

PREGUNTAS DE AUTOEVALUACIÓN

1. Respecto a la utilización del Consentimiento Informado en una consulta de Psicología:

- a) No es obligatorio para la evaluación, pero sí para el tratamiento.
- b) Se basa en un modelo colaborativo y de deliberación conjunta.
- c) Es imprescindible la presentación por escrito en todos los casos.
- d) Se basa en el derecho que ostentan los pacientes a ser parcialmente informados.

2. El Código Deontológico del Psicólogo:

- a) Está en vigor desde 1987.
- b) Es de obligado cumplimiento para Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica y Psicólogos Generales Sanitarios, pero no para el resto de los profesionales de la Psicología.
- c) Una de sus ventajas es que se ha adaptado y actualizado a la normativa legal vigente.
- d) No proporciona directrices respecto a la obtención y el uso de la información, ya que los profesionales nos debemos guiar por la Ley 41/2002 respecto de dicha cuestión.

3. ¿Cuál de los siguientes NO es un principio bioético?

- a) Justicia.
- b) Beneficencia.
- c) Redistribución.
- d) Autonomía.

4. ¿Qué responsabilidad es la que exige la Administración a sus Psicólogos empleados, derivándose de la relación laboral de estos con la institución?

- a) Penal.
- b) Deontológica.
- c) Administrativa.
- d) Civil.

5. Respecto al secreto profesional:

- a) Se configura como un derecho absoluto del paciente.
- b) El fallecimiento del paciente libera al Psicólogo del deber de secreto.
- c) Podemos considerar su ruptura si advertimos riesgos físicos para terceros.
- d) No es aplicable a la profesión de Psicólogo.

6. Respecto a la Historia Clínica:

- a) Ha de conservarse por un periodo mínimo de 15 años.
- b) Los usuarios tienen derecho de acceso a las anotaciones subjetivas del Psicólogo, si estas están contenidas en la Historia Clínica.
- c) El derecho de acceso del paciente debe anteponerse al derecho de reserva del Psicólogo.
- d) Se define como el conjunto de los documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente.

7. Los ingresos hospitalarios en Salud Mental:

- a) Son involuntarios en todos los casos.
- b) Pueden ser voluntarios o no, pero se tramitan como involuntarios en todos los casos.
- c) En el caso de ingresos involuntarios, debemos considerar la capacidad de este para valorar su estado de salud y la necesidad de recibir tratamiento.
- d) No es necesaria la comunicación al juez si los ingresos son involuntarios.

8. El uso de los test psicológicos implica:

- a) La interpretación de estos desde la subjetividad del Psicólogo.
- b) La consideración del alcance de los resultados, pero no de las limitaciones.
- c) La utilización de instrumentos de medida, útiles o no, para el propósito de la valoración.
- d) La utilización de instrumentos de medida actualizados.

9. Entre las situaciones de riesgo de mala praxis en psicoterapia NO se hallan:

- a) La información suficiente respecto a la terminación del tratamiento.
- b) La utilización de procedimientos con endebles fundamentos alejados de la psicología científica.
- c) La imposición de valores propios a los pacientes.
- d) El mantenimiento de relaciones personales con pacientes al margen de la relación terapéutica.

10. La relación dual más comúnmente asociada a la conducta suicida es la:

- a) Financiera.
- b) Sexual.
- c) Social.
- d) Profesional.

11. ¿Cuál de los siguientes instrumentos de evaluación tiene un formato autoadministrado y está específicamente dirigido a evaluar la sintomatología de los trastornos adaptativos?

- a) *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI; Kessler y Üstun, 2004).
- b) *Structured Clinical Interview for DSM-5* (SCID-5; First et al., 2015).
- c) *Diagnostic Interview for Adjustment Disorders* (DIAD, Cornelius et al., 2014).
- d) *Adjustment Disorder-New Module* (ADNM; Maercker et al., 2007).

12. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA respecto a los modelos teóricos de los trastornos adaptativos?

- a) Algunos autores conceptualizan los trastornos adaptativos como un síndrome de respuesta al estrés, por lo que se fundamentan en teorías basadas en el trastorno de estrés postraumático aun reconociendo sus diferencias.
- b) Los trastornos adaptativos tienen un modelo teórico consolidado que explica por qué se desarrolla y se mantiene la sintomatología de estos trastornos.
- c) El tipo de estresor y los factores de vulnerabilidad deben tenerse en cuenta en la formulación teórica de los trastornos adaptativos.
- d) La resiliencia es un factor clave de protección en el desarrollo de los trastornos adaptativos.

13. ¿Cuál de las siguientes es VERDADERA respecto a los tratamientos de los trastornos adaptativos?

- a) La guía clínica *The National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) establece recomendaciones claras sobre el tratamiento de elección.
- b) Se recomiendan tratamientos breves, focalizados en la solución de problemas y en el afrontamiento eficaz.
- c) El tratamiento farmacológico combinado con el tratamiento psicoterapéutico es el recomendado por las guías de salud.
- d) El establecimiento de una red de apoyo no es un objetivo prioritario en estos trastornos.

14. ¿Cuál de los siguientes NO constituye un objetivo prioritario de tratamiento de los trastornos adaptativos?

- a) Reducir el impacto del estresor.
- b) Mejorar la capacidad del individuo para hacer frente a los factores estresantes.
- c) Reducir los síntomas y promover cambios conductuales.
- d) La exposición al estresor.

15. ¿Cuál de las siguientes terapias ha recibido mayor apoyo empírico en cuanto a la eficacia en la reducción de sintomatología en los trastornos adaptativos?

- a) La terapia de espejo.
- b) La psicoterapia dinámica breve.
- c) La terapia cognitivo-conductual.
- d) La terapia cuerpo-mente-espíritu.

16. ¿Cuál de las siguientes estrategias NO formaría parte de las utilizadas en la terapia cognitivo-conductual para los trastornos adaptativos?

- a) La activación conductual.
- b) La resolución de problemas.
- c) Las estrategias de afrontamiento.
- d) Las desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR).

17. ¿En qué formato se han dispensado las terapias cognitivo-conductuales para los tratamientos adaptativos?

- a) Individual y grupal.
- b) Únicamente individual.
- c) Únicamente grupal.
- d) Ni individual ni grupal, ya que solo se ha puesto a prueba la biblioterapia y plataformas online.

18. ¿Qué afirmación es FALSA respecto a los tratamientos psicológicos que incluyen Tecnologías de la información y Comunicación?

- a) Los tratamientos dispensados mediante plataformas online y realidad virtual han obtenido resultados positivos en la reducción de la sintomatología.
- b) La mayoría de los tratamientos que utilizan realidad virtual están basados en psicoterapia dinámica breve o de corto plazo.
- c) El «mundo de EMMA» es un tratamiento apoyado en la realidad virtual dirigido a activar el procesamiento emocional y cognitivo basado en la exposición y la elaboración del evento estresante.
- d) Los tratamientos dispensados mediante plataformas online que se han desarrollado hasta el momento están basados en tratamientos cognitivos-conductuales (p. ej., técnicas de exposición, activación conductual, técnicas cognitivas).

19. ¿Qué afirmación es VERDADERA respecto a los tratamientos farmacológicos en los trastornos adaptativos considerando la evidencia hasta el momento?

- a) Los agentes ansiolíticos como la etifoxina y el fabomotizol (ansiolíticos no benzodiacepínicos) parecen aliviar la sintomatología de los trastornos adaptativos sin los efectos adversos no deseados asociados a las benzodiacepinas.
- b) Los antidepresivos nunca son recomendables para los pacientes con trastornos adaptativos.

- c) La *euphytose* sería una planta medicinal a considerar en el tratamiento de los trastornos adaptativos, debido a los beneficios que ha demostrado y siguiendo el principio de «*primum non nocere*».
- d) Las guías clínicas recomiendan que las benzodiazepinas deberían ser los tratamientos de primera línea, como en el trastorno de estrés postraumático.

20. Según el modelo que proponen Baumeister *et al.* (2021) de atención por pasos en los trastornos adaptativos, ¿a qué nivel correspondería el nivel 3?

- a) A la espera «vigilante» en aquellos individuos con riesgo de cronicidad y progresión.
- b) A la dispensación de intervenciones psicosociales de baja intensidad, como la biblioterapia, la activación conductual, o intervenciones dispensadas *online*.
- c) A la dispensación de tratamientos de psicoterapia o farmacoterapia en aquellos pacientes que no responden a tratamientos de menor intensidad.
- d) A la dispensación de tratamientos de psicoterapia o farmacoterapia en régimen de hospitalización para aquellos pacientes que presentan ideas de suicidio.

21. Indique cuál de las siguientes alternativas es falsa:

- a) Las personas que padecen un trastorno de ansiedad social cuando afrontan una situación de interacción social suelen experimentar una serie de síntomas fisiológicos, cognitivos y comportamentales que pueden perturbar de forma importante su ejecución.
- b) La ansiedad social es una emoción muy perturbadora que hay que aprender a eliminar.
- c) Los problemas relacionados con las interacciones sociales afectan a un gran sector de la población y suelen estar asociados a otros problemas (ej., bajo rendimiento académico o laboral, dependencia del alcohol o de otras sustancias, ansiedad, depresión, etc.) que interfieren en numerosas áreas vitales y disminuyen la calidad de vida.
- d) El diagnóstico formal de *fobia social* se incluyó, por primera vez, en la tercera edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (APA, 1980). Desde entonces, este problema, hasta ese momento prácticamente ignorado, pasó a ser reconocido como un trastorno muy prevalente en todo el mundo.

22. Respecto al tratamiento de la AS/TAS se ha comprobado:

- a) Que los protocolos de tratamiento específicos, esto es, diseñados y sometidos a prueba para el tratamiento de la AS/TAS han demostrado ser eficaces.
- b) Que los protocolos de tratamiento transdiagnósticos para los trastornos emocionales han demostrado ser eficaces.

- c) Que los protocolos de tratamiento específicos para la AS/TAS y los protocolos de tratamiento transdiagnósticos para los trastornos emocionales han demostrado ser igualmente eficaces para el tratamiento de la AS/TAS.
- d) Todas las respuestas son correctas.

23. ¿Está indicado el abordaje del afecto positivo en el TAS?

- a) No, porque el TAS se caracteriza sobre todo por alto afecto negativo.
- b) Sí, porque el TAS se caracteriza por alto afecto negativo y bajo afecto positivo.
- c) No, porque trabajar el afecto positivo podría ser contraproducente en el TAS.
- d) Sí porque, aunque no es esencial en el TAS, no le hará daño.

24. La estrategia en el protocolo transversal que sirve para identificar las creencias nucleares es:

- a) La reestructuración cognitiva.
- b) La identificación de fortalezas.
- c) La flecha descendente.
- d) La tabla de balance decisonal.

25. La reescritura de imágenes es un componente útil en los tratamientos novedosos del TAS y se ha demostrado que puede modificar...

- a) Reducción del miedo a la evaluación negativa.
- b) Ansiedad en situaciones temidas.
- c) Cuestionar creencias desadaptativas asociadas con recuerdos aversivos.
- d) Todas son correctas.

26. Según las investigaciones realizadas en los últimos años, la exposición para el TAS como para otros trastornos estaría operando a través...

- a) Habitación.
- b) El aprendizaje excitatorio.
- c) Violación de expectativas.
- d) Modificación de pensamientos negativos.

27. Durante el desarrollo de la técnica de exposición:

- a) Se debe aplicar la relajación para favorecer el recorrido de la jerarquía de situaciones problemáticas.
- b) No se recomienda utilizar la relajación porque no ayuda a la reestructuración cognitiva.
- c) No se recomienda utilizar la relajación porque no facilita la habitación.
- d) Se debe aplicar la relajación para favorecer la reestructuración cognitiva.

28. Con respecto al reentrenamiento perceptivo:

- a) Obtiene más beneficio la que está basada en la exposición, sin reestructuración cognitiva, porque es menos ansiógena.
- b) Debe hacerse repitiendo valoraciones positivas sobre lo que se percibe.
- c) Debe seguirse una jerarquía, preferentemente de entre 20-30 situaciones diferentes.
- d) Debe hacerse con descripciones neutras y generales de lo que se percibe en una jerarquía.

29. En cuanto a la cirugía plástica o dermatológica:

- a) No debe recomendarse, a pesar de que al menos un 25% de los casos sale beneficiado.
- b) No debe recomendarse por los riesgos quirúrgicos y las complicaciones postquirúrgicas, pero la integración en la imagen corporal se alcanza en unos 6 meses como promedio.
- c) Un porcentaje pequeño de los casos, aproximadamente un 5%, pueden obtener beneficios.
- d) No debe recomendarse porque la TCC es igualmente eficaz que la intervención quirúrgica.

30. Una de las siguientes emociones autoconscientes se ha revelado decisiva en los casos de TDC, por encima de lo observado en el TOC o en los TCA:

- a) Vergüenza.
- b) Envidia.
- c) Culpa.
- d) Orgullo.

31. De los diferentes procedimientos o técnicas de la TCC, uno se considera imprescindible en la intervención sobre el TDC, según la Guía NICE:

- a) Reestructuración cognitiva.
- b) Reformulación o reescritura de la imaginería.
- c) *Mindfulness*.
- d) Exposición y prevención de respuestas.

32. En la clasificación de Holmes et al. (2005) dentro de los trastornos caracterizados por el distanciamiento podemos encontrar:

- a) La amnesia disociativa.
- b) El trastorno de identidad disociativo.
- c) La desrealización.
- d) Todas son correctas.

33. Dentro de los trastornos disociativos el trastorno más prevalente según el DSM-5-TR es:

- a) La despersonalización.
- b) La fuga disociativa.
- c) El trastorno de identidad disociativo.
- d) La amnesia disociativa.

34. En la Semi-Structured Clinical Interview for Dissociative Symptoms and Disorders (SCID-D Interview) el trastorno de identidad disociativo se caracteriza por los siguientes síntomas:

- a) Presencia de amnesia.
- b) Despersonalización.
- c) Alteración de la identidad.
- d) Todas son correctas.

35. El modelo cognitivo de la despersonalización de Hunter se asemeja al modelo cognitivo de:

- a) La ansiedad por la salud.
- b) El trastorno de angustia.
- c) El trastorno depresivo mayor.
- d) La esquizofrenia.

36. En el tratamiento del trastorno de identidad disociativo el principal objetivo es:

- a) La integración de las diferentes identidades.
- b) La abreacción de las memorias traumáticas.
- c) El recuerdo de las amnesias de los abusos.
- d) Todas son correctas.

37. La práctica basada en la evidencia en psicología (PBEP):

- a) Implica aplicar un modelo de tratamiento según su protocolo.
- b) Implica integrar la evidencia disponible en el contexto de cada caso.
- c) Implica escoger el tratamiento de elección en función de la evidencia disponible.
- d) Implica evaluar los resultados de nuestra intervención para comprobar si se ajusta a la evidencia.

38. Respecto al diagnóstico de los trastornos depresivos:

- a) Requiere descartar la presencia de trastornos de ansiedad.
- b) El proceso diagnóstico no se puede separar de la evaluación.
- c) Se realiza principalmente a través de pruebas psicométricas validadas.
- d) Ha de tener en cuenta los acontecimientos vitales estresantes.

39. Los resultados de la psicoterapia se explican fundamentalmente por factores relacionados con:

- a) El paciente.
- b) La relación terapéutica.
- c) El método de tratamiento.
- d) El terapeuta.

40. Desde el enfoque transdiagnóstico se identifica como factor psicológico específico de los trastornos depresivos:

- a) El recuerdo selectivo explícito de información negativa.
- b) El pensamiento recurrente negativo (rumiación).
- c) La conciencia metacognitiva reducida.
- d) El sesgo negativo en las expectativas.

41. El inventario de depresión de Beck:

- a) Es un instrumento heteroaplicado en el que el clínico valora la severidad de los síntomas depresivos.
- b) Es un instrumento autoaplicado por lo que no permite valorar la gravedad del trastorno depresivo.
- c) Se emplea para explorar las creencias erróneas.
- d) Es útil para valorar los cambios a lo largo del proceso de tratamiento.

42. Respecto a la relación entre los trastornos depresivos y el consumo de sustancias:

- a) Los perfiles de los síntomas depresivos inducidos por el alcohol pueden ser idénticos a los del trastorno depresivo independiente.
- b) Aunque la causa del trastorno depresivo esté en el consumo de alguna sustancia, es fundamental tratar de manera específica el trastorno depresivo.
- c) La comorbilidad entre los trastornos depresivos y el consumo de sustancias es baja.
- d) La relación causal entre los trastornos depresivos y el consumo de alcohol se establece en el consumo crónico, pero no con la abstinencia.

43. El modelo cognitivo de Beck:

- a) Propone la utilización de técnicas conductuales para elicitación cogniciones en los casos más graves.
- b) Considera como fin último de la terapia cognitiva la reducción de la sintomatología depresiva que interfiere en la vida cotidiana.
- c) En los episodios depresivos graves la organización cognitiva depende de la estimulación externa.
- d) Los errores cognitivos tienen un papel crucial en el desarrollo de los esquemas cognitivos.

44. Señale la opción falsa:

- a) La terapia cognitiva basada en *mindfulness* fue desarrollada con la finalidad de prevenir las recaídas en los trastornos depresivos.
- b) En la activación conductual se pone el énfasis en las pérdidas vitales como desencadenantes de la depresión.
- c) En la terapia cognitiva basada en *mindfulness* el des-centramiento es el medio para modificar las creencias subyacentes a los pensamientos depresivos.
- d) En la terapia interpersonal la pérdida de capacidad se considera una transición de rol.

45. Abatimiento profundo, desesperación y/o mal humor o estado de ánimo vacío, depresión que empeora por la mañana, despertar precoz, pérdida de peso son algunos de los síntomas que se corresponden con:

- a) Síntomas atípicos de la depresión.
- b) Síntomas psicóticos.
- c) Síntomas mixtos.
- d) Síntomas melancólicos.

46. La TCC en TB ha demostrado mayor eficacia:

- a) En el manejo de los síntomas de manía.
- b) En pacientes con menos episodios.
- c) A largo plazo.
- d) En formas más graves de la enfermedad.

47. En TB la TCC debe aplicarse preferiblemente:

- a) En un total de entre 8 y 15 sesiones.
- b) Adaptando los contenidos en función de la estabilidad o no del estado de ánimo y del estadio de la enfermedad.
- c) En episodios agudos.
- d) Ninguna es correcta.

48. ¿Cuál de los siguientes NO es un síntoma propio de la hipomanía?

- a) Euforia.
- b) Disminución de la necesidad de dormir.
- c) Síntomas psicóticos.
- d) Hiperactividad.

49. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor la terapia interpersonal y de ritmo social?

- a) Se centra en examinar los patrones de pensamiento irracionales.
- b) Se enfoca en mejorar la comunicación con el entorno social y las rutinas diarias.
- c) Busca explorar experiencias pasadas para entender el presente.
- d) Se concentra en técnicas de relajación y *mindfulness*.

50. ¿Cuál de las siguientes no es una de las áreas que trabaja la terapia interpersonal y de ritmo social?

- a) Resolución de conflictos.
- b) Desarrollo de habilidades de liderazgo.
- c) Funcionamiento psicosocial.
- d) Mejora de las relaciones interpersonales.

51. ¿Qué herramientas se pueden utilizar en la evaluación clínica del trastorno bipolar?

- a) Entrevistas clínicas estructuradas.
- b) Cuestionarios de autoevaluación.
- c) Escalas de valoración de síntomas.
- d) Todas las anteriores.

52. Los principales componentes de la psicoeducación para pacientes son:

- a) Conciencia de enfermedad, adherencia terapéutica, prevención del consumo de sustancias, planificación de estrategias de afrontamiento y promoción de hábitos regulares y el manejo del estrés.
- b) Conciencia de enfermedad, adherencia terapéutica, prevención del consumo de sustancias, y promoción de hábitos regulares y el manejo del estrés.
- c) Conciencia de enfermedad, adherencia terapéutica, prevención del consumo de sustancias, detección temprana de nuevos episodios y promoción de hábitos regulares y el manejo del estrés.
- a) Adherencia terapéutica, detección temprana de nuevos episodios y promoción de hábitos regulares y el manejo del estrés.

53. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO se ajusta al programa de psicoeducación para familiares descrito en el capítulo?

- a) El programa consta de 12 sesiones.
- b) Se incluyen tanto pacientes como familiares.
- c) Se ofrecen estrategias de afrontamiento para las distintas fases de la enfermedad.
- d) Incorpora el entrenamiento en la resolución de problemas.

54. ¿Cuál es la fase previa al inicio de los síntomas psicóticos en la esquizofrenia, con cambios en el funcionamiento premórbido y la aparición de síntomas neurocognitivos y afectivos inespecíficos?

- a) Fase prodrómica.
- b) Fase aguda.
- c) Fase residual.
- d) Fase premórbida.

55. Señala la respuesta correcta sobre la esquizofrenia:

- a) El diagnóstico se debe establecer mediante las escalas indicadas.
- b) Es importante diferenciar entre los síntomas positivos primarios y secundarios.
- c) Se considera un trastorno clínico complejo y multifactorial.
- d) Es un trastorno basado en una etiología biológica concreta, fundamentalmente genética.

56. ¿Qué tipo de síntomas se caracterizan por la presencia de patrones de comportamiento incoherentes, desorganizados o impredecibles?

- a) Síntomas cognitivos.
- b) Síntomas positivos.
- c) Síntomas negativos.
- d) Síntomas afectivos.

57. ¿Qué caracteriza al pensamiento desorganizado en la esquizofrenia?

- a) Expresión pobre, insuficiente, con pocas ideas.
- b) Uso de neologismos y respuestas tangenciales.
- c) Dificultad para encontrar las palabras y recordarlas.
- d) Latencia de respuestas y uso de monosílabos.

58. Respecto a los síntomas negativos en la esquizofrenia, señala la respuesta correcta:

- a) Los síntomas negativos primarios suelen ser transitorios.
- b) La hipostimulación ambiental puede dar lugar a la aparición de sintomatología negativa primaria.
- c) Los síntomas negativos secundarios suelen responder y mejorar una vez la causa subyacente es tratada.
- d) Son exclusivos y patognómicos de la enfermedad.

59. Indica la respuesta correcta en relación con los síntomas negativos en la esquizofrenia:

- a) Los síntomas negativos primarios son producidos por el tratamiento con antipsicóticos.
- b) Aparecen siempre tras el inicio de la sintomatología positiva.
- c) Según su etiología pueden ser primarios, secundarios o terciarios.
- d) Están relacionados con un peor funcionamiento psicosocial.

60. Respecto a los principales objetivos del entrenamiento en habilidades sociales en la esquizofrenia, señala cuál de estas afirmaciones es correcta:

- a) Deben formularse de un modo operativo, centrados en la conducta y ajustados al entorno concreto de cada persona.
- b) Pretenden empoderar e incrementar la dependencia del paciente con el terapeuta.
- c) Pretenden reducir los efectos secundarios de la medicación antipsicótica.
- d) Pretenden reducir la práctica en contextos naturales y ecológicos, con el fin de evitar al paciente un incremento de la sintomatología ansiosa.

61. ¿Cuál es el principal objetivo de la técnica de desensibilización sistemática en el contexto del entrenamiento en habilidades sociales?

- a) Proporcionar ejemplos concretos de conductas inapropiadas por parte del terapeuta.
- b) Simular situaciones sociales específicas con el terapeuta.
- c) Evitar la retroalimentación constructiva y el sobreaprendizaje.
- d) Abordar gradualmente las situaciones sociales temidas por parte del paciente, para que vaya ganando confianza.

62. Señale la respuesta correcta:

- a) La IF está especialmente indicada para familias con una alta emoción expresada.
- b) La IF debe ofrecerse a todas las familias de pacientes con esquizofrenia.
- c) Los componentes, modalidad y duración de intervención deben adaptarse a las necesidades de cada familia.
- d) Todas las anteriores son correctas.

63. Respecto a la aplicación de la intervención familiar en los primeros episodios del trastorno:

- a) Es importante que se establezca de forma rutinaria y muy estructurada, ya que las familias se encuentran confusas y perdidas.
- b) Se recomienda especialmente el trabajo del componente psicoeducativo, centrándose en dar información práctica y en el abordaje de las creencias en relación con el trastorno.
- c) Se recomienda especialmente el trabajo del componente de solución de problemas, orientado a la negociación.
- d) No debe considerarse en esta fase del trastorno, ya que las familias se encuentran en constante cambio y aún no están claras cuáles van a ser sus necesidades.

64. ¿Cuál de las siguientes teorías NO ha demostrado con datos estar asociada a la etiología del autismo?

- a) Hipótesis del desequilibrio excitatorio/inhibitorio.
- b) Teoría de la codificación predictiva.
- c) Teoría del apego social.
- d) Teoría de la coherencia central.

65. La dificultad demostrada en el autismo en la capacidad para entender los estados mentales de los demás ¿por qué teoría ha sido postulada?

- a) La teoría de la disfunción ejecutiva.
- b) La teoría de la sistematización/empatía.
- c) La teoría de la coherencia central.
- d) La teoría de la mente.

66. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO es cierta?

- a) Los trastornos del neurodesarrollo persisten a lo largo de la vida.
- b) La discapacidad intelectual es esencial para el diagnóstico de autismo.
- c) La gravedad del autismo se suele medir por la cantidad de apoyos necesarios para llevar una vida autónoma y funcional.
- d) Las alteraciones sensoriales forman parte de la sintomatología autista.

67. Señala la técnica más adecuada para mejorar la cognición social en los adultos con TEA de alto funcionamiento:

- a) La toma de perspectiva.
- b) La flecha descendente.
- c) La discusión cognitiva.
- d) La técnica de línea de vida.

68. El tratamiento basado en habilidades sociales ha demostrado ser eficaz para:

- a) Reducir las alteraciones del lenguaje.
- b) Mejorar la rigidez cognitiva.
- c) Reducir los síntomas de ansiedad y depresivos.
- d) Mejorar la cognición social.

69. La alteración de la percepción del peso o la constitución física son propias de:

- a) Bulimia nerviosa.
- b) Trastorno por atracón.
- c) Anorexia nerviosa.
- d) OSFED.

70. Indique todas las afirmaciones correctas:

- a) Los TCA pueden evolucionar de un trastorno a otro.
- b) Los TCA son trastornos multicausales.
- c) La AN es el TCA más prevalente.
- d) La selección de tratamiento se basa únicamente en el IMC.

71. Considerando la bulimia nerviosa, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es incorrecta?

- a) Se caracteriza por déficits en el control inhibitorio.
- b) Se caracteriza por alta rigidez.
- c) Se caracteriza por mayor sensibilidad a la recompensa.
- d) Se caracteriza por alta impulsividad.

72. Considerando las diferentes modalidades de tratamiento de los TCA:

- a) Siempre se usa en conjunto el tratamiento farmacológico con el psicológico.
- b) La aproximación psicodinámica es la más utilizada.
- c) La mayor eficacia en el tratamiento se ha reportado con el uso de la aproximación cognitiva conductual.
- d) El uso de estimulación cerebral profunda es imperativo para el tratamiento de TCA.

73. El ASSIST (*The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*) se caracteriza porque:

- a) Es una entrevista semiestructurada dirigida a la evaluación exhaustiva del patrón de uso de alcohol, tabaco y otras drogas.
- b) Es un instrumento de detección precoz de posibles problemas asociados al uso de diversas sustancias.
- c) Permite establecer el diagnóstico de trastorno por uso de sustancias para diversas drogas.

74. La estrategia SBIRT es:

- a) De uso exclusivo en Atención Primaria.
- b) Un instrumento de evaluación estructurado para determinar la necesidad de derivación.
- c) Una propuesta para la evaluación y derivación de personas con posibles problemas por uso de sustancias en distintos contextos.

75. De las diversas pruebas bioquímicas existentes para la verificación objetiva del consumo de sustancias, la más utilizada en el ámbito clínico en la actualidad, por su bajo coste e invasividad, es:

- a) Ensayos inmunológicos multiplicados por enzimas con muestras de orina.
- b) Pruebas basadas en muestras de saliva.
- c) Analíticas de sangre.

76. Para obtener información sobre las situaciones de alto riesgo donde es más probable que el/la usuario/a consuma de nuevo, deberemos recurrir a:

- a) Los desencadenantes obtenidos en el análisis funcional.
- b) Los resultados de instrumentos como el Inventario de Habilidades de Afrontamiento (CPI).
- c) Los informes de terceras personas cercanas al usuario/a.

77. La técnica de manejo de contingencias consiste en:

- a) La reestructuración informal de las contingencias familiares y sociales del/de la usuario/a mediante intervención familiar y entrenamiento en habilidades sociales.
- b) Un complemento de intervención que permite reforzar la abstinencia del consumo de drogas, entre otros objetivos terapéuticos.
- c) La entrega de dinero en efectivo a los/las usuarios/as como refuerzo con base en el cumplimiento de objetivos terapéuticos.

78. ¿Cuáles son los procesos generales, secuenciales y recurrentes, que componen la entrevista motivacional?

- a) Deseo, compromiso, planificar, seguimiento.
- b) Vincular, enfocar, evocar y planificar.
- c) Compromiso, enfocar, planificar, evocar.

79. Los elementos clave en los que se fundamenta la entrevista motivacional son:

- a) Expresar empatía, fomentar la discrepancia, trabajar la resistencia y reforzar la autoeficacia
- b) Aceptación de la culpabilidad, dar información y consejo y fomentar la discrepancia.
- c) Colaboración paciente-terapeuta, aceptación, compasión y evocación.

80. ¿De qué estrategias me puedo servir para ir generando discrepancia poco a poco cuando el/la paciente no muestra ninguna intención de cambio?

- a) Intercambiar información (PIP), dar *feedback*, explorar las preocupaciones mostradas por terceras personas y explorar las metas futuras del paciente, así como sus valores.
- b) Hablar directamente sobre su negativa al cambio, mostrarle las consecuencias de su decisión sobre los que le rodean y darle información y consejo.
- c) Trabajar el posible sentimiento de culpabilidad que puede generarle esta situación, dar información sobre cómo podría cambiar y poner en valor cómo lo viven sus allegados.

81. ¿A qué alude el discurso de *cambio movilizador*?

- a) Deseo, habilidad, razones, necesidad.
- b) Deseo, activación, habilidad, compromiso.
- c) Compromiso, activación, primeros pasos.

82. ¿De qué habilidades se sirve el terapeuta para evocar discurso de cambio?

- a) Reenmarcar, dar ventaja, acuerdo con matiz y acompañar en el proceso.
- b) Afirmaciones, sumarios centrados en emociones y preguntas abiertas (se pide mayor elaboración o ejemplos).
- c) Preguntas abiertas, explorar metas, explorar los extremos y mirar hacia delante y hacia atrás.

83. Los factores de fondo estables en el tiempo que determinan el «punto de partida» o la «vulnerabilidad inicial» de recaída de un individuo (por ejemplo, los rasgos de personalidad) son:

- a) Riesgos distales.
- b) Factores proximales.
- c) Factores transitorios.

84. Las denominadas «adicciones positivas» en la prevención de recaídas se encuentran dentro del componente de:

- a) Identificación de situaciones de riesgo.
- b) Fomentar la autoeficacia.
- c) Estilo de vida equilibrado.

85. Una de las estrategias más utilizadas en el contexto de la intervención para mejorar la autoeficacia es:

- a) La simplificación de las tareas, descomponiendo el objetivo general de cambio de conducta en pequeños objetivos a alcanzar.
- b) La identificación de situaciones de riesgo se debe trabajar durante las sesiones.
- c) El uso de incentivos.

86. El deseo intenso de consumir o *craving*:

- a) Se asocia a la ausencia de placer por consumir.
- b) Representa las expectativas negativas del consumo.
- c) Se puede explicar por el condicionamiento de estímulos asociados al consumo.

87. Las revisiones sobre la eficacia de los tratamientos grupales en adicciones señalan que:

- a) La terapia de grupo adicional no mejora la eficacia del tratamiento habitual.
- b) No se encuentran diferencias significativas entre la terapia de grupo y la terapia individual.
- c) La terapia grupal es menos eficiente que la individual.

88. ¿Cuáles son los tratamientos con mayor evidencia empírica para el TDAH en adultos?

- a) La terapia metacognitiva.
- b) La terapia dialéctico-conductual.
- c) La terapia cognitivo-conductual, la terapia metacognitiva y la terapia dialéctico-conductual adaptada a las dificultades de atención de los pacientes.
- d) La terapia cognitiva.

89. ¿Qué módulos debe incluir un programa de tratamiento cognitivo-conductual para el TDAH en adultos?

- a) Se debe incidir sobre todo en estrategias de manejo de la inatención.
- b) Se debe iniciar con un abordaje psicoeducativo y posteriormente tratar estrategias de planificación y manejo de la impulsividad.
- c) Los aspectos claves a tratar son estrategias de planificación e impulsividad.
- d) Se debe iniciar con un abordaje psicoeducativo y posteriormente tratar estrategias de planificación y manejo de la impulsividad. Es importante en estos módulos incluir el entrenamiento en habilidades sociales y manejo de síntomas asociados al TDAH.

90. ¿Qué ventajas supone iniciar los tratamientos con un abordaje psicoeducativo?

- a) Puede mejorar la motivación para el tratamiento.
- b) Se pueden regular las expectativas del tratamiento.
- c) Es una forma de corregir las atribuciones erróneas que el paciente hace de sus dificultades.
- d) Las tres son ciertas.

91. ¿Cuáles son los síntomas asociados al TDAH que deben también tratarse con la terapia cognitivo-conductual?

- a) Los síntomas asociados a la impulsividad (manejo de la rabia y baja tolerancia a la frustración).
- b) Los síntomas comórbidos de ansiedad y depresión.

- c) Los pacientes con TDAH suelen presentar sentimientos de inseguridad, baja autoestima y conductas de evitación que también deben tratarse.
- d) Las tres opciones son correctas.

92. ¿Qué dificultades podemos encontrar a la hora de tratar adultos jóvenes con TDAH?

- a) No hay tratamientos con evidencia empírica para adultos jóvenes con TDAH.
- b) Se benefician más de formatos individuales de tratamiento.
- c) Presentan dificultades de adherencia pero hay evidencia de formatos grupales de TCC para estas edades.
- d) Presentan dificultades de adherencia al tratamiento.

93. Señala la respuesta correcta de los fármacos hipnóticos-sedantes y ansiolíticos:

- a) La primera línea de tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada y de ansiedad social son las benzodiacepinas.
- b) Los antagonistas duales de los receptores de orexinas modifican la estructura de las fases del sueño sin perjudicar la calidad de la vigilia.
- c) El uso de melatonina en la clínica infantojuvenil se basa en su acción hipnótica y sincronizadora rítmica.
- d) Los ansiolíticos noradrenérgicos, por su acción a nivel cognitivo y vegetativo, están especialmente indicados en la desintoxicación de adicción a drogas.

94. Para tratar a una mujer de 40 años con insomnio de conciliación y mantenimiento, de más de cuatro meses de duración, la primera opción farmacológica sería:

- a) Zopiclona.
- b) Lormetazepam.
- c) Mirtazapina.
- d) Clonidina.

95. ¿Cuál es la asociación correcta entre fármaco antidepressivo y su acción funcional terapéutica?

- a) Imipramina – agonista potente dopaminérgico y noradrenérgico.
- b) Moclobemida – antagonista monoaminérgico y colinérgico.
- c) Desvenlafaxina – agonista potente serotoninérgico y dopaminérgico.
- d) Mirtazapina – agonista noradrenérgico y serotoninérgico.

96. Un antidepressivo con acción serotoninérgica puede producir como efectos adversos:

- a) Somnolencia, alteración de la memoria y del aprendizaje.
- b) Insomnio, inquietud y alteraciones gastrointestinales.
- c) Ansiedad, hipertensión y taquicardia.
- d) Hipomanía, abuso y dependencia.

97. ¿Cuál es la relación correcta entre antipsicótico, mecanismo de acción terapéutico y efecto?

- a) Caripracina – agonismo H_1 – menor sedación y aumento de peso.
- b) Risperidona – agonismo parcial receptor D_2 – sin alteración motora y endocrina.
- c) Quetiapina – antagonismo M_1 – mejoría de sintomatología cognitiva.
- d) Paliperidona – antagonismo $5HT_{2A}$ – mejoría de síntomas psicóticos negativos.

98. ¿Cuál sería la mejor opción para iniciar el tratamiento de un trastorno psicótico con elevada sintomatología negativa y afectiva?

- a) Olanzapina.
- b) Aripiprazol.
- c) Haloperidol.
- d) Clozapina.

99. El tratamiento farmacológico combinado de primera elección para un paciente bipolar con un episodio maniaco grave sería:

- a) Carbamacepina + diazepam.
- b) Topiramato + asenapina.
- c) Litio + aripiprazol.
- d) Lamotrigina + paliperidona.

100. Señala la afirmación INCORRECTA del tratamiento farmacológico para el trastorno bipolar:

- a) El antiepiléptico pregabalina cuenta con indicación profiláctica en pacientes con ansiedad comórbida.
- b) Los episodios depresivos no pueden tratarse con antidepresivos en monoterapia.
- c) En pacientes cicladores rápidos los antiepilépticos clásicos son primera opción.
- d) Los nuevos antiepilépticos tienen indicación profiláctica y no deben utilizarse en monoterapia en la manía aguda.

101. ¿Qué fármaco sería el mejor tratamiento para un niño de 8 años con diagnóstico de TDAH con ansiedad comórbida y enuresis?

- a) Metilfenidato.
- b) Lisdexanfetamina.
- c) Guanfacina.
- d) Atomoxetina.

102. La relación correcta entre la presencia en un fármaco de agonismo funcional y posible efecto adverso es:

- a) Histaminérgico – hipotensión y visión borrosa.
- b) Serotoninérgico – glaucoma y estreñimiento.
- c) Dopaminérgico – activación general e hipomanía.
- d) Colinérgico – síndrome confusional y retención urinaria.