

1. Respecto de la fobia social (trastorno de ansiedad social) cabe afirmar lo siguiente.
 - a) Suele ser más incapacitante que la agorafobia.
 - b) No se asocia a ataques de pánico.
 - c) En el niño, la ansiedad puede expresarse mediante rabietas.
2. En el contexto de las teorías sobre los trastornos de ansiedad, señale la denominación **correcta** para la idea de que el organismo asocia ciertos estímulos con relativa facilidad y otros con relativa dificultad, o bien que hay estímulos que están primados biológicamente para ser asociados a determinadas respuestas.
 - a) Preparación.
 - b) Prepotencia.
 - c) Predisposición.
3. Respecto de los correlatos psicofisiológicos de los sujetos con trastorno de ansiedad generalizada (TAG), cabe afirmar que:
 - a) Las respuestas simpáticas ante situaciones estresantes son semejantes a las de los sujetos normales.
 - b) Presentan reacciones de activación autónoma más altas que los sujetos con otros trastornos de ansiedad.
 - c) No presentan tensión muscular elevada ni fatiga.
4. Según Ledoux, la vía rápida de reacción emocional que permite una respuesta rápida ante estímulos peligrosos es la vía:
 - a) Tálamo-amígdala.
 - b) Corteza-amígdala.
 - c) Tálamo-corteza.
5. Señale la afirmación correcta respecto de los trastornos somatoformes, los trastornos facticios y la simulación.
 - a) En los trastornos facticios el sujeto finge intencionalmente parecer enfermo y con ello pretende obtener unos incentivos externos (p. ej., ganancia económica).
 - b) En la simulación el sujeto pretende asumir el rol de enfermo y someterse a evaluaciones y tratamientos médicos.
 - c) En el diagnóstico de trastornos como el dolor somatoforme o el trastorno de somatización es preciso descartar que los síntomas se puedan explicar por pertenecer a un trastorno facticio.
6. El diagnóstico de trastorno de somatización, requiere:
 - a) Una duración de al menos un año.
 - b) Una historia de múltiples síntomas físicos que empiece antes de los 30 años.
 - c) Que la preocupación por los síntomas persista a pesar de la evaluación y la explicación médica adecuadas.
7. Entre los criterios de diagnóstico del trastorno de conversión uno de ellos señala que:
 - a) Se considera que los factores psicológicos están asociados al síntoma o déficit.
 - b) El síntoma o déficit no puede ser explicado en ninguna medida por una condición médica general.
 - c) El síntoma o déficit se limita al dolor o a una disfunción sexual.

8. Las concepciones más actuales en psicopatología en ningún caso son de carácter:
- Psicógeno (psicogénesis).
 - Multicausal.
 - Holista/biopsicosocial.
9. Respecto de los problemas de tipo psicopatológico, el DSM-IV (y DSM-IV-TR):
- Mantiene la idea de que los factores psicológicos pueden influir en el inicio y curso de los trastornos orgánicos.
 - Considera que siempre que los factores psicológicos influyen en los síntomas físicos, estos no vienen explicados en ninguna medida por una enfermedad orgánica (condición médica general).
 - Establece una distinción fundamental y clara entre los trastornos mentales y las condiciones médicas generales, de modo que no establece relaciones entre ambas.
10. Si el contenido de las obsesiones y compulsiones de un paciente está restringido a la problemática propia de un determinado trastorno del eje I (p. ej., anorexia nerviosa, tricotilomanía, trastorno dismórfico, etc.), dichas obsesiones y compulsiones:
- Deben entenderse como síntomas o signos del trastorno del eje I (p. ej., anorexia nerviosa) y ese debería ser el diagnóstico y no el de Trastorno obsesivo compulsivo (TOC).
 - Nos sirven para hacer un diagnóstico de TOC adicionalmente al diagnóstico del otro trastorno del eje I (p. ej. Anorexia nerviosa).
 - Puesto que el diagnóstico del TOC es jerárquicamente superior, éste debe ser el diagnóstico y no otro (p. ej., anorexia nerviosa).
11. Síntomas de pérdida de placer generalizada, o falta de reactividad ante estímulos positivos, con estado de ánimo peor por las mañanas, insomnio tardío, retardo o agitación psicomotoras, culpa excesiva, etc., pertenecen más propiamente a:
- Un episodio depresivo mayor melancólico.
 - Un episodio depresivo mayor psicótico.
 - Un episodio depresivo menor.
12. Respecto del curso del trastorno depresivo mayor cabe afirmar lo siguiente.
- La mayor parte de las personas que lo sufren acaban recuperándose pasados 1 o 2 años.
 - Sólo un 5% tiene un curso crónico (2 años o más deprimidos).
 - Cuanto menor es la edad a la que se inicia el episodio, peor es el pronóstico.
13. El diagnóstico de trastorno bipolar tipo II exige que el paciente nunca haya padecido un episodio:
- Depresivo mayor.
 - Hipomaníaco.
 - Maníaco
14. Señale cuál de los siguientes emparejamientos autor-concepto es **incorrecto**:
- Beck-esquema.
 - Tesdale-nodo (emocional).
 - Seligman-deseesperanza.

15. En el marco de la teoría de la depresión de Rehm, un mecanismo explicativo central lo constituye:
- Un exceso en el repertorio de conductas de autocontrol.
 - Un déficit de reforzadores externos.
 - Muy bajos estándares de autoevaluación.
16. Un patrón generalizado de separación de expresión de emociones en situaciones interpersonales (dicho de otra manera: un patrón general de distanciamiento de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional en el plano interpersonal) se refiere, más propiamente, a un trastorno de personalidad:
- Esquizoide.
 - Paranoide.
 - Antisocial.
17. El sentimiento crónico de vacío y las relaciones interpersonales inestables e intensas son más propias del trastorno de la personalidad:
- Histriónico.
 - Narcisista.
 - Límite.
18. La carencia de amigos, o la falta de amigos íntimos o confidentes (aparte de familiares de primer grado), NO constituyen criterios de diagnóstico en el trastorno de personalidad (DSM-IV):
- Paranoide.
 - Esquizoide.
 - Esquizotípico.
19. El trastorno psicopático se ha asociado más a:
- Sobreprotección patológica en la infancia.
 - Trastorno de estrés postraumático.
 - El divorcio de los padres del psicópata.
20. La valoración/evaluación de una situación como “desafío” NO se encuentra presente como elemento formal en el modelo:
- Interactivo (mediacional cognitivo) de estrés (Lazarus y col.),
 - Hardiness* (resistencia, dureza) (Kobasa),
 - Sucesos vitales (Holmes y Rahe).
21. Señale en cuál de las siguientes opciones se hace referencia a autores que plantearon un modelo relacional o interaccional y procesual sobre el estrés:
- Lazarus y Folkman.
 - Cannon y Selye.
 - Holmes y Rahe.
22. Señale en cuál de las siguientes opciones de respuesta se pone en relación, por un lado, un patrón de conducta y, por otra, unas consecuencias en la salud (resultados de salud o de enfermedad, conductas saludables o no...) que resultan **falsas** según el modelo de tipos de reacción al estrés propuesto por Eysenck y Grossarth-Maticek.
- Histérico: protector del cáncer y de la cardiopatía coronaria.
 - Racional y antiemocional: predisposición al cáncer.
 - Antisocial: saludable.

23. Señale cuál de las siguientes teorías puede explicar mejor la estructura cognitiva del miedo y, desde dicha perspectiva, explicar la reexperimentación de los síntomas del trastorno de estrés postraumático.
- a) Teoría de la indefensión aprendida.
 - b) Teoría de la evaluación cognitiva.
 - c) Teoría del procesamiento de la información.
24. Señale cuál de las siguientes afirmaciones parece ser **más cierta** a la luz de las investigaciones con relación al trastorno de estrés postraumático asociado a agresiones sexuales.
- a) Cuanto más intensa sea la reacción de las primeras horas y días tras el acontecimiento traumático, menor es la probabilidad de que se cronifique el problema.
 - b) Las mujeres casadas y las mayores tienen peor pronóstico de recuperación que las solteras.
 - c) El padecimiento de trastornos psicopatológicos previos fortalece a las víctimas.
25. Señale en cuál de los siguientes trastornos disociativos no se produce en ningún caso la asunción de una nueva identidad.
- a) Despersonalización.
 - b) Fuga disociativa.
 - c) Trastorno disociativo de identidad.
26. Señale la afirmación **correcta** sobre la amnesia en el marco de los trastornos disociativos:
- a) Nunca puede darse amnesia anterógrada.
 - b) Puede darse una pérdida completa de memoria de la vida del individuo.
 - c) Nunca se produce una pérdida de memoria de acontecimientos específicos.
27. Señale cuál de los siguientes aspectos es más propios de la ansiedad que de la depresión a partir de los planteamientos de Clark y Watson y de Alloy et al.:
- a) Evitación.
 - b) Anhedonia.
 - c) Inhibición psicomotora.
28. Señale cuál de las siguientes afirmaciones sobre la despersonalización, es **falsa**:
- a) Puede ser un síntoma presente en un ataque de pánico.
 - b) Es un trastorno disociativo.
 - c) Constituye un criterio de diagnóstico en el trastorno disociativo de identidad.
29. Señale cuál de las siguientes afirmaciones es **cierta** con relación al ataque de pánico.
- a) Sólo puede producirse en el marco de un trastorno de pánico.
 - b) Puede producirse en el marco de una fobia específica como reacción al objeto o situación fóbicos.
 - c) Necesariamente debe producirse sensación de asfixia.
30. El diagnóstico del trastorno de ansiedad de separación:
- a) No puede realizarse antes de los 6 años de edad.
 - b) Exige que no se produzcan ataques de pánico como reacción ante la separación o anticipación de esta.
 - c) Presenta un período de máximo riesgo entre los 6 y 11 años.