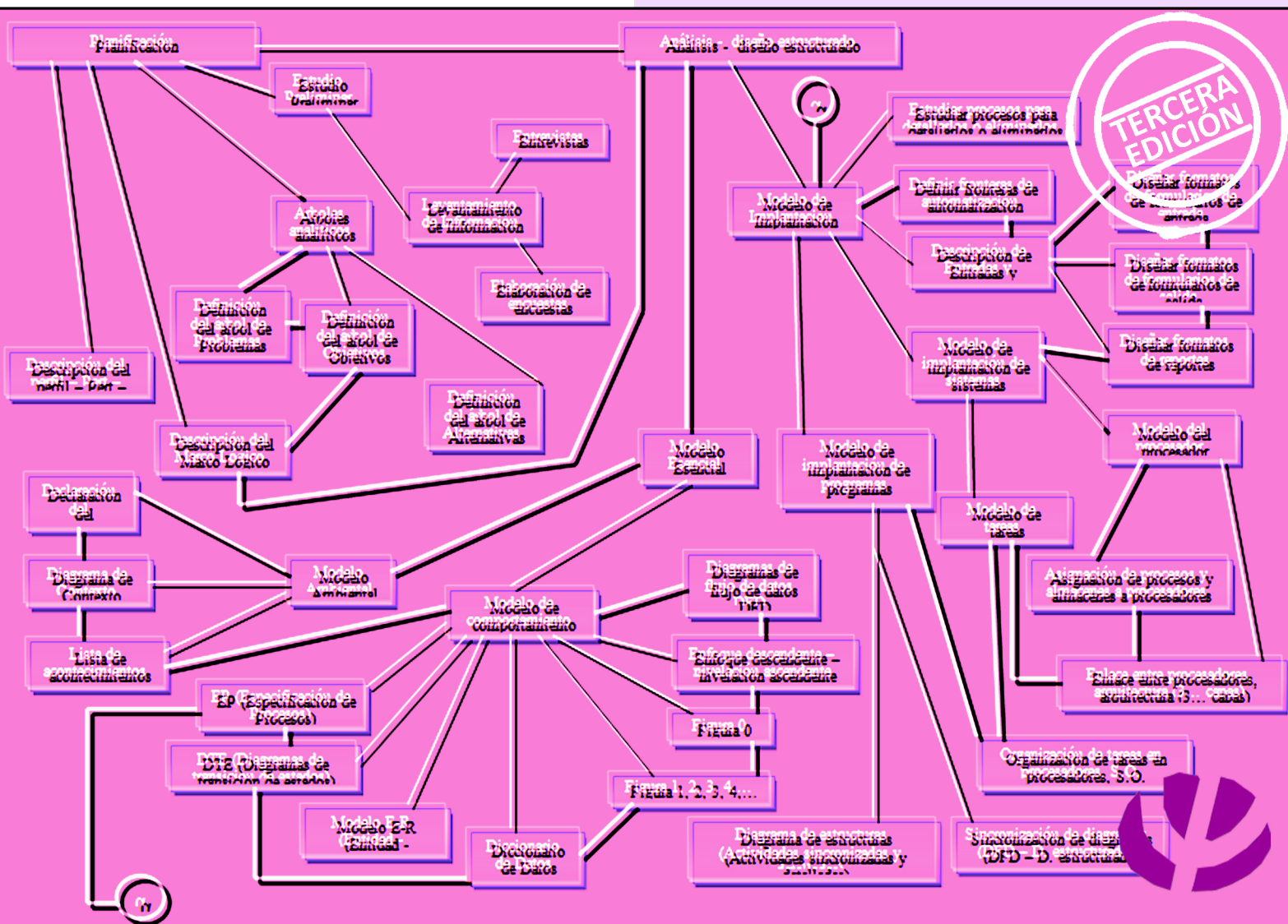


SÍNTESIS DE CONTENIDOS Y PREGUNTAS



TERCERA EDICIÓN



00

**SÍNTESIS
DE CONTENIDOS
Y PREGUNTAS**

**TODO EL MATERIAL,
EDITADO Y PUBLICADO
POR EL CENTRO DOCUMENTACIÓN
DE ESTUDIOS Y OPOSICIONES,
ES ÚNICO Y EXCLUSIVO
DE NUESTRO CENTRO.**

ISBN: 978-84-15542-08-7
Depósito Legal: M-429-2013
EDITA Y DISTRIBUYE: CEDE

ES PROPIEDAD DE:



**CENTRO DOCUMENTACIÓN
DE ESTUDIOS Y OPOSICIONES**

© **RESERVADOS TODOS LOS DERECHOS**

Prohibida la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier procedimiento, incluyendo la reprografía y el tratamiento informático sin la autorización de CEDE.

AUTORES**PSICOPATOLOGÍA****José Luis Santos Ruiz**

Psicólogo Especialista en Psicología Clínica.
FEA Psicología Clínica Hospital Complejo Hospitalario de Toledo.
Hospital Virgen de la Salud. SESCAM.

PSICOLOGÍA CLÍNICA**Marta Álvarez Calderón.**

Psicóloga Interno Residente del Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

Juan Antequera Iglesias.

Psicólogo Especialista en Psicología Clínica.
FEA Psicología Clínica Hospital Virgen de la Misericordia de Toledo.

Laura Álvarez-Cienfuegos Cercas.

Psicóloga Interno Residente del Hospital Universitario de Guadalajara.

Juan Jesús Muñoz García

Doctor en Psicología.
Psicólogo Especialista en Psicología Clínica. Responsable de Rehabilitación del Área de Salud Mental del Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios de Ciempozuelos (Madrid). Máster en Psicología Clínica, Legal y Forense. Docente en Universidad Complutense de Madrid. Profesor Colaborador del Centro Internacional de Formación e Investigación en Psicopatología Criminal y Forense (Universidad Camilo José Cela – Madrid).

PSICOLOGÍA CLÍNICA INFANTIL**Alfonso Ladrón Jiménez**

Psicólogo Especialista en Psicología Clínica.
Psicólogo Clínico Infantil.

PSICOLOGÍA DE LA SALUD**M^a Noelia Fernandez Pablos**

Psicóloga Especialista en Psicología Clínica. Especialista en Psicología de Urgencias, Emergencias y Catástrofes por el Colegio Oficial de Psicólogos. Magister en Salud Mental en Catástrofes. Universidad Complutense Madrid Especialista en Psicología Clínica de las Drogodependencias. Universidad Complutense

EVALUACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**Carlos Álvarez San Miguel**

Psicólogo Especialista en Psicología Clínica.
Doctor en Psicología.
Máster en Neuropsicología.
FEA en Psicología Clínica Hospital Puerta de Hierro (Madrid)
CSM infanto-juvenil Majadahonda

PSICOTERAPIAS

Historia, variables del proceso terapéutico y modelos de intervención

María Teresa Almendro Marín

Psicóloga Especialista en Psicología Clínica.
FEA Psicología Clínica. Equipo Infanto-juvenil del Centro de Salud Mental de Alcobendas-San Sebastián de los Reyes
Especialista en Psicoterapia integradora por la Universidad de Alcalá de Henares.
Especialista en psicoterapia sistémica a través de AESFASHU.

Terapia de conducta, terapias cognitivas. Habilidades del terapeuta. Terapias de Tercera Generación

Gonzalo Jiménez Cabre

Psicólogo Especialista en Psicología Clínica
Master en Intervención en la Ansiedad y el Estrés Experto en Psicoterapia con niños y adolescentes
Especialista en Psicoterapia y Psicodrama

PSICOLOGÍA DE LA PERSONALIDAD Y DIFERENCIAL	Cristina Fernández Belinchón Psicóloga Especialista en Psicología Clínica. Psicóloga Clínica en el CAID Sur de la Comunidad de Madrid. Agencia Antidroga
PSICOLOGÍA BÁSICA	
	Laura Bezos Saldaña Psicóloga Especialista en Psicología Clínica. Psicóloga Interna Residente del Hospital Universitario de Móstoles. Madrid. Posgrado de Especialización en Psicología Forense.
	Brígida Higuera Madsen Psicóloga Especialista en Psicología Clínica. Experta universitaria en Psicología Clínica y de la Salud. Máster en Terapia Familiar y de Pareja
PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL	Juan Antequera Iglesias Psicólogo Especialista en Psicología Clínica. FEA Psicología Clínica Hospital Virgen de la Misericordia de Toledo
PSICOLOGÍA EVOLUTIVA Y DE LA EDUCACIÓN	Luis Javier Sanz Rodríguez Psicólogo Especialista en Psicología Clínica. FEA Psicología Clínica Hospital Universitario de Guadalajara. SESCAM.
PSICOLOGÍA SOCIAL Y DE LAS ORGANIZACIONES	M^a Esperanza Rivas Cuéllar Psicóloga Especialista en Psicología Clínica. FEA Psicología Clínica Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.
PSICOBIOLOGÍA	
	María Gómez García de la Pedrosa Psicóloga Especialista en Psicología Clínica. Especialista en psicoterapia integradora y sistémica. FEA Psicología Clínica, Centro de Salud Mental de Parla, Madrid
	Belinda Taravillo Folgueras Psicóloga Especialista en Psicología Clínica Especialista en clínica y psicoterapia psicoanalítica.

Este Manual que denominaremos “Síntesis de contenidos y preguntas” pretende ser una buena herramienta para facilitar el repaso de conceptos y contenidos de carácter general, así como las preguntas que con más frecuencia vienen repitiéndose en el examen.

Se trata de una versión abreviada de los esquemas y resúmenes que cada uno de los profesores facilita a sus alumnos en los cursos presenciales. Este es el motivo por el cual encontrarás diferencias en la forma de presentar la esquematización de los contenidos, no podemos olvidar que cada profesor tiene su propio estilo y que existen grandes diferencias entre unas asignaturas y otras, tanto por sus contenidos como por el perfil de preguntas que generan en el examen.

La finalidad de los resúmenes y esquemas es poder repasar los contenidos más importantes de cada materia para consolidar el estudio, con una organización del material que permite jerarquizar y relacionar las ideas más relevantes, así como clasificar conceptos y potenciar un aprendizaje significativo. Teniendo en cuenta la enorme extensión del material y al tratarse el examen de una prueba de reconocimiento, es imprescindible contar con una organización clara de los contenidos estudiados. Por ello, para poder sacar partido a este manual es necesario haber realizado un estudio previo de todas las materias.

Como añadido, al final de cada bloque hemos incluido preguntas y respuestas representativas de cada una de las materias, que bien por su frecuencia o por ser representativas de conceptos nucleares de las materias, constituyen una estrategia de repaso fundamental. La utilidad de revisar las preguntas de examen es doble, por un lado enfatizan los contenidos que más se preguntan en el examen para orientar el estudio y por otro nos familiarizan con la forma de preguntar.

Para finalizar, solo cabe esperar que este manual cumpla su principal objetivo, ayudar a nuestros alumnos PIR en la preparación de este examen.

AREA	PÁGINA
PSICOPATOLOGÍA	3
PSICOLOGÍA CLÍNICA	21
PSICOLOGÍA CLÍNICA INFANTÍL	103
PSICOLOGÍA DE LA SALUD	117
EVALUACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA	129
PSICOTERAPIAS	149
PSICOLOGÍA DE LA PERSONALIDAD Y DIFERENCIAL	191
PSICOLOGÍA BÁSICA	209
PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL	257
PSICOLOGÍA EVOLUTIVA Y DE LA EDUCACIÓN	271
PSICOLOGÍA SOCIAL Y DE LAS ORGANIZACIONES	285
PSICOBIOLOGÍA	299
TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS EFICACES EN PSICOLOGÍA CLÍNICA	323

DELIRIUM, DEMENCIA, TRASTORNOS AMNÉSICOS Y TRASTORNOS CON ETIOLOGÍA ORGÁNICA.

En el DSM IV-TR los antes llamados “trastornos mentales orgánicos” se han agrupado en 3 secciones:

Delirium, demencia, trastorno amnésico y otros trastornos cognitivos,
Trastornos mentales debidos a una enfermedad médica,
Trastornos por consumo de sustancias

Necesidad de
**DOBLE
DIAGNÓSTICO:**
del síndrome y
de la etiología.

TRASTORNOS GLOBALES	TRASTORNOS ESPECÍFICOS	¡¡ El diagnóstico de un trastorno global excluye el de uno específico!
Delirium Demencia	Trastornos amnésicos	

DELIRIUM

DSM-IV-TR	CIE-10
A. Alteración de la conciencia y la atención	A. Deterioro conciencia y atención
B. Cambio en las funciones cognitivas × Memoria × Orientación × Lenguaje × Percepción	B. Trastorno cognitivo total × Memoria × Orientación × Pensamiento × Percepción
	C. Trastornos psicomotores
	D. Trastornos del ciclo sueño-vigilia
	E. Trastornos emocionales
C. Inicio brusco y curso fluctuante	F. Inicio brusco, fluctuación diaria, curso agudo
D. Debido a una causa orgánica	G. Causa orgánica

Alteración principal: alteración en la CONCIENCIA (Disminución de la atención)	Memoria. Alteración en memoria anterógrada – inmediata y reciente-, intacta memoria remota.	Orientación. Principalmente en tiempo y espacio, menos frecuente autopsíquica.
	Pensamiento y Lenguaje. Disartria, disnomia, disgrafía, afasia.	Percepción. Principalmente alucinaciones visuales
	Motora. Agitación o enlentecimiento con oscilaciones.	Emocional. Ansiedad, miedo, depresión, irritabilidad, ira, euforia, apatía.
	Alteración del ciclo sueño-vigilia. Insomnio, somnolencia diurna, empeoramiento vespertino.	HIPERACTIVIDAD DEL SISTEMA NERVIOSO SIMPÁTICO.

Curso.	Etiología. Tipos:	Prevalencia.	Población de riesgo.
Breve. Inicio rápido, fluctuante. Recuperación completa generalmente.	-Enfermedad médica. - Sustancias: intoxicación / abstinencia (delirium tremens: abstinencia alcohólica) - - Múltiples etiologías.	Trastorno mental orgánico con más alta incidencia. Pacientes hospitalizados: 10-30%	Ancianos, niños, si enfermedades somáticas si adicción a sustancias y tras intervención quirúrgica.



Diagnóstico diferencial principalmente con la demencia:			
	Delirium	Demencia	Esquizofrenia
Comienzo	Súbito	Insidioso	Insidioso
Curso clínico	Breve / Fluctuante	Prolongado / Estable	Prolongado/ Estable
Conciencia	Disminuida	Normal	Normal
Deterioro	Recuperación total	Progresivo	Progresivo
Alucinaciones	Visuales	Ausentes	Auditivas
Sexo	Hombres	Mujeres	

DEMENCIA

DSM-IV-TR	CIE-10
A. Múltiples déficit cognoscitivos que incluyen: 1) deterioro de la memoria (2), y, 2) al menos una de las siguientes alteraciones cognitivas: × afasia, × apraxia, × agnosia o × alteración de la capacidad de ejecución.	A. <i>Deterioro de la memoria (registrar, almacenar y recuperar), sobre todo para el aprendizaje de nueva información</i> B. <i>Déficit en otras habilidades cognitivas:</i> × <i>pensamiento y del razonamiento</i> × <i>Planificación y organización, etc.</i>
B. Interfiere de forma significativa las actividades laborales y sociales y puede representar un déficit respecto al mayor nivel previo de actividad del sujeto.	C. <i>Interferencia en la vida cotidiana</i>
C. El déficit no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.	D. <i>Deterioro del control emocional (labilidad, irritabilidad, apatía, embrutecimiento en el comportamiento social)</i>
D. Etiológicamente relacionada con una enfermedad médica, con los efectos persistentes del consumo de sustancias o con ambos factores.	E. Conciencia clara. <i>Posible el diagnóstico conjunto con el delirium</i>
	G. <i>Síntomas presentes al menos 6 meses</i>
	H. <i>Debido a una enfermedad del cerebro (generalmente crónica o progresiva)</i>

Características	Clasificación		Prevalencia								
Causadas por enfermedades específicas e identificables (algunas con tratamiento). La mayoría son afecciones difusas del cerebro. Deterioro de la memoria como el síntoma más precoz y prominente. Puede ser progresiva, estática o en remisión (dependiendo de la etiología y el tratamiento). <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 150px; height: 100px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 10px auto;"> DSM-III-R: desaparición del criterio de irreversibilidad </div>	Clínica	Demencia mínima (memoria) Demencia ligera (síndrome AAA) Demencia moderada (ABVD) Demencia severa	Enfermedad de Alzheimer pura: 35%, causa más frecuente de demencia en personas mayores Demencia mixta: EA + patología vascular: 15% Demencia vascular pura: 10% Demencia por cuerpos de Lewy: 15% de los casos (aumento espectacular últimos años, algunos autores la consideran la 2 causa de demencia en el anciano)								
	Etiológica	Degenerativas, infecciosas, vasculares, metabólicas, carenciales, traumáticas...									
	Anatómica	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Localizadas</td> <td style="text-align: center;">Globales</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Cortical</td> <td style="text-align: center;">Vasculares</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Subcortical</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Axial</td> <td></td> </tr> </table>		Localizadas	Globales	Cortical	Vasculares	Subcortical		Axial	
	Localizadas	Globales									
Cortical	Vasculares										
Subcortical											
Axial											
Primarias / secundarias											

LOCALIZADAS		CORTICALES	
CLASIFICACIÓN CLÍNICA- ANATÓMICA DE LAS DEMENCIAS	DEMENCIA TIPO ALZHEIMER		<p>Inicio gradual, deterioro continuo, conjunto, homogéneo y uniforme. Duración media DSM-IV-TR: 8-10 años Causa Desconocida (Se piensa en alteraciones genéticas).</p> <p>Única demencia degenerativa que debuta con una afección de regiones temporomesiales. Atrofia cortical: mayor dilatación de los surcos y ensanchamiento de los ventrículos Presenta ovillos neurofibrilares y placas neuríticas Degeneración granulovacuolar y neurofibrilar, pérdida neuronal Gliosis astrocitaria, angiopatía amiloide. Acumulación de Lipofuscina. ↓ ACH</p> <p>EDAD: (especificar el subtipo) De inicio temprano (presenil): si el inicio es a los 65 años o antes De inicio tardío (senil): si el inicio es después de los 65 años</p>
		F. TEMPORAL	<p>Alteraciones de la proteína tau (taupatías) herencia autosómica dominante cromosomas 7 y 13). Defectos cognitivos en la <u>personalidad</u> (falta de control conductual, problemas de afectividad) o del <u>lenguaje</u> (expresión o comprensión), sintomatología gradual, afectación en el funcionamiento diario. En la DFT se distinguen 3 variantes: 1) DFT propiamente dicha o variante frontal (ENF.PICK) 2) Afasia progresiva primaria 3) Demencia semántica</p>
		C. JACOB	<p>Encefalopatía espongiiforme subaguda provocada por agentes transmisibles o "virus lentos". Producida por priones Manifestaciones típicas: TRIADA C-J Demencia intensa y rápidamente progresiva EEG particular Movimientos involuntarios (mioclonías, temblor, coreicos)</p>
	C. DE LEWY	<p>2 causa de demencia después de la EA. Síntomas más frecuentes: Deterioro cognitivo progresivo, de tipo cortical /Síntomas psicóticos (alucinaciones visuales, delirios paranoides) /Síntomas parkinsonianos Existe un solapamiento importante entre esta y la EA y la EP</p>	
	SUBCORTICALES	D. PARKINSON	<p>Disminución de la motivación, bradipsiquia y empobrecimiento del lenguaje, bradicinesia, Frecuentemente relacionado con depresión. Deterioro del fascículo nigro estriado. Los cuerpos de Lewy aparecen únicamente en la sustancia negra ↓ DA</p>
		D. HUNTINGTON	<p>TRÍADA: Deterioro COgnitivo (disfunción prefrontal precoz) Alteraciones CONductuales: Retraimiento, tendencia al mutismo, depresión. Trastorno motor (COrea). Herencia autosómica dominante. (cromosoma 4) ↓ GABA</p>
	AXIALES	D. KORSAK	<p>Demencia korsakoff: Deterioro de la memoria, anosognosia.</p>
	GLOBALES	VASCULAR	<p>Signos focales, heterogéneos (labilidad emocional, confusión, depresión, incontinencia en la micción) Inicio brusco, curso en escalones y con fluctuaciones. Deterioro irregular, suele haber una pequeña recuperación. Para su diagnóstico se requiere un deterioro cognitivo amplio.</p>

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	EVALUACIÓN	TRATAMIENTO
<p>Delirium Pseudodemencia Afectación de la memoria asociada a la edad (AMAE).</p> <p>Deterioro cognitivo ligero (DCL)</p> <p>Alteración objetiva y subjetiva de la memoria. Función cognitiva normal. Desempeño normal de AVD. Ausencia de demencia.</p> <p>× El 10-12 % evolucionan cada año a un cuadro de EA.</p>	<p>Diagnóstico sintrómico Diagnóstico etiológico</p> <p>SCREENING ESCALAS DE APRECIACIÓN CDS CDR Escala de Blessed</p> <p>PRUEBAS MULTIDIMENSIONALES CAMDEX ADAS</p> <p>VALORACIÓN FUNCIONAL: AVD</p>	<p><u>Somático:</u> anticolinesterásicos (IACE)</p> <p><u>No somático:</u> Información y apoyo a la familia / medidas preventivas. Programas de estimulación y actividad:</p>
		<p>Terapia de orientación a la realidad (TOR) Reminiscencia Programa de Psicoestimulación Integral (PPI) Entrenamiento en capacidades cognitivas Reestructuración medioambiental Modificación de conducta Terapia para familiares</p>

TRASTORNOS AMNÉSICOS

Alteración de la memoria producido por una causa orgánica. No es una demencia o un delirium. Deteriora las actividades cotidianas. En todas las amnesias es necesaria una amnesia anterógrada (alteración de la memoria reciente) y posible amnesia retrógrada.

TRANSITORIAS	Amnesia global transitoria / Amnesia por TEC / Amnesia postraumática.
PERSISTENTES	Síndrome amnésico → SÍNDROME WERNICKE-KORSAKOFF

“DIENCEFÁLICA”

Es un síndrome amnésico (amnesia anterógrada)
Alteración retrógrada parcial con gradiente temporal
Desorientación temporoespacial
Se mantiene memoria procedimental y priming
Cierta grado de confabulación
Ocasionales falsos reconocimientos
Conciencia no alterada

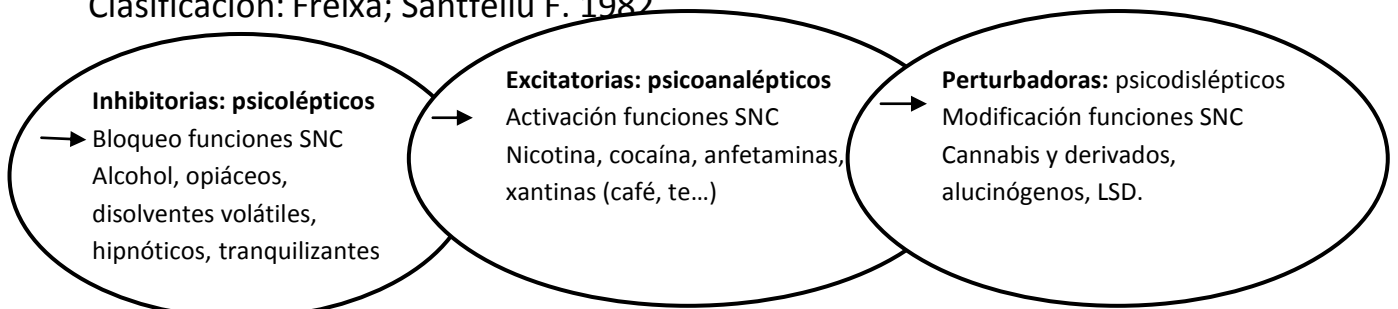
TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS.

	DSM-IV-TR	CIE-10
<p>Patrón problemático de uso</p> <p>Síndromes comportamentales causados por el efecto directo de la sustancia sobre el SNC)</p>	<p>a) Trastornos por consumo de la sustancia</p> <p>1) <u>Dependencia</u> 3/7 SÍNTOMAS > 12 MESES</p> <p>2) <u>Abuso</u> 1/ 4 SÍNTOMAS > 12 MESES (no tolerancia ni abstinencia)</p> <p>b) Trastornos inducidos por la sustancia</p> <p>1) <u>Intoxicación</u> Reversible y Específico de la sustancia.</p> <p>2) <u>Abstinencia</u> Generalmente opuesta a la intoxicación.</p> <p>3) <u>Trastornos mentales inducidos por sustancias</u> (delirium, demencia, trastorno amnésico persistente, trastorno psicótico, trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno sexual, trastorno del sueño, trastorno perceptivo persistente por alucinógenos)</p>	<p>1) Intoxicación aguda</p> <p>2) Consumo perjudicial</p> <p>3) Síndrome de dependencia</p> <p>4) Síndrome de abstinencia</p> <p>5) Síndrome de abstinencia con delirium</p> <p>6) Trastorno psicótico</p> <p>7) Síndrome amnésico</p> <p>8) Trastorno psicótico residual y comienzo tardío inducido por alcohol o por sustancias psicotrópicas</p> <p>9) Otros trastornos mentales inducidos por alcohol o drogas</p> <p>10) Otros trastornos inducidos por alcohol y otras sustancias sin especificación</p> <p>Consumo perjudicial en CIE-10 como forma inicial de dependencia (contempla la idea de que hay un <u>continuo</u> entre dependencia y abuso perjudicial)</p>

Conceptos básicos:

<p>Efecto precarga: administración previa de droga favorece la autoadministración.</p>	<p>Tolerancia: estado de adaptación a una sustancia (disminución de la respuesta a la misma ante la misma cantidad o necesidad de consumir una dosis mayor)</p> <ul style="list-style-type: none"> - cruzada - inversa - farmacodinámica - farmacocinética 	<p>Politoxicomanía</p>	<p>Vías de administración: oral, <u>pulmonar</u> (inhalada, fumada: más rápida), nasal (esnifada), intravenosa, intramuscular o subcutánea y rectal.</p>
<p>Craving: deseo vehemente de consumir una sustancia</p>	<p>Trastorno dual: coexistencia de patología psíquica y de algún tipo de dependencia</p>		

Clasificación: Freixa; Santfeliu F. 1982



Modelos explicativos del problema en drogodependencias		
Modelo jurídico. Modelo médico. Modelo sociológico. Modelo biopsicosocial.	Graña (1994) distingue: Modelo moral Modelo iluminativo Modelo médico Modelo compensatorio (Brickman, 1982)	Modelo Complejo de Drogodependencia (OMS; Edwards, Arif y Hodgson, 1981). El inicio del consumo: - Antecedentes sociales: Distantes Inmediatos - Antecedentes individuales: Distantes Inmediatos Una vez que el consumo se ha hecho cotidiano: REF -
Explicaciones teóricas		
Los estudios sobre la personalidad: Eysenck: N y P elevados; E: sin diferencias Búsqueda de sensaciones (Zuckerman, 1984)	Modelo cognitivoconductual <u>-Condicionamiento clásico</u> Síndrome de Abstinencia Condicionada Fantasía de la aguja (Levine y O'Brien, 1975) Tª de la motivación adquirida o Tª del proceso oponente Tolerancia condicionada - <u>Aprendizaje social</u> - <u>Modelo social</u> - <u>Condicionamiento operante</u> Marlatt: efectos bifásicos	Modelo biológico Sistema de recompensa cerebral : haz prosencefálico medial. -área tegmental ventral -hipotálamo lateral -áreas del córtex prefrontal -Sistema de de neuropéptidos opiáceos internos (endorfinas)
Hipótesis de la Automedicación	Modelos psicodinámicos	
Principios del tratamiento: Modelo transteorético de Prochaska y Diclemente (1992)		
Estadios 1.Precontemplación: 2.Contemplación. 3.Preparación para la acción. 4.Acción. 5.Mantenimiento. 6.Recaída.. 7.Estadio de finalización.	Procesos de cambio. cognitivos o experienciales 1.Aumento de la concienciación 2.Autorreevaluación 3.Reevaluación ambiental 4.Liberación social. conductuales 1.Autoliberación o compromiso de cambio. 2.Manejo de contingencias. 3.Relaciones de ayuda. 4.Contracondicionamiento 5.Control de estímulos.	Niveles de cambio. 1.Síntomas/situacional 2.Cogniciones desadaptadas 3.Conflictos interpersonales actuales 4.Conflictos sistémicos familiares 5.Conflictos intrapersonales Integración de los estadios y procesos de cambio

SUSTANCIAS DEPRESORAS

Síndrome abstinencia:
Hiperactividad

ALCOHOL. Metabolito acetaldeído. Las lesiones afectan: cuerpo caloso, protuberancia, tálamo, cuerpos mamilares, **hipocampo y cerebelo** (aprendizaje y coordinación motora).

Prevalencia del trastorno (5%)

Clasificaciones:

Babor tipo A y tipo B
Cloninger Tipo 1 y Tipo 2
Jellinek: alfa, beta, gamma, delta, épsilon

Relacionado con: Suicidio, bajo nivel educativo, desempleo, patrón familiar (hijos de alcohólicos 4 veces más frecuencia). TDAH, TC, abandono de la escolaridad.

Tr. Consumo: Dependencia / Abuso

Tr. Inducidos:

Intoxicación: Lenguaje farfullante, Incoordinación. Marcha inestable, Nistagmo, Deterioro de la atención o de la memoria, Estupor o coma.

Abstinencia. Hiperactividad, temblor, insomnio...

Trastornos mentales inducidos:

- Agudos: intoxicación aguda, síndrome de abstinencia no complicado (convulsiones, delirium, delirio ocupacional, alucinosis alcohólica, aluciones orgánica). Amnesias parciales, trastornos del sueño (enlentecimiento EEG en intoxicación).
- Crónicos: alteraciones cognitivas, srd Wernicke – Korsakoff, disfunciones sexuales.
- Otros: esquizofrenia, trastornos del estado de ánimo, ansiedad, celotipia.

Tratamientos eficaces:

CRA: Aproximación al refuerzo comunitario

TCC: Entrenamiento en HHSS y de afrontamiento (Coping/social skills training, CSST), Prevención de Recaídas (Marlatt y Gordon)

Terapia conductual familiar y de pareja.

SUSTANCIAS VOLÁTILES: Similar a la intoxicación alcohólica, consumo en edades tempranas, nivel socioeconómico bajo. Grabes secuelas psicológicas y físicas.

Trastornos por consumo: depend / abuso
Trastornos inducidos por inhalantes
(única inhibitoria sin Sr. Abstinencia)

FÁRMACOS TRANQUILIZANTES:

Barbitúricos, BZD: mayor índice de seguridad terapéutica. Similar a la Intoxicación alcohólica. Mayor riesgo: mujeres y dependencia al alcohol

Trastornos por consumo. Depend / abuso
Trastornos inducidos.

OPIÁCEOS: Morfina, heroína, codeína, metadona. Locus coeruleus. Edad avanzada: descenso prevalencia (maturing out)

Trastornos por consumo. Depend / abuso

Trastornos inducidos. Intoxicación: euforia, agitación, inhibición, alteración en el juicio... **Pupilas en punta de alfiler**, somnolencia, legunaje farfullante,

Tratamientos eficaces: **Manejo de contingencias**, Eficaz o experimental (dependiendo del formato utilizado) Contingencias utilizadas: dosis de metadona (tratamiento eficaz) o vales (vouchers). Si el programa es libre de drogas: en fase experimental.

Síndrome abstinencia:
Disforia

SUSTANCIAS EXCITATORIAS

COCAÍNA: Bloquea la recaptación neuronal de dopamina, serotonina y noradrenalina. Consumo intravenoso o fumado: progresión rápida a dependencia. Grabe dependencia psicológica.

Trastornos por consumo. Depend / abuso

Trastornos inducidos

Intoxicación: excitación, euforia.

Abstinencia: síntomas depresivos

Fase 1 de choque o crash

Fase 2 de privación o abstinencia

Fase 3 de extinción

Tratamientos eficaces:

Programa de reforzamiento comunitario más terapia de incentivo (CRA + Vouchers)

Manejo de contingencias

ANFETAMINAS: Compuestos con efectos reforzantes y estimulantes similares a la cocaína.

Liberación de aminas.

Trastornos por consumo. Dependencia / Abuso

Trastornos inducidos. Intoxicación/Abstinencia

CAFEÍNA: 80-85% adultos la consumen

Trastornos inducidos.

Intoxicación /Abstinencia: **APENDICE B**

NICOTINA: Sustancia euforizante. 90% de los adolescentes que llegan a fumar 4 cigarrillos se convierten en fumadores regulares. Riesgo 3 veces mayor en familiares de 1 grado. Con dependencia al alcohol mayores tasas.

Trastornos por consumo.

Dependencia

Trastornos inducidos. Abstinencia

Tratamientos eficaces:

Tratamientos psicológicos

Basados en la aversión, fumador como agente principal, reducción progresiva, programas multicomponentes.

Tratamientos desarrollados en el contexto médico

Tratamientos desarrollados en el contexto comunitario o social.

SUSTANCIAS PERTURBADORAS

¡No síndrome de
ABSTINENCIA!

CANNABIS. Síndrome amotivacional. Droga ilegal más consumida a nivel mundial, pico en adolescencia e inicios edad adulta.

Trastornos por consumo. Dependencia / Abuso

Trastornos inducidos.

Intoxicación: deterioro de coordinación, euforia, ansiedad, sensación de que el tiempo transcurre lentamente, inyección conjuntival, aumento del apetito, sequedad de boca...

Situaciones de urgencia:

reacciones de pánico, síndrome de delirio tóxico, psicosis cannábica aguda, reacciones eufóricas – disfóricas, estados depresivos agudos.

ALUCINÓGENOS. Grupo de edad con mayor porcentaje de consumo: 18-25 años (16%)

incluye: ergóticos (LSD), fenilalquilaminas (mescalina), MDMA ("éxtasis"),psilocibina...

Excluye: Fenciclidina (PCP), Cannabis.

Trastornos por consumo. Dependencia / Abuso

Trastornos inducidos.

Intoxicación: intensificación subjetiva de las percepciones, despersonalización, desrealización, ilusiones, alucinaciones, sinestesias, dilatación pupilar, taquicardia, sudoración, palpitaciones, visión borrosa, temblores, incoordinación.

Reacciones descritas:

Reacción aguda de ansiedad

Flashbacks

Reacción paranoide aguda

Reacciones antisociales y agresivas

FENCICLIDINA: PCP, "polvo de ángel", "píldora de la paz"

Trastornos por consumo. Dependencia / Abuso

Trastornos inducidos.

Intoxicación: beligerancia, impulsividad, nistagmo, hipertensión, rigidez, convulsiones, hiperacusia..

TRASTORNOS RELACIONADOS CON OTRAS SUSTANCIAS

Esteroides anabolizantes

Nitritos inhalados

Óxido nitroso

Catnip (similar al THC)

Betel nut (nuez moscada)

Fármacos: Cortisol, Antiparkinsonianos (anticolinérgicos),

Antihistamínicos

ESQUIZOFRENIA

Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos		
DSM-IV-TR (2002)	DSM-5 (2013)	CIE-10 (1992)
Esquizofrenia – Tipo paranoide – Tipo desorganizado – Tipo catatónico – Tipo indiferenciado – Tipo residual <i>Apéndice B:</i> – Trastorno depresivo postpsicótico – Trastorno deteriorante simple	Esquizofrenia	Esquizofrenia – Esquizofrenia paranoide – Esquizofrenia hebefrénica – Esquizofrenia catatónica – Esquizofrenia indiferenciada – Depresión post-esquizofrenia – Esquizofrenia residual – Esquizofrenia simple
Trastorno psicótico breve	Trastorno psicótico breve	Trastornos psicóticos agudos y transitorios – Polimorfos sin síntomas esquizofrénicos – Polimorfos con síntomas esquizofrénicos
Trastorno esquizofreniforme	Trastorno esquizofreniforme	– De tipo esquizofrénico – Con predominio de ideas delirantes
Trastorno delirante	Trastorno delirante	Trastorno esquizotípico
Trastorno psicótico compartido	Trastorno esquizoafectivo	Trastorno de ideas delirantes persistentes
Trastornos esquizoafectivos – Bipolar – Depresivo	Trastorno psicótico debido a otras condiciones médicas	Trastorno de ideas delirantes inducidas
Trastornos psicóticos debidos a enfermedad medica	Trastorno psicótico inducido por sustancias	Trastornos esquizoafectivos – Maníaco – Depresivo – Mixto
Trastorno psicótico inducido por sustancias	Catatonía	Otros trastornos psicóticos no orgánicos
Trastorno psicótico no especificado	Otros trastornos no especificados del espectro de la esquizofrenia	Psicosis no orgánica sin especificación
	<i>Sección 3 (Condiciones para estudio posterior):</i> – Síndrome de síntomas psicóticos atenuados	

KRAEPELIN	BLEULER
Demencia precoz Criterios longitudinales Causa / curso Homogéneo Subtipos: CATATONICO- Kahlbaum HEBEFRENICO- Hecker PARANOIDE - Sanders	Acuña el término (grupo de las esquizofrenias) Criterios transversales PRIMARIOS: 4 As→ Autismo/ aplanamiento Afectivo/ Ambivalencia/ falta de Asociaciones SECUNDARIOS Grupo heterogéneo Añade el tipo simple
SCHNEIDER	JASPERS
Clasificaciones actuales Síntomas patognomónicos primer / segundo rango delirios cenestésicos	EN PROCESO esquizofrenia EN DESARROLLO trastorno delirante

DSM-5		CIE-10
A. Presencia de síntomas psicóticos (durante al menos 1 mes):		A. Presencia de:
Dos o más: 1. Delirios 2. Alucinaciones. 3. Habla desorganizada 4. Comportamiento exageradamente desorganizado o catatónico. 5. Síntomas negativos	<i>Nota:</i> Necesariamente al menos uno de los dos síntomas necesarios para cumplir este criterio debe ser 1 (delirios), 2 (alucinaciones), ó 3 (habla desorganizada).	1. Existencia de un síntoma de primer rango o delirios extraños 2. Dos de los otros síntomas característicos
B. Alguna manifestación del trastorno (al menos durante 6 meses) C. Deterioro de la vida cotidiana. D. No existen síntomas patognomónicos. E. No existen síntomas necesarios (se necesitan dos de los cinco característicos). F. No tiene etiología orgánica.		No 6 meses. No afectación del sujeto.
SUBTIPOS (en DSM-IV-TR y CIE-10, desaparecen en DSM-5) (En función de la sintomatología predominante en el presente. Pueden cambiar con el tiempo)		
SUBTIPO	DSM-IV-TR	CIE-10
PARANOIDE	Ideas delirantes y alucinaciones Mejor pronóstico.	
DESORGANIZADA	Lenguaje y comportamiento desorganizado. Afectividad plana o inapropiada. Mal pronóstico.	Hebefrénica
CATATÓNICA	Inmovilidad motriz o estupor Actividad motriz excesiva Negativismo extremo Movimientos voluntarios peculiares Ecolalia o ecopraxia	
INDIFERENCIADA	Cumple criterio A. No es paranoide, desorganizada ni catatónica.	
RESIDUAL	No síntomas positivos. Manifestaciones continuas.	
SIMPLE	Apéndice B del DSM-IV-TR	Síntomas negativos. Al menos un año. Nunca síntomas positivos.
DEPRESIÓN POSTSICÓTICA	Apéndice B del DSM-IV-TR	

TIPOLOGÍA DE CROW

TIPO 1	TIPO 2
Síntomas positivos. Mejor ajuste premórbido y pronóstico. Afectación neuroquímica. Buena respuesta a los neurolépticos.	Síntomas negativos. Sintomatología prodrómica. Peor pronóstico. Afectación estructural. Mala respuesta a los neurolépticos.

Epidemiología: 0,3-0,7% (APA, 2013)

HOMBRES	MUJERES
Más temprano (aprox. 15-24 años)	Más tardío (aprox. 25-34 años)
Peor	Mejor
Síntomas Negativos	Síntomas afectivos, Delirios y Alucinaciones auditivas

ETIOLOGÍA

¡DESCONOCIDA!

TEORÍAS BIOLÓGICAS

Estudios genéticos

E. concordancia: 46% en gemelos MZ; 14% en gemelos DZ. Modelos poligénicos GxA.

Neuroquímica (Dopaminérgica)

Aumento de receptores dopaminérgicos D2.

Ley de Weinberger: Una lesión en córtex prefrontal destruye la vía a la corteza produciendo:

Déficit dopaminérgico en córtex (síntomas negativos y déficits cognitivos)

Aumento dopaminérgico en zonas subcorticales (sintomatología positiva)

Alteraciones estructuralesDilatación ventricular (tercer ventrículo y laterales) \Rightarrow marcador tipo II.

Atrofia cortical (dilatación de surcos y cisuras cerebrales)

Atrofia cerebelar

Asimetría hemisférica invertida

Disminución de radiodensidad del tejido en diversas zonas (Hipocampo)

Alteraciones funcionales

Hipofrontalidad (disfunción córtex prefrontal dorsolateral)

Infección viral

Infección de un virus o de la actividad celular patológica de los anticuerpos

Neurodesarrollo

Alteración en la formación del cerebro durante la gestación o la infancia

TEORÍAS PSICOLÓGICAS

Sistémicas

Teoría del doble vínculo (Escuela de Palo Alto: Bateson, Jackson, Haley y Weakland)

Vulnerabilidad-Estrés (Zubin y Spring, 1977)Marcador de vulnerabilidad debe reunir 3 evidencias:

- Anormalidades presentes y estables antes, durante y después del trastorno.
- Anormalidades encontradas en parientes biológicos de primer grado
- Anormalidades presentes en individuos con trastornos del espectro esquizofrénico.

Los estresores:

- Estresores agudos / "life events"
- Estresores crónicos { Comunicación Desviada
Emoción Expresada

TRATAMIENTO	
FARMACOLÓGICO	
<p>Antipsicóticos (neurolépticos): Actúan sobre los síntomas positivos (menor efecto sobre los síntomas negativos)</p> <p>Neurolépticos típicos: más efectos adversos (niveles mesocortical, tuberoinfundibular, nigroestriatal).</p> <p>Neurolépticos atípicos: Actuación dopaminérgica y serotoninérgica. Menos efectos secundarios Hay 3 tipos principales</p> <p style="margin-left: 40px;"> Típicos { <ul style="list-style-type: none"> ○ Butirofenonas (Haloperidol) ○ Fenotiacinas (Clorpromacina, Levomepromacina, Perfenacina, Flufenacina) ○ Atípicos (Clozapina, Risperidona, Olanzapina, Paliperidona) </p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p>Principales efectos secundarios de los neurolépticos: Disminución del umbral convulsivo, efecto antiemético, efectos vegetativos, efectos cardíacos, efectos endocrinos y metabólicos (galactorrea, anomalías en el ciclo menstrual), efectos extrapiramidales (acatisia, parkinsonismo y discinesia tardía).</p> </div>	
PSICOLÓGICO	
<p>Entrenamiento en Habilidades Sociales. - El manual de M. A. Vallejo Pareja (2012) señala la existencia de resultados contradictorios sobre la eficacia de esta intervención: existen referencias que la consideran una intervención eficaz (M. Pérez y cols., 2010) y estudios que sugieren eficacia limitada (NICE, 2008). - Se observan moderadas generalizaciones con la práctica en el contexto natural y disminución de la ansiedad social después del entrenamiento (Lieberman, 1994). IVAST (In vivo amplified skills training): para intervenir en la generalización de las habilidades</p>	<p>Paquetes integrados multimodales. EFICACIA TIPO 1. Brenner: modelo de penetración (las dificultades en un nivel pueden perjudicar el funcionamiento en otros niveles) (IPT, Hodel y Brenner, 1994), consta de 5 de subprogramas: 1. Diferenciación cognitiva 2. Percepción social 3. Comunicación verbal 4. Habilidades sociales 5. Solución de problemas interpersonales</p>
<p>Intervenciones familiares psicoeducativas. EFICACIA TIPO 2. Combinadas con medicación antipsicótica han probado ser eficaces en la reducción de la carga y de la emoción expresada, en la sintomatología clínica, en las recaídas, reshospitalizaciones de los pacientes y en la rentabilidad económica para las instituciones sanitarias.</p>	<p>Tratamientos cognitivo-conductuales. EFICACIA TIPO 2. Reducción de la gravedad y cantidad de los síntomas psicóticos, fundamentalmente los positivos. Mejora del cumplimiento del tratamiento farmacológico, disminución del número de recaídas y del tiempo de estancia en la unidad de agudos.</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <ul style="list-style-type: none"> - Terapia cognitivo conductual para la psicosis (Fowler y cols., 1995) - Terapia cognitiva para delirios, voces y paranoia (Chadwick y cols., 1996) - Terapia conductual (Kingdon y Turkington, 1994) - Estrategias de afrontamiento para alucinaciones y delirios (Yusupoff y Tarrrier, 1998) </div>
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p>Paquete de intervenciones sociofamiliares de Leff. Modelo psicoeducativo de Anderson. Intervenciones cognitivo – conductuales de Tarrrier. Terapia familiar conductual de Falloon</p> </div>	

OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS

Trastorno esquizofreniforme (DSM-5); CIE-10: "no existe"

A. Se reúnen los criterios A, D y E de esquizofrenia.

B. Un episodio del trastorno (incluyendo las fases prodrómica, activa y residual) se mantuvo durante al menos un mes, pero menos de seis meses. Especificar:

- Síntomas sin buen pronóstico
- Síntomas con buen pronóstico cuando aparecen al menos dos de los siguientes: Inicio de sintomatología psicótica importante dentro de cuatro semanas desde el primer cambio apreciable, confusión o perplejidad, buen funcionamiento premórbido, ausencia de afecto embotado o plano.

Trastorno esquizoafectivo (DSM-5 y CIE-10)

A. Período ininterrumpido de la enfermedad durante el cual alguna vez ha aparecido un episodio depresivo mayor o un episodio maníaco junto con síntomas del criterio A de esquizofrenia.

B. Durante el mismo período de la enfermedad aparecen delirios o alucinaciones durante al menos dos semanas con ausencia de importantes síntomas afectivos.

C. Los síntomas que reúnen los criterios de trastorno afectivo están presentes durante mucho tiempo de la duración total de los períodos activos y residuales de la enfermedad.

D. El trastorno no es debido al efecto del uso de sustancias (p. ej., abuso de drogas o medicación) o a condiciones médicas generales.

Subtipos: depresivo, maníaco o mixto.

Trastorno delirante (DSM-IV-TR); Trastorno de ideas delirantes persistentes (CIE-10)

A. Delirios no extraños (p. ej., refieren situaciones que ocurren en la vida real, tales como ser perseguido, poseído, infectado, ser amado en la distancia, tener una enfermedad o ser engañado por el esposo/a o amante) durante al menos un tiempo de un mes. → CIE 10= 3 meses

*En el DSM-5 ya no es necesario que las ideas delirantes sean no extrañas

B. Nunca se han reunido los síntomas del criterio A para la esquizofrenia. Nota: Las alucinaciones táctiles u olfativas no se excluyen si se relacionan con la trama delirante.

C. Aparte del impacto que la temática delirante pueda causar en el comportamiento del sujeto, su funcionamiento no está muy dañado y su comportamiento no es muy extraño o raro.

D. Si han aparecido episodios afectivos junto con la sintomatología delirante, su duración total ha sido más breve que la duración de los períodos de aparición del delirio.

Trastorno psicótico breve (DSM-5); Trastorno psicótico agudo y transitorio (CIE-10)

A. Presencia de al menos uno de los síntomas siguientes: No síntomas negativos

Delirios / Alucinaciones / Lenguaje desorganizado/ Comportamiento muy desorganizado o catatónico.

Nota: No se considera como síntoma si el patrón de respuesta está aceptado o sancionado culturalmente.

B. La duración del episodio del trastorno es al menos un día y nunca más de un mes.

Tipos: Sin estrés agudo asociado, Con estrés agudo asociado. Inicio postparto

Trastorno psicótico compartido (DSM-IV-TR); Trastorno de ideas delirantes inducidas (CIE-10) → Se ha eliminado en el DSM-5

- A.** El delirio se desarrolla en un sujeto en el contexto de una relación muy próxima con una persona o personas que tienen ya un delirio establecido.
- B.** El delirio es semejante en contenido al de la persona que ya tiene el delirio establecido.
- C.** No se justifica por la presencia de un trastorno psicótico (p. ej., esquizofrenia) o un trastorno del humor con síntomas psicóticos ni tampoco se debe al efecto directo del uso de sustancias o a condiciones médicas generales.

La CIE- 10 incluye dentro de los trastornos psicóticos:

Trastorno esquizotípico (CIE-10) → DSM-5: Trastorno de la Personalidad

- A.** Trastorno caracterizado por un comportamiento excéntrico y anomalías en el pensamiento y en la afectividad que se parecen a las vistas en la esquizofrenia, aunque no se producen en ningún momento las anomalías definitorias y características de la esquizofrenia
- B.** Síntomas de forma continua o reiterada (mínimo de 2 años):
Afectividad fría o inapropiada / Anhedonia / Comportamiento raro o excéntrico / Retraimiento social / Episodios ocasionales y casi psicóticos con ilusiones intensas, alucinaciones auditivas o de otro tipo / Ideas similares a las delirantes
- C.** No hay un comienzo definido
- D.** La evolución y el curso por lo general son las de un trastorno de la personalidad

PREGUNTAS FRECUENTES

DELIRIUM Y DEMENCIA

PREGUNTAS	RESPUESTAS
1 ¿A qué nos referimos cuando utilizamos el concepto de pseudodemencia?	A la presencia de sintomatología aparentemente demencial que surge en el contexto de cuadros psicopatológicos funcionales, de los cuales el más frecuente es la depresión mayor.
2 ¿Cómo se llama la alteración de la conciencia en la que se dan una disminución de la atención, fragmentación del pensamiento conceptual, alteraciones perceptivas y alteraciones de la memoria, que se desarrolla en un tiempo breve (horas a días), presentando oscilaciones en su curso?	Delirium.
3 Una de las características esenciales para diferenciar el delirium de la demencia es que el delirium:	Cursa con alteración de la conciencia y en la demencia el sujeto está vigil
4 La mayoría de los síndromes mentales orgánicos crónicos se deben a:	Afecciones difusas del cerebro.
5 La degeneración del fascículo nigroestriado se ha relacionado directamente con:	La enfermedad de Parkinson.
6 ¿A qué cuadro clínico se ha aplicado la terapia de orientación a la realidad (Folsom, 1968)?:	Demencia.
7 El diagnóstico diferencial más habitual respecto al delirium consiste en:	Establecer si el sujeto padece una demencia en lugar de un delirium.
8 ¿Cómo podemos diferenciar un cuadro demencial de un síndrome amnésico en un paciente con continuas quejas sobre su memoria?:	Por la presencia de deterioro cognitivo global que progresa a medida que avanza el trastorno.
9 ¿Cómo se denomina a la enfermedad degenerativa que da lugar a una demencia de patrón cortical caracterizado por la atrofia lobular, que afecta principalmente a los lóbulos frontales y temporales?	Enfermedad de Pick.
10 ¿Cuál es la alteración del lenguaje que se suele encontrar en la fase inicial de la enfermedad de Alzheimer?	Dificultades de denominación.
11 En la demencia debida a la enfermedad de Parkinson:	Es frecuente la asociación con depresión.

TRASTORNOS AMNÉSICOS

12 La amnesia psicógena:	Es una amnesia retrógrada.
13 ¿Qué es el síndrome amnésico?	Una amnesia anterógrada acompañada de un grado variable de pérdida retrógrada.
14 Al cuadro caracterizado por amnesia para hechos recientes, incluyendo amnesia anterógrada y amnesia retrógrada parcial, desorientación espacial y temporal, cierto grado de confabulación y ejemplos ocasionales de falso reconocimiento pero todo ello con claridad de conciencia se le conoce con el nombre de:	Fase crónica de Korsakoff (síndrome de Korsakoff).

15	A qué trastorno corresponde la presencia de síntomas como los siguientes: estado general de confusión, desorientación espacial, personal y temporal, polineuropatías, incapacidad para reconocer a personas familiares y graves problemas de atención y memoria:	Fase aguda de Wernicke.
16	Los trastornos disociativos se diferencian de los síndromes mentales orgánicos (debido a condición médica general, sustancias, etc.) en que en los primeros se producen:	Pérdidas de memoria circunscritas al material personalmente relevante.

TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS

17	¿En cuál de los siguientes tóxicos fue descrito inicialmente el síndrome amotivacional?	Cannabis.
18	Según el modelo de Marlatt y Gordon (1985) sobre las recaídas en las conductas adictivas, ¿qué mecanismo cognitivo explica la pérdida de control tras un primer episodio de recaída?:	El efecto de violación de la abstinencia.
19	¿Qué tipo de psicofármacos se utiliza habitualmente, junto con la terapia de conducta, en el tratamiento del alcoholismo?	Drogas interdictoras.
20	Según Gawin y Kéber (1986), una de las características principales del síndrome de abstinencia a la cocaína es:	Síntomas depresivos.
21	¿Cuál de las siguientes estrategias se ha revelado como "tratamiento eficaz empíricamente validado" para la adicción al alcohol?	Aproximación de reforzamiento comunitario
22	La miosis muy intensa es característica de la intoxicación por:	Heroína.
23	El conjunto de síntomas y signos que aparecen en una persona dependiente de una sustancia cuando deja bruscamente de consumirla, o la cantidad consumida es insuficiente, se denomina:	Síndrome de abstinencia.
24	El estado de adaptación caracterizado por la disminución de la respuesta a la misma cantidad de droga o por la necesidad de una dosis mayor para provocar el mismo grado de efecto farmacodinámico, es conocido como:	Tolerancia.
25	Entre las drogas ilegales, la más consumida en la población general es:	El cannabis.
26	El crash se refiere concretamente a:	Un estado de abatimiento intenso por abstinencia de cocaína.
27	¿Qué droga puede generar, cuando se consume con frecuencia, el fenómeno clínico recurrente denominado como flashbacks (reviviscencias)?:	LSD.

28	¿Cuál de las siguientes alteraciones del sueño es habitual durante el síndrome de abstinencia al alcohol?	Aumento del sueño MOR.
29	Si una persona dependiente del alcohol no consigue la sedación esperada con la dosis habitual de barbitúrico (por ejemplo, en la anestesia) es porque ha desarrollado:	Una tolerancia cruzada.
30	Según el DSM-IV-TR., un estado de ánimo disfórico acompañado de cambios fisiológicos como fatiga, sueños vívidos y des-gradables, insomnio o hipersomnia, aumento del apetito, y retraso o agitación psicomotora, son propios de un síndrome de abstinencia a:	Cocaína.
31	¿En cuál de los siguientes trastornos es frecuente utilizar fármacos junto al tratamiento psicológico por su complementariedad y mejora de su eficacia?	La dependencia de la heroína.

ESQUIZOFRENIA

32	Los estudios sobre diferencias con respecto al sexo en la esquizofrenia ponen de manifiesto que:	Hay una tendencia a un comienzo más temprano en hombres
33	¿Qué subtipo de esquizofrenia suele presentar un inicio en una edad más temprana?	Desorganizado o hebefrénico.
34	Crow (1980) señaló que los síntomas “positivos” de la esquizofrenia podrían estar relacionados con:	Incremento de los receptores dopaminérgicos.
35	El déficit neuropsicológico del paciente esquizofrénico se ha relacionado, fundamentalmente, con una disfunción:	Fronto temporal izquierda.
36	El núcleo de la teoría de Frith sobre el procesamiento de la información en la esquizofrenia es:	El defecto cognitivo básico (...) es una consciencia de los procesos automáticos que normalmente se llevan a cabo por debajo del nivel de consciencia.
37	Cuando nos referimos a un tipo de esquizofrenia con predominio de la sintomatología defectual y tendencia a la cronicidad en relación con cambios estructurales del cerebro, nos estamos refiriendo a:	Esquizofrenias Tipo II de Crow.
38	En el contexto de los desarrollos actuales del modelo de vulnerabilidad, se concibe como marcador estable:	Aquella alteración que está presente y se mantiene estable con independencia de la evolución o del estado clínico actual.
39	Se denomina discinesia a:	Movimientos involuntarios y extraños bucolinguales.
40	Entre las características que definen la naturaleza del deterioro cognitivo de los esquizofrénicos, está la siguiente:	Los esquizofrénicos se concentran en el detalle, en detrimento del tema o asunto central.
41	Los subtipos de esquizofrenia deben quedar definidos, según el DSM-IV, por:	La sintomatología predominante del cuadro clínico que motiva la evaluación o ingresos más recientes, pudiendo cambiar con el tiempo.

42	En el modelo de diátesis-estrés de psicopatología, ¿a qué se refiere la diátesis?	A una predisposición determinada a padecer un trastorno.
43	Un hallazgo consistente en diversos estudios neuromorfológicos hechos en pacientes esquizofrénicos es que en ellos:	Tienen los ventrículos laterales más grandes.
44	¿Cuál de los siguientes subtipos de esquizofrenia se parece más a la esquizofrenia tipo I de Crow?	Paranoide.
45	A partir de los resultados obtenidos en los estudios sobre eficacia realizados sobre el tratamiento de la Esquizofrenia, los tratamientos cognitivo-conductuales resultan útiles:	Para tratar los síntomas positivos.
46	Respecto a la posible función de la corteza cerebral en la esquizofrenia, diversos estudios sugieren que:	La actividad cortical frontal es generalmente menor en sujetos esquizofrénicos.
47	¿En qué trastorno mental la aparición de los síntomas se da en brotes, con exacerbaciones y remisiones parciales, y cursa con un deterioro progresivo?	Esquizofrenia.
48	Los tratamientos cognitivo-conductuales para los síntomas positivos de la esquizofrenia han mostrado su mayor utilidad:	En la fase estable del trastorno.
49	La denominada terapia de focalización (Slade y Bentall, 1988) se utiliza en el tratamiento de:	Las alucinaciones auditivas verbales en la esquizofrenia.
50	El subtipo paranoide de la esquizofrenia se caracteriza por la presencia, entre otros síntomas, de los siguientes:	Ideas delirantes de grandeza y/o persecución, y alucinaciones auditivas.

OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS

51	Señale de las siguientes afirmaciones sobre similitudes y diferencias entre la esquizofrenia y el trastorno delirante, cuál es correcta:	La esquizofrenia tiene un curso deteriorante mientras que la paranoia provoca un menor deterioro laboral y social.
52	El trastorno esquizofreniforme (según criterios DSM-IV-TR) se caracteriza por una presentación sintomática equivalente a la Esquizofrenia excepto por la duración que debe:	Durar al menos un mes, pero menos de seis meses.
53	Pocos días después de tener su primer hijo, Ana comenzó a manifestar creencias delirantes sobre seres extraños que le enviaban mensajes agresivos contra ella, su esposo o su hijo. Este episodio duró quince días, durante la exploración se constató la ausencia de antecedentes personales de cualquier trastorno mental. ¿Qué diagnóstico podría establecerse en este caso?:	Trastorno psicótico breve.