-suicidas. Por el contrario, deseos de vivir, de recuperarse físicamente. Sueño alterado por necesidad frecuente de orinar. Poco apetito, con pérdida de peso importante. Se transporta en silla de ruedas o con andador por pérdida de masa muscular durante el período de hospitalización reciente. Informan de recuperación progresiva de la misma con ayuda de tratamiento fisioterápico, con el que colabora. El hijo informa de personalidad previa: jovial, sociable, trabajador y con capacidad de liderazgo. Refiere que su hermana, con la que vive el padre, es inestable emocionalmente y, aunque le aporta los cuidados físicos necesarios, no maneja de forma adecuada la situación actual de convalecencia y pérdida de autonomía del padre. El paciente asiente cuando su hijo realiza estos comentarios de la hija con la que convive. Al mismo tiempo expresa sentirse orgulloso y especialmente atendido por todos sus hijos/hija.

---

106 Con los datos aportados, ¿cuál sería el juicio clínico?

- A) Reacción a estrés agudo.
- B) Episodio depresivo moderado.
- C) Aplazaría el diagnóstico para ver evolución del cuadro físico y valorar mejor el estado emocional del paciente.
- D) Trastorno mixto ansioso-depresivo.

**107 Si incluimos al paciente en el Proceso Asistencial Integrado (PAI) Ansiedad, Depresión, Somatizaciones, ¿cuál sería el límite de entrada?**

- A) Pacientes con quejas somatoformes.
- B) Duelo no resuelto.
- C) Pacientes de la 3ª edad que acuden por descompensaciones psicopatológicas atribuibles a la vivencia del proceso de envejecimiento, en general con enfermedades orgánicas crónicas y situaciones psicosociales complejas (angustia familiar).
- D) Sensación o sentimientos depresivos (soledad, preocupaciones, insatisfacción, tristeza).

**108 Para valorar la percepción del paciente de la función familiar, se le aplica al paciente el cuestionario APGAR FAMILIAR de percepción de la función familiar, obteniendo una puntuación de 9. Seleccione la opción que representa lo que significa esta puntuación:**

- A) Disfuncional leve.
- B) Normofuncional.
- C) Disfuncional grave.
- D) Disfuncional moderado.

**109 A nivel psicopatológico, el paciente presenta alguno de estos síntomas:**

- A) Anhedonia.
- B) Inestabilidad del estado de ánimo e irritabilidad.
- C) Riesgo suicida.
- D) Enlentecimiento motor y falta de vitalidad.

**110 En la primera entrevista, tras una primera valoración del caso, ¿qué intervención realizaría?**

- A) Propondría el ingreso involuntario en una residencia, dada la situación orgánica del paciente.
- B) Haría una devolución al paciente y familiar, y emplazaría a una segunda entrevista para observar evolución, establecer un diagnóstico y un plan de intervención.
- C) Citaría a la hija para realizar exploración psicopatológica de ésta, y dictaminar su capacidad como cuidadora principal mediante alguna prueba estandarizada.
- D) Realizaría un informe de derivación para despistaje orgánico, y valoración de ingreso en la UHSM por clínica depresiva grave.

---

### **CASO PRÁCTICO 3:**

**Mujer de 65 años, natural de Huelva donde convive con su marido. Jubilada. Ha trabajado en la empresa de su marido. Madre de dos hijas independizadas. Dos nietas pequeñas. Buen apoyo familiar. Antecedentes personales de salud mental: refiere seguimiento por MAP por sintomatología ansiosa a raíz del fallecimiento de sus padres (hace unos 10-12 años). Tratamiento psicofarmacológico pautado por el MAP desde hace años (no especifica desde cuándo): Lorazepam 1 mg en la noche y Duloxetina 30 mg. Antecedentes personales somáticos: Glaucoma, Diabetes Mellitus insulino dependiente, Carcinoma ductal infiltrante mama izquierda pT1cN1a diagnosticado hace unos meses. Tratamiento aplicado: intervención quirúrgica + 5 sesiones de radioterapia + tratamiento oral (Letrozol). Motivo de consulta: es derivada desde el servicio de**

**Oncología por riesgo suicida. Episodio actual: Acude a consulta acompañada del marido. En entrevista a solas con la paciente, refiere sintomatología ansiosa flotante de larga data, que relaciona con el fallecimiento de ambos padres. Empeoramiento clínico tras diagnóstico de cáncer de mama hace 3 meses y posterior tratamiento (habla sobre el proceso, revisiones, mamografía rutinaria, biopsia, operación, sesiones de radioterapia). Refiere miedo intenso a hacerse daño a ella misma en forma de autólisis. Pensamientos repetitivos e imágenes intrusivas sobre la posibilidad de hacerse daño (“me veo a mí misma haciéndome daño, ¿por qué tengo que pensar esto?”). Manifiesta también apatía parcial, con resistencia a salir a la calle, argumentando que se encuentra mejor en su casa. No se observan a priori síntomas afectivos mayores. Reconoce que no quiere hacerse daño, sino lo contrario, tiene temor a ello. Describe los pensamientos como fenómenos repetitivos que le provocan angustia y miedo y que interfieren en su vida diaria. Cuenta con apoyo familiar. Ausencia de intentos autolíticos previos, expresa deseos de mejorar y proyectos de futuro. Exploración psicopatológica en primera consulta: consciente, orientada en las tres esferas. Ansiosa en consulta, con presión del habla, aunque reconducible. Lenguaje bien articulado y coherente. Discurso entrecortado y dubitativo, centrado en las preocupaciones descritas. Ansiedad basal, aprensión ansiosa. Ligeramente apato-abulia, si bien no se observan alteraciones afectivas mayores. Pensamientos e imágenes recurrentes de contenido suicida con angustia asociada. Insomnio de mantenimiento. Niega intencionalidad suicida.**

---

**111 Según los datos aportados en la primera entrevista realizada, seleccione la respuesta correcta respecto al cuadro clínico que presenta la paciente:**

- A) Fobia de impulsión.
- B) Trastorno depresivo con alto riesgo autolítico.
- C) Trastorno hipocondríaco.
- D) Trastorno del control de impulsos.

**112 Según la evaluación realizada del riesgo suicida, seleccione una opción:**

- A) La paciente presenta un alto riesgo suicida, por lo que habría que proponer ingreso hospitalario en la UHSM.
- B) La paciente presenta ideas suicidas egosintónicas, y no cuenta con factores protectores respecto al riesgo suicida.
- C) La paciente presenta ideas suicidas de carácter egodistónico, y cuenta con factores protectores respecto al riesgo suicida.
- D) La paciente presenta ideas pasivas de muerte, sin perspectiva de suicidio.

**113 En relación con la reacción emocional de la paciente ante el diagnóstico oncológico, seleccione la respuesta correcta:**

- A) Los niveles de ansiedad se han incrementado con respecto a su estado basal, y están interfiriendo significativamente en su funcionalidad.
- B) La paciente está haciendo una negación del proceso oncológico.
- C) Los niveles de ansiedad se han incrementado con respecto a su estado basal, pero está teniendo una reacción normal ante el diagnóstico.
- D) La paciente no parece estar informada del proceso oncológico, y parece existir conspiración de silencio.

**114 En la fase de devolución de la primera entrevista, ¿qué intervención realizaría?**

- A) Tras realizar la exploración psicopatológica, daría el alta en la primera consulta dada la ausencia de riesgo suicida.
- B) Informaría sobre el resultado de la valoración, así como sobre el plan de intervención, manifestando una actitud facilitadora para responder a sus demandas y expectativas.
- C) Informaría de que su respuesta emocional está relacionada con el proceso oncológico, normalizaría y daría el alta.
- D) Emitiría un informe escrito para que su marido lo entregara a su médico de cabecera.

**115 ¿Qué actuación o actuaciones llevaría a cabo, tras la primera entrevista de evaluación?**

- A) Contención y validación emocional, asesoramiento y psicoeducación.
- B) Derivación a Psiquiatría, para valoración del tratamiento psicofarmacológico.
- C) Uso de alguna técnica de desactivación fisiológica (por ej. relajación, respiración diafragmática).
- D) Todas las respuestas son correctas.

---

**CASO PRÁCTICO 4:**

**Paciente derivada desde el Servicio de Neurología por "Deterioro cognitivo de perfil disejecutivo, en contexto de probable pseudodemencia depresiva. GDS 3". Se trata de una mujer de 69 años, casada, madre de 2 hijos (41 y 44 años). Dos nietos 11 y 12 años. Reside con su marido. Trabajó como empleada de limpieza en una institución pública, jubilada desde hace unos 4 años aproximadamente. Antecedentes personales somáticos: Hiperlipemia. Asma persistente. Rinosinusopatía crónica. Micetoma pulmonar estable. Hernia hiatal por deslizamiento. Hipotiroidismo en tratamiento con Levotiroxina (controlado). Fibromialgia. Poliartrosis. En seguimiento por Neurología por "Deterioro cognitivo de perfil disejecutivo, en contexto de probable pseudodemencia depresiva. GDS 3". Intervenciones quirúrgicas: Cesárea. STC bilateral. Fractura de radio. No hábitos tóxicos. Sin antecedentes personales de salud mental previos a la jubilación. Tratamiento psicofarmacológico con antidepresivos y ansiolíticos por médico de cabecera tras la jubilación, sin encontrar mejoría subjetiva. La paciente comenta encontrarse mal de ánimo, describiendo situación de apatía e hipohedonia desde su jubilación, con tendencia al aislamiento social, la clinofilia y la irritabilidad. Pérdida motivacional para algunas actividades. Realiza las comidas y tareas domésticas con esfuerzo. No abandono de autocuidados ni de responsabilidades básicas. Conductas de evasión: pasar tiempo en la cama o con el móvil, con el que reconoce que se entretiene. Escaso compromiso en la participación activa de su recuperación anímica. Sentimientos de incompreensión. Sueño y apetito conservados. No pérdida o aumento de peso. Negativa a salir de paseo. Solo sale puntualmente a casa de una vecina a arreglarse las uñas. No expresa espontáneamente deseos de muerte ni ideas o intencionalidad suicida. Cuando se le pregunta directamente responde con cierta indiferencia y ambivalencia, aunque descartando claramente intención o planes suicidas. La paciente acude acompañada de su marido, quien da muestras de desesperanza respecto a su recuperación debido al tiempo que lleva sin mostrar mejoría. Se acuerda con la paciente un plan consensuado de tratamiento. En su evolución se observan expectativas de mejoría puestas en el exterior (medicación,**

**especialistas médicos/as). Anclada en una actitud pasiva y rígida con respecto a compromisos personales para mejorar, mostrando alta resistencia al cambio.**

---

**116 Con los datos aportados y las opciones planteadas, ¿cuál sería el juicio clínico?**

- A) Demencia.
- B) Episodio depresivo grave.
- C) Trastorno adaptativo.
- D) Distimia.

**117 La paciente es derivada desde el Servicio de Neurología por "Deterioro cognitivo de perfil disejecutivo, en contexto de probable pseudodemencia depresiva. GDS 3". GDS se refiere al grado de deterioro cognitivo, y la numeración indica lo siguiente:**

- A) Deterioro cognitivo moderado.
- B) Deterioro cognitivo leve.
- C) Deterioro cognitivo grave.
- D) Ausencia de deterioro cognitivo.

**118 Para valorar la gravedad de la sintomatología depresiva, se podría aplicar la siguiente escala de cribado:**

- A) PHQ-9.
- B) GAD-7.
- C) BAI.
- D) STAI E/R.

**119 Si se abordara el caso desde la perspectiva de la Psicoterapia Analítica Funcional:**

- A) Se abordaría la fase de Desesperanza Creativa y la Clarificación de Valores.
- B) Se utilizarían principalmente técnicas de Defusión y de Reestructuración Cognitiva.
- C) Se identificarían las Conductas Clínicamente Relevantes (CCR1, CCR2 y CCR3).
- D) Se trabajaría confrontando las Resistencias y los Fenómenos Transferenciales.

**120 El plan consensuado de tratamiento debería contemplar lo siguiente:**

- A) Tratamiento hospitalario.
  - B) Únicamente tratamiento psicofarmacológico, y derivación a atención primaria.
  - C) Tratamiento combinado psicofarmacológico y psicológico, que incluya psicoeducación y asesoramiento sobre el cuadro clínico.
  - D) Tratamiento neurológico para la demencia.
- 

### **CASO PRÁCTICO 5:**

**Nicolás tiene 10 años, es el primero de tres hermanos. Sus padres trabajan en la hostelería, regentan un restaurante. Convive con sus padres, hermanos y abuelos maternos, que los cuidan y atienden cuando sus padres están trabajando. Está cursando 4º de Educación Primaria (repitiendo). Tiene antecedentes familiares de trastorno de atención e hiperactividad en varios miembros de su familia materna. Uno de sus hermanos ha sido diagnosticado de TDAH recientemente. Respecto a su desarrollo madurativo, hay que destacar que desde la primera infancia ha presentado datos sugestivos de cuadro de hiperactividad. No se han detectado a lo largo de su**

desarrollo otras anomalías o retrasos en los hitos evolutivos. El año pasado realizó seguimiento en Atención Primaria por clínica de TDAH (subtipo combinado) que se consideró de gravedad leve. La pediatra solicitó informe escolar. Se confirmó el diagnóstico, y de forma paralela se realizó una evaluación psicopedagógica del menor, en la que se especificaba que el niño presentaba necesidades educativas derivadas de la clínica de TDAH, con capacidad intelectual adecuada a su edad. En el colegio pusieron en marcha estrategias educativas para atender sus necesidades, sin éxito. En Atención Primaria se abordó el caso mediante estrategias de control ambiental y sesiones grupales de parentalidad positiva. A pesar del abordaje escolar y sanitario, no se conseguía una mejoría clínica. Los padres, en ese momento, decidieron consultar a nivel privado con otros profesionales (psiquiatra y psicóloga clínica), pero después no han realizado seguimiento con dichos profesionales. Los padres comentan que en los últimos meses, la situación en casa es insostenible, *“no para en todo el día, no termina nada de lo que inicia, su habitación es un caos, tenemos discusiones a diario por lo que hace en casa y por las quejas del colegio”*. Este año tiene una tutora en el colegio que les dice que el niño es un mal educado y que por eso no se sienta y hace lo que quiere. Ha empeorado la clínica impulsiva que venía presentando anteriormente. Se ha fracturado un pie porque ha querido saltar la valla del colegio. Los padres están desbordados, le gritan, está siempre castigado, y no consiguen que el comportamiento cambie. En el colegio lo han llegado a expulsar por acumulación de faltas (hablar en clase, peleas con sus compañeros, insultar a profesores). Está siendo rechazado por los amigos, que ya no quieren salir con él. Se ha enfrentado a mayores que le han recordado que tiene que esperar su turno. En casa ha llegado a insultar a sus padres, no cumple normas, desobedece constantemente y ha tenido episodios de agresividad en los que ha roto objetos. Ante la situación familiar y escolar límite, los profesores les han recomendado volver a consultar con su pediatra.

---

**121 Teniendo en cuenta la demanda actual de la familia, y los datos aportados por ellos y los profesores, ¿qué ámbito de actuación sanitario debería plantearse la pediatra, en coordinación con el referente del programa de salud mental de infancia y adolescencia de la USMC?**

- A) Volver a retomar la intervención psicológica y educativa en Atención Primaria.
- B) Derivar el caso a USMIJ.
- C) Derivar el caso a Neuropediatría y USMC.
- D) Proponer tratamiento farmacológico y/o derivar a USMC.

**122 Señale los factores que pueden estar condicionando la evolución desfavorable de este caso:**

- A) Presencia de otros trastornos de conducta comórbidos.
- B) Mala aceptación y creencias erróneas sobre el TDAH por parte de la tutora.
- C) La capacidad intelectual del menor.
- D) Las respuestas A) y B) son correctas.

**123 ¿Cuál de los siguientes instrumentos de evaluación NO utilizaría para valorar hiperactividad y atención?**

- A) EDAH.
- B) K-BIT.
- C) Escalas Conners.
- D) CSAT.

**124 Si el caso fuera derivado a USMC, ¿qué tipo de intervenciones, de las que se detallan a continuación, podría llevar a cabo en dicho ámbito de actuación?**

- A) Control ambiental familiar.
- B) Entrenamiento en habilidades cognitivas.
- C) Autorregulación socioemocional.
- D) Se podrían llevar a cabo todas las intervenciones anteriores.

**125 Señale la opción INCORRECTA, en relación a las Comisiones Locales de Coordinación contempladas en el Protocolo de Atención a Personas con TDAH (Marzo, 2021):**

- A) Tienen como finalidad mejorar la intervención y el seguimiento de las acciones que se ponen en marcha en los distintos ámbitos de actuación que contempla el protocolo.
- B) Están compuestas por distintos representantes del ámbito sanitario, educativo y servicios sociales.
- C) Entre sus funciones está diseñar el Plan Individualizado de Tratamiento Integral de los casos en los que se confirme el TDAH.
- D) Se reúnen de forma programada al inicio del curso, y posteriormente cada tres meses. Además se pueden reunir de forma no programada en caso de necesidad.

---

### **CASO PRÁCTICO 6:**

**Álvaro, es un niño de 5 años que ha sido derivado a USMC por su pediatra de referencia. Datos sociofamiliares: Es el menor de dos hermanos. Su hermano tiene 17 años y también ha sido derivado a la Unidad por clínica afectiva en el contexto de situación familiar traumática. Sus padres están separados desde hace dos años. Fue una separación conflictiva. Los menores han presenciado situaciones de violencia física de su padre hacia su madre. La madre estaba siendo atendida, antes y después de la separación, en el Instituto Andaluz de la Mujer. Tras varias denuncias por parte de la madre y la notificación del caso por los servicios sanitarios a los que acudió en una ocasión, se iniciaron las actuaciones contempladas en el protocolo de casos de violencia de género. Además, el caso está siendo abordado por parte del Equipo de Tratamiento Familiar. El padre ha sido juzgado y tiene sentencia condenatoria y orden de alejamiento de la madre. Los menores no pasan tiempo con su padre ni con la familia paterna. No ven a su padre desde la separación. Álvaro convive con su madre y hermano. Hace varios meses que se cambiaron de domicilio por iniciativa de la madre ya que teme que el padre de Álvaro no cumpla la orden de alejamiento y la agreda. Motivo de consulta: Desde lo ocurrido con sus padres, lo notan con inquietud evidente que le impide centrarse en las tareas escolares. Ha dejado de realizar juegos que le gustaban y ahora sólo quiere jugar a las peleas, usa muñecos que representan a la policía y médicos que se llevan rápidamente a personas mayores heridas. Cuando sale**

a la calle se sobresalta con cualquier ruido y si escucha alguna sirena de policía o emergencias, se aferra a la madre. Tiene miedo a salir solo y no juega con otros niños fuera de casa. Se relaciona poco con compañeros. Lloro a menudo y no quiere acostarse porque tiene miedo a las pesadillas (no suele recordar bien el contenido, pero sabe que pueden ser peleas entre personas). La madre también responde ante este malestar con llanto y pensamientos de culpa. Todo este malestar estaba presente antes del cambio de domicilio. Han acudido al centro de salud en varias ocasiones y se ha descartado patología orgánica o etiología tóxica que esté motivando la clínica. Acude con su madre a la primera consulta. El padre de Álvaro no está informado de la consulta y no asiste. Teniendo en cuenta el motivo de derivación, el nivel de interferencia referida y la situación sociofamiliar adversa, usted se plantea la necesidad de seguir evaluando el caso con objeto de planificar una posible intervención psicológica.

---

**126 En base a lo expuesto en el caso, y de cara a obtener el consentimiento informado para realizar la evaluación e intervención del menor, señale las actuaciones que realizaría:**

- A) Tendría que informar al progenitor no solicitante del motivo de consulta y la atención psicológica que precisa el menor.
- B) Tendría que informar al progenitor no solicitante del motivo de consulta y recabar su consentimiento informado para seguir valorando el caso e intervenir si lo precisara el menor.
- C) Si Usted ha valorado que el niño requiere de una evaluación e intervención psicológica reglada, y el padre se negara a que el menor fuera atendido en consulta, tendría que notificar el caso a Fiscalía de Menores.
- D) Para seguir valorando e intervenir sería suficiente con que la madre firme el consentimiento informado.

**127 En el caso de que hubiera tenido que notificar la situación de riesgo y desprotección del menor, ¿qué tipología de maltrato informaría, teniendo como referencia el Instrumento para la Valoración de la Gravedad de las Situaciones de Riesgo, Desprotección y Desamparo (VALÓRAME)?**

- A) Negligencia hacia las necesidades básicas.
- B) Maltrato psicológico/emocional.
- C) Maltrato físico.
- D) Negligencia hacia las necesidades psíquicas.

**128 En base a la clínica que se especifica en el motivo de consulta, ¿qué orientación diagnóstica consideraría Usted según los criterios diagnósticos DSM-V?**

- A) Trastorno adaptativo.
- B) Trastorno de estrés postraumático.
- C) Trastorno de ansiedad de separación.
- D) No considera que el menor presente ningún trastorno en la actualidad.

**129 Indique los componentes que se plantearía incluir en la intervención del caso de Álvaro:**

- A) Intervención con el niño.
- B) Psicoeducación y entrenamiento en habilidades de relación madre-hijo, y de regulación emocional con la madre.
- C) Coordinación intersectorial con ETF y centro educativo.
- D) Contemplaría todos los componentes anteriores en la intervención.

**130 Señale qué programa de tratamiento, de los que se especifican a continuación, sería el más recomendable, de acuerdo a la evidencia científica, para el caso de Álvaro:**

- A) EMDR (Terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares).
- B) Terapia narrativa.
- C) Terapia cognitivo-conductual.
- D) PIP (Psicoterapia infanto-parental).

---

### **CASO PRÁCTICO 7:**

Daniel tiene 13 años, es el menor de dos hermanos. Convive con sus padres, hermano mayor (16 años) y su abuela paterna. Acude con su madre al pediatra de referencia. La madre está muy preocupada por la conducta de Daniel y porque pueda tener un trastorno de hiperactividad al igual que su hermano mayor y otros primos (familia paterna). En la entrevista con el pediatra, la madre refiere que desde pequeño le han tenido que repetir varias veces las órdenes, porque se distrae constantemente. Le cuesta terminar las tareas escolares y las que le asignan en casa, de una se va a otra y finalmente se le olvida lo que había iniciado. Nunca sabe dónde tiene los materiales. Pierde el dinero de su paga por lo que se irrita bastante. Prefiere hacer tareas y juegos sencillos, de corta duración. A veces no lleva los deberes al instituto porque se le olvidan. Desarrollo madurativo: Ha ido adquiriendo hitos evolutivos de forma adecuada a su edad cronológica. No ha tenido enfermedades importantes que hayan requerido tratamiento. Miedos evolutivos que se resolvieron sin intervención. Si bien, hasta los 11 años estos comportamientos habían supuesto problemas a nivel familiar (por la sobrecarga que conllevaba en la madre), no se había afectado el rendimiento escolar, por los apoyos que había tenido y el tiempo que le dedicaba al estudio en casa. Durante la Educación Primaria, la madre y un familiar (maestro de profesión) se encargaban de prestar apoyo para el estudio, estando presente, redirigiendo cuando se distraía, etc. Pasaba mucho tiempo realizando las tareas escolares, y casi no le quedaba tiempo para el juego. Daniel se enfadaba pero finalmente accedía a seguir con apoyo porque quería tener buenas notas. Es a partir del cambio a la ESO (hace 1 año) cuando los problemas se agravan. Suspendió exámenes y se produjeron algunos conflictos con los profesores y compañeros. Lloraba bastante porque no quería suspender y lo notaban con más inquietud psicomotora. El cambio a la ESO también coincidió con que su hermano tuvo que ser ingresado para intervención de apendicitis y su madre no podía prestar el mismo nivel de apoyo que venía realizando antes. Todo lo referido por la madre ha permanecido sin cambios a lo largo del último año. Daniel se lo pasa bien con amigos, aunque los ve poco. Su madre resalta la facilidad de su hijo para expresar afecto, tanto a familiares como a amigos, y lo consideran un niño cariñoso y maduro.

**No ha presentado otros problemas de conducta ni rebeldía extrema.**

---

**131 Siguiendo lo establecido en el Protocolo de Atención a Personas con TDAH (Marzo, 2021), y en base a los datos aportados por la madre y la sospecha diagnóstica, la actuación sanitaria del pediatra, en principio, debería dirigirse a:**

- A) Derivar el caso a Neurología Pediátrica.
- B) Valorar si la clínica es compatible con TDAH y el nivel de gravedad, a través de una primera evaluación clínica.
- C) Derivar el caso al centro educativo para la realización de una evaluación psicopedagógica.
- D) Derivar el caso a USMC.

**132 Si Usted, como Psicólogo Clínico de USMC, tuviera que hacer la evaluación del caso ¿qué actuaciones consideraría necesario realizar?**

- A) Solicitar informe escolar al centro educativo.
- B) Entrevistar al niño y a los padres, y realizar examen del estado mental del niño.
- C) Valoración psicométrica con cuestionarios, y valoración de la comorbilidad.
- D) Todas las actuaciones anteriores serían necesarias.

**133 Atendiendo a la sospecha diagnóstica de TDAH y los datos aportados por la madre, ¿con qué trastorno de los siguientes sería fundamental hacer un diagnóstico diferencial?**

- A) Trastorno obsesivo.
- B) Trastorno adaptativo.
- C) Trastorno específico del aprendizaje.
- D) Trastorno neurocognitivo mayor.

**134 Si se confirmara el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, según los criterios DSM-V, ¿qué especificadores añadiría al diagnóstico, en función de dicho sistema clasificatorio?**

- A) Presentación combinada y de gravedad actual leve.
- B) Presentación combinada y de gravedad actual moderada.
- C) Presentación predominante con falta de atención y de gravedad actual leve.
- D) Presentación predominante con falta de atención y de gravedad actual moderada.

**135 En base al nivel de gravedad y deterioro funcional que presenta Daniel, el ámbito de actuación más adecuado, según el Protocolo de Atención a Personas con TDAH (Marzo, 2021), sería:**

- A) USMC y centro educativo.
  - B) USMIJ.
  - C) Atención Primaria.
  - D) Atención Primaria y centro educativo.
- 

### **CASO PRÁCTICO 8:**

**F. tiene 21 años. Sus padres dicen que hasta el momento tenía una vida normal. Se ha ido a Madrid a estudiar un módulo en una escuela privada. Vive con unos amigos. Tras**

tres meses allí, estos llaman a su padre porque F. está muy raro, se queda parado durante largos ratos y no responde. Otras veces está muy nervioso. Su padre va a Madrid a por él y lo lleva al hospital donde queda ingresado voluntariamente, aunque después pide el alta y se solicita autorización para ingreso involuntario. Es el menor de una fratría de 2 hermanos. Convive con sus padres y su hermana de 25 años, que pasa algunos periodos fuera por trabajo. Su familia lo describe como un joven bueno, responsable, casero e inteligente, interesado especialmente en el deporte. La familia refiere tener armonía en casa y están muy preocupados. Los meses previos a marcharse ha estado iniciando y dejando otras actividades formativas, pasaba más tiempo en su habitación, con el móvil o el ordenador, permanecía mucho tiempo acostado y sin colaborar en las tareas familiares. Empezó a salir menos con sus amigos y a comunicarse menos, *“estaba poco hablador”*, pero sin plantear otros problemas. Al llegar al hospital lo ven poco colaborador, no habla ni responde al abordaje, poco a poco responde más, pero refiere no sentir nada, lo ven con aparente frialdad. Se queda parado de pie, durante minutos, ensimismado, tras lo cual retoma su actividad, que es escasa. No queda claro si oye voces, aunque parece que sí, durante esos bloqueos que sufre. Habla de una manera extraña sobre sus emociones y sensaciones corporales *“no tengo sentimientos, lloré mucho y han desaparecido”*, *“no estoy nervioso, tengo dolor en el corazón”*. Refiere que lo que ve en Internet, tiene relación con él, lo hacen para mandarle mensajes a él. Tras tres semanas de ingreso y tratamiento ha mejorado y no sabe explicar qué le ha pasado. Mantiene cierta indiferencia al hablar de ello. Como antecedentes, su madre tiene Trastorno Afectivo Bipolar desde hace unos 25 años. Antes de nacimiento de F. tuvo un aborto a las 16 semanas de gestación *“tuve un aborto y ya no estaba bien..., después de nacer F cogí una depresión..., aún sigo con tratamiento de mantenimiento...”*. La crianza *“fue una película”* dice el padre. F. Tuvo una luxación de cadera, diagnosticada a los 7-8 meses de edad *“y a partir de ahí estuvo ingresado en el hospital, su madre se pasaba el día en la cama, y su hermana, que era pequeña, al cuidado de la abuela”*. *“Imagínese, un niño escayolado de cintura para abajo desde los 7-8 meses hasta los dos años..., se operó por lo menos tres veces...”*. *“Después tuvo que aprender a andar”*. El inicio de la escolarización fue bien. Estuvo en tratamiento en 6º de primaria por síntomas de corte obsesivo, pero al año lo dejó porque *“vio que podía manejarlo él solo”*. Tuvo problemas de rendimiento en el colegio desde que empezó la secundaria y se cambió de centro tras repetir, por recomendación de los docentes, a otro de menor nivel de exigencia. La familia está muy preocupada, el padre teme que a F. pueda pasarle *“lo que a su madre”*, *“no quiero ni pensarlo”*. Su hermana refiere que su padre ha sobreprotegido y controlado mucho a F. *“desde siempre”*. A su madre le da mucha pena, pero está convencida de que esto es un bache por alguna chica y que se va a poner bien.

---

136 Según la clasificación CIE 10, ¿para qué diagnóstico cumpliría los criterios?

- A) Esquizofrenia.
- B) Trastorno psicótico agudo.
- C) Episodio depresivo.
- D) Episodio maniaco.

- 137 Señale la intervención que NO estaría recomendada, según el Proceso Asistencial Integrado para este caso y en este momento concreto en que se encuentra F.**
- A) Realizar intervenciones para mejorar las habilidades de afrontamiento de futuras crisis.
  - B) Dar el alta y programar visitas domiciliarias frecuentes para proporcionar apoyo y detectar situaciones de riesgo de crisis.
  - C) Mantener la adherencia al tratamiento psicofarmacológico.
  - D) Mantener el ingreso un par de semanas para poder clarificar el diagnóstico y la evolución.
- 138 Es conveniente valorar si F. cumpliría los requisitos de entrada para iniciar una intervención temprana en primeros brotes de psicosis o primera presentación de la psicosis, según el PAI. Señale cuáles son los criterios específicos de inclusión:**
- A) Un rango de edad entre 16-35 años, presencia de síntomas presicóticos/psicóticos que sean detectados por primera vez y sin el requisito de un diagnóstico, y menos de 6 años de evolución.
  - B) Un rango de edad entre 16-35 años, presencia de síntomas presicóticos/psicóticos que sean detectados por primera vez y sin el requisito de un diagnóstico, y menos de 3 años de evolución.
  - C) Un rango de edad entre 16-35 años, presencia de síntomas psicóticos que sean detectados por primera vez y que cumplan los criterios de esquizofrenia, y menos de 4 años de evolución.
  - D) Un rango de edad entre 16-35 años, presencia de síntomas psicóticos que sean detectados por primera vez y que cumplan los criterios de esquizofrenia, y menos de 3 años de evolución.
- 139 Uno de los objetivos de la intervención temprana en psicosis es la reducción de la DUP. ¿A qué se refiere este concepto de Duration of untreated psychosis (DUP)?**
- A) Al tiempo que transcurre entre el inicio y la remisión de los síntomas.
  - B) Al tiempo transcurrido entre los primeros síntomas psicóticos evidentes y el inicio del tratamiento
  - C) Al tiempo que trascurre entre el inicio de los síntomas prodrómicos hasta el inicio de los síntomas psicóticos
  - D) A la duración de la fase activa tras la instauración del tratamiento
- 140 Para realizar un adecuado diagnóstico diferencial, sería necesario explorar en primer lugar:**
- A) El consumo de tóxicos.
  - B) La presencia de sintomatología obsesiva en la actualidad.
  - C) Eventos traumáticos en el pasado.
  - D) El funcionamiento social.

---

**CASO PRÁCTICO 9:**

**MJ es una mujer de 23 años. No tiene ingresos y vive con su familia de origen. En los últimos meses está acudiendo de forma urgente a su USMC, y ha tenido varios ingresos hospitalarios por riesgo autolítico, junto con un importante deterioro de la convivencia familiar. Vive en una zona rural. El padre la lleva al hospital pero no quiere saber nada. Su madre está muy triste y desesperanzada, el padre no la apoya, ya no puede más y**

ella está enferma, refiere. Acude a la USMC desde los 18 años. Empezó a ser atendida en la red privada desde los 8 años, posteriormente en la USMIJ y en la USMC. Es la mayor de dos hermanas. Su madre padece una enfermedad crónica limitante, que la ha hecho pasar temporadas encamada. MJ refiere haber realizado tareas del hogar y asumir responsabilidades familiares impropias de su edad por ese motivo. La llevaron al psicólogo de pequeña porque no quería comer y tenía muchos miedos. Antecedentes de suicidio de un tío materno, cuando ella tenía 14 años. “*Yo fui la que apoyó a mi madre en ese momento*”. A los 18 años inició una relación sentimental con un chico del pueblo, mayor que ella, con quien se fue a vivir. En ese momento su padre dejó de hablarle, pero su madre la apoyó, intentando ayudarla a romper y volver a casa. La relación fue muy conflictiva, y ella sufrió violencia física y abusos sexuales. Tras unos meses fuera, realizó una ingesta de pastillas por la que tuvo que ingresar en el hospital, acabó la relación y volvió a casa. Después, la convivencia se fue deteriorando rápidamente: no asumía normas ni responsabilidades de ningún tipo, respondía muy mal a las indicaciones de su madre, a quien minusvaloraba e insultaba “*para castigarla*”, tenía muchos celos de su hermana. También empezó a mantener relaciones esporádicas con hombres conocidos por internet, saliendo de casa, a veces, durante días. Los padres tienen muchos desacuerdos y la madre se siente muy sola e incapaz de controlarla. Los enfrentamientos han ido a más, llegando a “*tener ataques de furia*”. Cuando se enfada pierde el control, llega a insultar, golpear las puertas, tirar y romper marcos de fotos y otros objetos con valor sentimental para la madre. Estos episodios suelen acabar con la intervención del padre, que la lleva a urgencias, por miedo a que se haga daño o a terceros. Ha requerido la intervención de las fuerzas del orden, porque no la podían controlar. Tiene antecedentes de cortes en los brazos e ingestas de gran cantidad pastillas (con lavado de estómago). Comenta que lo hace cuando estaba muy nerviosa, y también que toma pastillas para calmarse y no sentirse mal. Ha tenido muchos problemas con los amigos del pueblo y ahora no tiene, solo los que conoce por internet. Se queja de los prejuicios de los vecinos, en ocasiones ha tenido enfrentamientos porque la miran por “*ser distinta y vestirse diferente*”. No estudia ni trabaja. Tiene planes poco realistas. Dice que quiere estudiar psicología para ayudar a la gente. Cuenta que es muy sensible y elige como amigos personas que tienen problemas, para ayudarlas, pero con frecuencia acaba teniendo muchos conflictos en estas relaciones, que suelen ser de corta duración. Se siente muy sola, a veces piensa en la muerte.

---

**141 Según los datos aportados, ¿de qué trastorno cumpliría criterios diagnósticos MJ según la CIE 10?**

- A) Trastorno esquizoafectivo.
- B) Trastorno límite de la personalidad.
- C) Trastorno por estrés postraumático.
- D) Trastorno bipolar.

**142 ¿Para qué Proceso Asistencial Integrado cumpliría criterios de entrada?**

- A) Programa de atención mental a la Salud Mental de la infancia y adolescencia.
- B) PAI Ansiedad, Depresión y Somatizaciones.
- C) PAI Trastorno de la Conducta alimentaria.
- D) PAI Trastorno Mental Grave.

**143 Considerando su evolución, la situación familiar, su edad y patología, ¿qué orientación terapéutica estaría más indicada en este momento?**

- A) Hospital de Día, para un abordaje intensivo y evitar los reingresos hospitalarios.
- B) Comunidad Terapéutica, para una intervención centrada en la recuperación.
- C) Derivación a recurso residencial de FAISEM, por la imposibilidad de mantener la convivencia.
- D) Unidad de Media Estancia en centro concertado durante un periodo de seis meses.

**144 ¿Cuál de las siguientes NO se encuentra entre las posibles comorbilidades que habría que explorar, por ser las más frecuentes en este trastorno?**

- A) Abuso de sustancias.
- B) Trastorno disocial de la personalidad.
- C) Trastorno depresivo.
- D) Trastorno alimentario.

**145 Señale la afirmación correcta, sobre las recomendaciones del PAI correspondiente para el tratamiento de este trastorno:**

- A) Se recomienda la terapia dinámica.
- B) Se recomienda la intervención familiar estructurada.
- C) No se recomiendan los grupos multifamiliares.
- D) Se recomienda el programa STEPPS.

---

**CASO PRÁCTICO 10:**

R. es un hombre de 35 años, está soltero y vive con sus padres. Es llevado a la Unidad de Hospitalización de Salud Mental por las fuerzas del orden público, que lo han localizado en la calle, tras denuncia de desaparición interpuesta por su familia. Llevaba dos semanas pernoctando en la calle. Llega desaseado y con pérdida de peso. Está agresivo, muy desconfiado, no quiere hablar con nadie y no acepta el ingreso, que, tras autorización judicial, pasa a ser involuntario. La familia refiere que se marchó de casa tras agredir a su padre, a quien acusaba de no ser su padre y haber matado a su hermano (fallecido diez años atrás tras una larga enfermedad). Lleva meses sin acudir a las citas en la Unidad de Salud Mental Comunitaria, es atendido de forma muy irregular desde hace cinco años, porque no acude a las citas. Las semanas previas la familia lo estaba viendo progresivamente menos comunicativo, hablaba solo en su habitación y evitaba relacionarse con ellos, pasando la mayor parte del tiempo en la calle. La familia refiere cambios bruscos de conducta a los 14 años, momento en que se vuelve retraído, apático y pierde todo el interés en los estudios, que había realizado con buen rendimiento hasta entonces, y las actividades deportivas. A los 17 años fue al extranjero durante un curso escolar para aprender inglés, pero tuvo que regresar antes de acabar el año escolar, debido a que no estaba bien allí. A su regreso se agudiza la apatía y el retraimiento social, con cierto abandono personal. Estudió hasta segundo de

Bachillerato, pero no lo finalizó, realizando formación profesional. Los años siguientes se mantuvo en el domicilio familiar, trabajando en el negocio de su madre con unas condiciones muy flexibles, realizando distintos cursos, aprendiendo inglés y con escasas relaciones fuera del ámbito familiar, pero sin alteraciones de conducta. A partir de los 21 años, cada vez acudía con menor regularidad al trabajo, hasta abandonarlo. Refería querer trabajar en otra cosa y tener una vida independiente, pero sin iniciar ningún proyecto. Su actividad fue disminuyendo y fue perdiendo progresivamente amistades, actividades e intereses. En la actualidad, pasa la mayor parte del día en su habitación, durmiendo, o en la calle, con pérdida de estructura en los horarios, y alimentándose mal. Fuma y consume mucho café. Los padres solicitaron ayuda y fue derivado a salud mental, pero solo acudió a un par de citas y no hace ningún tratamiento. Ha ingresado varias veces en el hospital por episodios similares. Depende económicamente de sus padres, a quienes pide dinero con exigencia, acusándoles de que se quedan con un dinero que le pertenece a él. En casa la situación es de elevada conflictividad, en especial con su padre, que piensa que es un vago y le exige un cambio de actitud. Su madre muestra una actitud más dialogante y ambos tienen muchas diferencias sobre cómo habría que abordar esta situación. Refieren estar desbordados y no saber qué hacer. Al inicio del ingreso, está visiblemente inquieto, sobre todo por las mañanas, mira con desconfianza y se mantiene con una gorra puesta sin querer hablar con nadie. Tras varias semanas de ingreso y tratamiento farmacológico, empieza mostrarse más sociable con otros pacientes y más abierto en las entrevistas. Al principio niega lo que le ocurre, pero posteriormente R. empieza a hablar de su vida y su familia. Refiere que sus padres han suplantado la identidad de los verdaderos y que mataron a su hermano, además de robarle el dinero. Que él tiene una novia y un hijo a quien tiene que buscar, y que lo sabe porque la gente se lo dice por la calle. Sabe en quién confiar y en quién no según la forma de la boca y los dientes de las personas con las que se relaciona. La gorra lo protege de la gente que le mete cosas en la cabeza. Habla de un dios “*macandé*”, que le dice qué alimentos comer y cuáles no, y que debe repetir varias veces algunos movimientos para que “*las cosas le vayan bien*”. No consume tóxicos, sí cerveza cuando está muy agobiado, para tranquilizarse un poco. Aunque mejora, tras el alta se mantienen los problemas. R. mantiene una toma de tratamiento muy irregular, y abandona el seguimiento en la USMC. Las relaciones en casa son conflictivas, especialmente con su padre, y su familia no sabe qué hacer.

---

146 ¿Qué síntomas son más centrales para describir la situación de R?

- A) Alteraciones conductuales.
- B) Apatía.
- C) Alucinaciones y delirios.
- D) Aislamiento social.

**147 Según los datos aportados, ¿cumple actualmente criterios para algún trastorno mental según CIE 10?**

- A) Esquizofrenia.
- B) Trastorno de personalidad.
- C) Trastorno bipolar.
- D) Depresión con síntomas psicóticos.

**148 Según el Proceso Asistencial Integrado, para poder identificar un o una paciente con TMG, se requiere realizar por parte de los profesionales de la USMC/UHSM la historia clínica para determinar el diagnóstico CIE 10, y puntuaciones significativas referidas a los seis últimos meses, ¿en qué escalas?**

- A) Escala WHOQOL-BREF, Escala LSP, Escala PANSS.
- B) Escala BPRS. Escala SFS, Escala SCL-90.
- C) Escala GAF, Escala HONOS, Escala BPRS.
- D) Escala PANSS, Escala HONOS, Escala SFS.

**149 Señale el instrumento de evaluación más adecuado para una evaluación clínica más completa y exhaustiva en este caso:**

- A) MCMII-III.
- B) Y-BOCS.
- C) PANSS.
- D) BDI.

**150 Según el Proceso Asistencial Integrado, ¿qué intervención NO estaría recomendada en este caso?**

- A) Terapia cognitivo conductual.
- B) Terapia para entrenamiento emocional y solución de problemas basada en el modelo STEPPS/terapia dialéctico conductual.
- C) Terapia Psicológica integrada de Brenner y Roder (IPT).
- D) Psicoeducación familiar.

**151 En relación con el Modelo de comunicación de malas noticias, de Baile y Buckman, elija la opción correcta:**

- A) Se compone de seis pasos, y el primero es conocer qué sabe la persona sobre el suceso traumático.
- B) Se compone de seis pasos, y no tiene en cuenta lo que quiere saber la persona.
- C) Se compone de seis pasos encaminados a proveer información realista con el menor daño posible, facilitando el proceso de adaptación a la nueva situación planteada.
- D) Se compone de cinco pasos: preparar la entrevista, conocer qué sabe el paciente, conocer qué quiere saber, comunicar, escuchar.

**152 Señale la opción INCORRECTA. Las principales teorías psicológicas explicativas sobre el Trastorno por Estrés Postraumático se basan en:**

- A) Modelos de aprendizaje vicario.
- B) Teorías sobre el procesamiento de la información y las estructuras cognitivas del miedo.
- C) Teorías sobre la indefensión aprendida.
- D) Modelos de condicionamiento: condicionamiento clásico, generalización de estímulos, condicionamiento de orden superior.

**153 Señala la opción correcta sobre la clasificación y diagnóstico de los Trastornos de Personalidad, según la Clasificación Internacional de la OMS, CIE 11:**

- A) Mantiene la visión categorial, y propone 10 subtipos de trastorno de personalidad.
- B) Establece una clasificación con 6 niveles de gravedad.
- C) Propone un solo patrón de Personalidad, que se manifestará de diversas formas, según sean los rasgos disfuncionales que predominen.
- D) Mantiene un patrón mixto, categorial y dimensional.



## **INSTRUCCIONES PARA LAS PERSONAS Opositoras:**

Las personas opositoras están obligadas a colaborar en el correcto desarrollo del examen cumpliendo las siguientes instrucciones; en caso contrario nos veríamos obligados a pedirle que abandone el examen.

**EL INCUMPLIMIENTO DE LAS INSTRUCCIONES QUE A CONTINUACIÓN LE DETALLAMOS SUPONDRÁ LA EXPULSIÓN DEL PROCESO.**

### **SOBRE LA UTILIZACIÓN DE TELÉFONOS MÓVILES Y OTROS DISPOSITIVOS ELECTRÓNICOS:**

- ESTÁ PROHIBIDA LA ENTRADA AL AULA Y PUESTO DE EXAMEN con TELÉFONO MÓVIL (o cualquier otro dispositivo electrónico conectado a datos).
- En caso de que necesite algún dispositivo electrónico por tema médico o relacionado con medidas de seguridad en el ámbito de la violencia de género, informe de ello a su entrada en el aula, y le indicarán qué instrucciones específicas debe seguir.
- SI SE LE HUBIERA OLVIDADO DEJAR EL MÓVIL EN CASA O A UN ACOMPAÑANTE, TIENE QUE PONERLO EN CONOCIMIENTO Y ENTREGÁRSELO A LOS RESPONSABLES DEL AULA, QUE LO CUSTODIARÁN HASTA FINALIZAR SU PRUEBA:
- Para ello le entregarán un sobre con autopegado, en el que deberá escribir su DNI, nombre y apellidos, introducir el dispositivo apagado en el sobre, cerrarlo y dejarlo claramente visible en su mesa de examen para que, antes del inicio del reparto de los cuadernillos de examen, sea depositado por las personas de la organización en la mesa del responsable del aula.
- Finalizada la prueba, podrá recoger su móvil tras la presentación de su DNI.

### **SOBRE EL CORRECTO DESARROLLO DE LA PRUEBA:**

- ENCIMA DE LA MESA DE EXAMEN SÓLO PUEDEN ESTAR su documento identificativo (DNI, pasaporte), el cuadernillo de examen y la hoja de respuesta que se le entreguen, el/ los bolígrafo/s y, en su caso, una botella de agua y caramelos. Los enseres personales, como bolsos, carteras, mochilas, etc., debe colocarlos en el suelo, a sus pies.
- ESTÁ TOTALMENTE PROHIBIDO CUALQUIER TIPO DE COMUNICACIÓN ENTRE LAS PERSONAS Opositoras Y ENTRE ÉSTAS Y EL EXTERIOR, ASÍ COMO EL USO Y TENENCIA DE DISPOSITIVOS MÓVILES.
- NO ESTÁ PERMITIDO LEVANTARSE DEL ASIENTO NI SALIR DEL AULA EN NINGUNA CIRCUNSTANCIA HASTA EL MOMENTO EN QUE SE INICIE EL EJERCICIO. Después, podrá ir al baño, siempre acompañado por uno de los vigilantes del aula.

### **SOBRE EL CONTENIDO DEL CUADERNILLO DE EXAMEN:**

- Iniciada la prueba, si observa alguna anomalía en la impresión del cuadernillo, levante la mano y, cuando le atiendan, solicite su sustitución.
- Si entiende que existen preguntas confusas, incorrectamente formuladas o con respuestas erróneas, **LE RECORDAMOS QUE LA/S ALEGACIÓN/ES A LA/S PREGUNTA/S HA DE REALIZARSE A TRAVÉS DE LA V.E.C. EN LOS TRES DIAS HÁBILES SIGUIENTES A LA REALIZACIÓN DEL EXAMEN.**

**NO ESTÁ PERMITIDO INTERRUPIR EL CORRECTO DESARROLLO DEL EXAMEN.**

**ANTE CUALQUIER CUESTIÓN O INCIDENCIA QUE TENGA, LEVANTE LA MANO Y ESPERE SENTADO/A Y EN SILENCIO A QUE LE ATIENDAN LAS PERSONAS QUE ESTAN VIGILANDO EL DESARROLLO DE LA PRUEBA.**

