

1. **Señale qué afirmación es correcta en relación al coeficiente de fiabilidad de un test:**
 1. Ni la variabilidad de la muestra ni la longitud de la prueba son determinantes en la fiabilidad de un test.
 2. La variabilidad de la muestra es determinante en la fiabilidad de un test, pero la longitud de la prueba no afecta a este coeficiente.
 3. La longitud de la prueba es determinante en la fiabilidad de un test, pero la variabilidad de la muestra no afecta a este coeficiente.
 4. Tanto la variabilidad de la muestra como la longitud de la prueba son determinantes en la fiabilidad de un test.
 5. La variabilidad de los ítems y la longitud de la prueba son los determinantes en la fiabilidad de un test.

2. **Señale qué afirmación es correcta en relación a la validez factorial de un test:**
 1. La validez factorial es un tipo de validez predictiva.
 2. La validez factorial es un tipo de validez de constructo.
 3. La validez factorial es un tipo de validez discriminante.
 4. La validez factorial es un tipo de validez convergente.
 5. La validez factorial es un tipo de validez atenuada.

3. **Señale qué afirmación es correcta en relación al coeficiente de fiabilidad de un test:**
 1. El método de las formas paralelas mide, principalmente, la consistencia.
 2. El coeficiente de equivalencia no es, en sentido estricto, un coeficiente de fiabilidad.
 3. El método de las formas paralelas mide, principalmente, la estabilidad.
 4. El método de las formas paralelas mide, principalmente, covariación.
 5. En el método de las formas paralelas se puede denominar, al resultado, coeficiente de equivalencia.

4. **El Diferencial Semántico como técnica de medición de actitudes tiene como base:**
 1. La técnica Thurstone para escalas de actitud.
 2. El escalograma de Gutman.
 3. Una escala Likert.
 4. Escalas de adjetivos bipolares.
 5. Alternativas de respuesta graduadas.

5. **El diseño ex-post-facto es aquel en el que:**
 1. La variable dependiente es manipulada por el investigador.
 2. No existen variables independientes en la investigación.
 3. Sólo participa un sujeto en la investigación.
 4. La variable edad se estudia como variable dependiente.
 5. Tanto las variables independientes como la variable dependiente, han tomado sus valores antes de que intervenga el experimentador.

6. **Los efectos de la práctica y de la persistencia son propios de los diseños:**
 1. Intersujetos.
 2. De grupos aleatorios.
 3. De encuestas.
 4. Intragrupo.
 5. Observacionales.

7. **Una encuesta transversal para conocer el estado de expansión de una enfermedad recibe el nombre de:**
 1. Longitudinal.
 2. Ecológica.
 3. Epidemiológica.
 4. De Panel.
 5. De Cohorte.

8. **El Diseño Solomon se utiliza en metodología experimental cuando:**
 1. Se quiere controlar el efecto de la medida pretratamiento.
 2. No se dispone de medida pretratamiento.
 3. Se quiere controlar los efectos de la historia y la maduración.
 4. Solamente se dispone de dos grupos.
 5. No disponemos de grupos aleatorios.

9. **En un diseño factorial 2x3x2 existen:**

1. Doce variables independientes.
2. Tres variables dependientes.
3. Siete tratamientos experimentales.
4. Tres variables independientes.
5. Doce factores.

10. **En Metodología observacional, el registro del número de veces que llora un bebé en una sesión es considerado un índice de:**

1. Ocurrencia.
2. Latencia.
3. Duración.
4. Intensidad.
5. Potencia.

11. **¿Qué es un experimento "ciego"?:**

1. En el que uno de los grupos no recibe tratamiento.
2. En el que uno de los grupos recibe un "placebo".
3. En el que los sujetos desconocen si su situación es la de tratamiento o la de placebo.
4. En el que los sujetos no conocen al experimentador.
5. El que se realiza como experimento piloto.

12. **El tiempo que tarda una rata en recorrer un laberinto, se clasificaría como una variable:**

1. Del estímulo.
2. Cualitativa.
3. Cuantitativa.
4. Ambiental.
5. Discreta.

13. **La amenaza a la validez de un experimento denominada "Maduración" hace referencia al tipo de validez denominada:**

1. Externa.
2. Interna.
3. De constructo.
4. Ecológica.
5. De conclusión estadística.

14. **En la formulación de la hipótesis "si X, entonces Y"**

1. X representa a la variable dependiente.

2. Y representa a la variable independiente.
3. X e Y son las variables dependientes.
4. X e Y son las variables independientes.
5. Y representa a la variable dependiente.

15. **Las siguientes hipótesis nulas: $H_0: \eta_1 = \eta_2$ y $H_0: \eta_1 \geq \eta_2$, expresan:**

1. Un contraste unilateral izquierdo y un contraste bilateral, respectivamente.
2. Un contraste unilateral derecho y un contraste unilateral izquierdo, respectivamente.
3. Un contraste bilateral y un contraste unilateral derecho, respectivamente.
4. Un contraste bilateral y un contraste unilateral izquierdo, respectivamente.
5. Un contraste unilateral izquierdo y un contraste unilateral derecho, respectivamente.

16. **Cuando se aplica el estadístico CHI CUADRADO de Pearson para la independencia de variables, la hipótesis alternativa, de una forma general, será:**

1. En la muestra, la variable dependiente observada X, no es independiente de la variable dependiente observada Y.
2. En la población, la variable dependiente observada X, es independiente de la variable dependiente observada Y.
3. En la muestra, la variable independiente aplicada X, es independiente de la variable dependiente observada Y.
4. En la población, la variable dependiente observada X, no es independiente de la variable independiente aplicada Y.
5. En la población, la variable dependiente observada X, no es independiente de la variable dependiente observada Y.

17. **¿Cuál de las siguientes frases es errónea si nos referimos a las condiciones que deben cumplir los datos para aplicar como estadístico de contraste una T de Student para dos muestras independientes?:**

1. Variable independiente medida a nivel de intervalo.
 2. Poblaciones normales no mayor que 29 sujetos en cada muestra.
 3. Supuesto de homocedasticidad (si las varianzas son desconocidas) o tamaños iguales de ambas muestras si no se da este supuesto de homocedasticidad.
 4. Variable dependiente medida a nivel de intervalo.
 5. Las n_1+n_2 observaciones son independientes y aleatorias.
18. **Entre las características que indican la bondad de los estimadores se encuentran:**
1. La suficiencia y el sesgo.
 2. La suficiencia y la eficiencia.
 3. El sesgo y la eficiencia.
 4. La inconsistencia y la carencia de sesgo.
 5. La representatividad y la carencia de sesgo.
19. **Señale la afirmación correcta de entre las cinco siguientes:**
1. Una variable debe ser un subconjunto representativo.
 2. Un estadístico es un valor numérico que describe una característica de una población.
 3. Una muestra es un conjunto de elementos de una población.
 4. Un parámetro es un valor numérico que describe una característica de una muestra.
 5. Lo más característico de una población es que todos los elementos son identificables.
20. **La afirmación "el discurso familiar de jóvenes esquizofrénicos podría caracterizarse por una falta de compromiso de ideas y una dificultad para articularlas claramente" corresponde al enfoque:**
1. Individual-estático.
 2. Individual-genético.
 3. Interaccional-estático.
 4. Interaccional-genético.
 5. Individual-estático e Individual-genético.
21. **¿Cuál de los siguientes factores influye en el mantenimiento de los delirios o los refuerzan en un clima de resistencia externa?:**
1. Las disfunciones cerebrales.
 2. Las variables de la situación.
 3. La personalidad.
 4. El estado afectivo.
 5. Los sesgos en las atribuciones.
22. **El frotteurismo se puede considerar como:**
1. Una parafilia que consiste en la obtención del placer sexual, ya sea de forma preferente o exclusiva, a través del frotamiento de los órganos genitales del cuerpo de una persona desconocida y sin consentimiento de ésta.
 2. Una parafilia que se caracteriza porque la principal fuente de excitación sexual para el sujeto es la contemplación de personas desnudas o realizando algún tipo de actividad sexual.
 3. Un trastorno de la excitación sexual caracterizado por un fallo parcial o completo en obtener o mantener la respuesta de tumefacción y lubricación propia de la excitación sexual hasta la terminación de la actividad sexual.
 4. Un trastorno del orgasmo caracterizado por la persistente dificultad o incapacidad para obtener orgasmos dada una estimulación adecuada y una fase de excitación normal.
 5. Un trastorno del orgasmo caracterizado por una eyaculación incontrolable ante una estimulación sexual mínima y antes de que el individuo lo desee.
23. **¿Cuál es la característica clínica esencial de la Anorexia Nerviosa?:**
1. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obesa.
 2. Distorsión de la imagen corporal.
 3. Amenorrea.
 4. Alteración de la percepción del peso.
 5. El rechazo a mantener el peso por encima del valor mínimo normal para su edad y talla.
24. **¿Cuál de los siguientes tipos de jugador patológico (ludópata) está**

incluido en la clasificación propuesta por Bergler?

1. El jugador social.
2. El jugador neurótico.
3. El jugador problema.
4. El pseudojugador defensivo.
5. El jugador de tiempo libre.

25. **La aparición de los cuadros catatónicos es frecuente:**

1. En los trastornos de personalidad.
2. En alteraciones de los ganglios basales, límbicos y diencefálicos.
3. En trastornos que cursan de forma aguda. aparecen crisis catatónicas de modo súbito, de unos segundos de duración y tienden a repetirse.
4. En individuos neuróticos con tendencias obsesivas.
5. En las depresiones, particularmente en las psicóticas.

26. **¿Cuál de las siguientes afirmaciones o características NO se corresponde con la definición de temblores de reposo?**

1. Consisten en movimientos de corto recorrido con oscilaciones finas y rápidas de las extremidades distales de los dedos.
2. Generalmente se acompañan de rapidez muscular y ausencia o disminución de movimiento.
3. No suelen desaparecer o atenuarse con control voluntario o cuando el sujeto inicia alguna actividad intencional.
4. Poseen una frecuencia de cuatro o cinco oscilaciones.
5. Es un trastorno psicomotor.

27. **Entre las teorías conductuales sobre los trastornos depresivos se encuentra el enfoque de Peter Lewinsohn. ¿Cuál es el agente desencadenante de la depresión, según este autor?:**

1. La reducción generalizada en la frecuencia de las conductas.
2. La reducida frecuencia de conductas reforzadas positivamente que sirven para controlar el miedo y el exceso de conductas de evitación ante estímulos aversivos.

3. El reforzamiento insuficiente en los principales dominios vitales de una persona, es decir, pérdida o falta de refuerzos más contingentes a la conducta.
4. La pérdida de interés general por el medio, explicada por una pérdida general de la eficacia de los reforzadores.
5. Un déficit en el repertorio de conductas de autocontrol interactuando con la pérdida o ausencia de reforzadores externos.

28. **Un programa de intervención que revisa las estrategias de afrontamiento de una persona infectada por el VIH, puede entenderse como un programa de:**

1. Prevención primaria.
2. Prevención secundaria.
3. Prevención terciaria.
4. Intervención en crisis.
5. El ejemplo no se corresponde con un programa de intervención.

29. **Entre los tipos de esquizofrenia que contempla el sistema de la clasificación de la APA (DSM-IV), ¿cuál de ellos se corresponde con el propuesto por Kraepelin y Bleuler como tipo hebefrénico?:**

1. Tipo desorganizado.
2. Tipo indiferenciado.
3. Tipo paranoide.
4. Tipo catatónico.
5. Tipo residual.

30. **Entre las características que definen la naturaleza del deterioro cognitivo de los esquizofrénicos, está la siguiente:**

1. Los esquizofrénicos se concentran en el detalle, en detrimento del tema o asunto central.
2. Estos pacientes dedican la misma capacidad de procesamiento a los estímulos internos que a los externos irrelevantes.
3. Los esquizofrénicos mantienen una organización conceptual fuerte.
4. Los esquizofrénicos son capaces de utilizar estrategias de procesamiento en serie.
5. Los esquizofrénicos reducen tanto la redundancia estimular que pierden de

vista el contexto en el que se produce la información a procesar.

31. **¿Cuál de estas características NO es propia del autismo infantil?:**

1. Patrones de conductas repetitivas y estereotipadas.
2. Conductas autolesivas.
3. Regresión profunda y desintegración conductual tras tres o cuatro años de aparente desarrollo normal.
4. Déficit social.
5. Desarrollo inadecuado del lenguaje.

32. **Si hablamos de la categorización de los trastornos de ansiedad, ¿qué cambio importante se produce en el DSM-IV con respecto al DSM-III-R?:**

1. La introducción de los tipos de fobia específica.
2. La consideración del trastorno de pánico como primario de la agorafobia.
3. La definición y categorización por primera vez del trastorno de estrés postraumático.
4. La separación de los trastornos de ansiedad de los trastornos somatoformes.
5. El establecimiento de criterios de diagnóstico jerárquicos.

33. **De acuerdo con el sistema clasificatorio DSM-IV, el aspecto básico del Trastorno de Conversión sería:**

1. El síntoma o déficit no se produce intencionadamente ni de manera fingida.
2. Se considera que los factores psicológicos están asociados al síntoma o déficit debido a que el inicio o exacerbación de ambos está precedido por conflictos y otros estresores.
3. Preocupación por el miedo a tener, o la idea de que uno tiene, una enfermedad grave, que se basa en la interpretación errónea que hace la persona de los síntomas corporales.
4. Preocupación por un defecto imaginado en la apariencia. Si existe una leve anomalía física, la preocupación de la persona es marcadamente excesiva.

5. Presencia de síntomas o déficits no deliberados que afectan al funcionamiento motor voluntario o sensorial, lo que hace pensar en la existencia de una condición médica general.

34. **Acerca de la naturaleza del deterioro cognitivo de los esquizofrénicos, podemos hacer todas las afirmaciones siguientes, menos una. Indique cuál:**

1. Se produce una consciencia de los procesos automáticos que normalmente se llevan a cabo de modo inconsciente.
2. El procesamiento automático fracasa porque la actividad se da a nivel de procesamiento secuencial consciente controlado.
3. Los esquizofrénicos se concentran en el detalle.
4. Se ha postulado un fracaso en la focalización de la atención para responder a la redundancia estimular.
5. Se cree que los esquizofrénicos mantienen una organización conceptual fuerte y usan estrategias de procesamiento en serie.

35. **Un paciente deprimido se quejaba de que todo lo que comía le resultaba igual de insípido y de que todo lo que veía tenía el mismo color o tonalidad grisácea. Cuando le pedimos que describiera los colores del cuadro que tenía delante, los identificó correctamente, y también distinguió perfectamente entre un alimento salado y uno dulce. Este paciente presentaba:**

1. Percepciones delirantes.
2. Ilusiones referidas a la intensidad de los estímulos.
3. Distorsiones perceptivas referidas a la cualidad de los estímulos.
4. Pseudoalucinaciones.
5. Deja vu.

36. **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:**

1. Confabulación.
 2. Jamais vù.
 3. Estado de fuga.
 4. Síndrome de Munchausen.
 5. Fase aguda de Wernicke.
37. **Las pseudoalucinaciones son:**
1. Imágenes mentales patológicas.
 2. Distorsiones perceptivas.
 3. Distorsiones del recuerdo.
 4. Paramnesias.
 5. Pseudologías perceptivas.
38. **En la cuarta edición del Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), las ideas delirantes se definen como creencias falsas que se basan en inferencias incorrectas sobre la realidad externa. Sin embargo, el criterio de "inferencia incorrecta" es más propio de:**
1. Un trastorno formal del pensamiento.
 2. Un delirio secundario.
 3. Una alucinación deliroide.
 4. Un trastorno de la atención (por ej., hipervigilancia).
 5. Una idea sobrevalorada.
39. **¿Cuál de las siguientes características se pueden utilizar para diferenciar entre delirios primarios y secundarios?:**
1. Los primarios preocupan al sujeto y los secundarios no.
 2. Los primarios son inmodificables, pero los secundarios se pueden modificar ante las evidencias en contra.
 3. Los primarios tienen un carácter original e inderivable, y los secundarios no.
 4. Los primarios son egodistónicos y los secundarios no.
 5. Los primarios son autorreferentes y los secundarios no.
40. **"Cuando me desperté sentí como una oleada de intenso frío interior y fue entonces cuando vi que mi corazón había salido de mi cuerpo y yacía en el suelo". Esta experiencia indica la presencia de:**
1. Una percepción delirante.
 2. Un delirio hipocondríaco.
 3. Una alucinación somática.
 4. Una metamorfopsia.
 5. Una imagen eidética.
41. **Se ha constatado que los esquizofrénicos mejoran su rendimiento en tareas que ponen a prueba la memoria cuando:**
1. Se les induce a organizar el material a recordar, tanto en la codificación del mismo como en su recuperación.
 2. Se les deja libertad para organizar el material a recordar, especialmente en la fase de codificación.
 3. Se les proporcionan intervalos preparatorios largos y regulares para la preparación de la respuesta.
 4. Se les induce a fijar el foco atencional en las sensaciones interoceptivas durante la fase de aprendizaje.
 5. Se manipula la memoria implícita en la codificación del material a recordar, y la explícita en la fase de recuperación del mismo.
42. **Según la Teoría Asociativa de la Interferencia (TAI):**
1. El olvido se explica apelando a los efectos de la interacción inhibitoria de las conexiones estímulo-respuesta.
 2. La repetición es el mecanismo necesario y suficiente para que se produzca la consolidación y, por lo tanto, para evitar o disminuir el olvido.
 3. La cantidad de nueva información que se retiene, está modulada tanto por lo que se aprendió antes, como por lo que se aprenderá después.
 4. La interferencia proactiva es el término que se utiliza para aludir al hecho de que el aprendizaje de nuevo material interfiere con el antiguo.
 5. La interferencia retroactiva es un concepto similar al de la clásica Ley de Ribot.
43. **La amnesia retrógrada consiste en:**
1. Incapacidad para recordar información semántica, aunque se conserva la memoria episódica, después de haber sufrido un traumatismo.
 2. Incapacidad para recordar lo sucedido durante algún período

- circunscrito del pasado, como consecuencia de un trauma emocional.
3. Incapacidad para fijar nuevos conocimientos después de un trauma craneal.
 4. Incapacidad para recordar el pasado autobiográfico, como consecuencia de un traumatismo.
 5. Un déficit global y permanente de memoria que se instaura lentamente y progresa de forma irreversible.
44. **Cuando una persona sufre amnesia anterógrada:**
1. Presenta también como consecuencia afasia.
 2. No retiene información ni siquiera a corto plazo.
 3. Muestra un efecto de facilitación ("priming") normal en tareas no deliberadas de memoria.
 4. No puede retener habilidades o destrezas nuevas.
 5. Presenta un rendimiento normal en recuerdo libre, pero fracasa en tareas de reconocimiento.
45. **La amnesia psicógena:**
1. Es una amnesia de tipo anterógrado.
 2. Abarca pérdidas que afectan a todos los conocimientos adquiridos anteriores al trauma.
 3. Conlleva pérdida irreversible de información personal y de procedimientos.
 4. Es una amnesia de tipo retrógrado.
 5. Se produce como consecuencia de un traumatismo craneo-encefálico.
46. **¿Qué procedimiento experimental de aprendizaje produce un aumento de la probabilidad de la emisión de la respuesta mediante la terminación o la usencia del reforzador?:**
1. Recompensa.
 2. Refuerzo positivo.
 3. Refuerzo negativo.
 4. Omisión.
 5. Castigo.
47. **¿Qué son los reforzadores secundarios?:**
1. Son aquellos estímulos innatos o incondicionados que se utilizan principalmente en las investigaciones con animales.
2. Son los estímulos que son contiguos a un reforzador y que producen los mismos efectos que éste.
 3. Son reforzadores de segunda categoría que carecen de fuerza asociativa.
 4. Son aquellas respuestas que se realizan después de emitir la respuesta operante.
 5. Son respuestas incondicionadas que actúan en los condicionamientos de orden superior.
48. **¿Qué paradigma experimental utiliza un procedimiento con dos programas de intervalo para conseguir un aprendizaje de evitación sin estímulo discriminativo?:**
1. El paradigma de evitación de Mowrer.
 2. El paradigma de evitación de Skinner.
 3. El paradigma de evitación de Thorndike.
 4. El paradigma de evitación de Sidman.
 5. El paradigma de evitación de Rescorla.
49. **¿Qué tipo de memoria mantiene la impresión sensorial un par de segundos hasta que actúan los procesos de reconocimiento?:**
1. Memoria fotográfica.
 2. Memoria inmediata.
 3. Memoria a corto plazo.
 4. Memoria implícita.
 5. Memoria sensorial.
50. **¿Cómo se llama el campo interdisciplinario que se centra en el modo en que los ordenadores, los animales y los humanos adquieren, representan y usan la información?:**
1. Ciencia conductual.
 2. Inteligencia artificial.
 3. Ciencia cognitiva.
 4. Cibernética.
 5. Informática.
51. **En la psicología de los condicionamientos, a la primera reacción normal de un organismo que se presenta ante cualquier estímulo nuevo que aparece o que cambia de atributos, la denominan:**

1. Instinto.
 2. Reflejo de orientación.
 3. Reflejo incondicionado.
 4. Mecanismo de defensa.
 5. Respuesta primaria.
52. **¿Qué sensaciones son las que informan sobre la situación en el espacio del organismo en general y del aparato motriz sustentador en particular?:**
1. Las sensaciones protopáticas.
 2. Las sensaciones exteroceptivas.
 3. Las sensaciones interoceptivas.
 4. Las sensaciones propioceptivas.
 5. Las sensaciones epicríticas.
53. **¿Qué importante teoría de la emoción argumentó que los sucesos externos producen cambios fisiológicos en las personas y la percepción de estos cambios lleva a las emociones?:**
1. La teoría de James–Lange.
 2. La teoría de Cannon–Bard.
 3. La teoría cognitiva de Schachter y Singer.
 4. La teoría somática de las emociones.
 5. La teoría de la emoción del proceso y su contratio.
54. **¿Qué fenómeno, dentro del condicionamiento clásico, consiste en la reaparición de la respuesta condicionada después de la extinción ante la presentación del EC solo?:**
1. El recondicionamiento.
 2. La recuperación espontánea.
 3. La adquisición de demora.
 4. La resistencia a la extinción.
 5. La irrelevancia aprendida.
55. **En el condicionamiento clásico, se entiende por latencia de respuesta al tiempo:**
1. Que dura la emisión de la respuesta condicionada.
 2. Transcurrido desde la aparición del estímulo condicionado hasta que se inicia la respuesta condicionada.
 3. Transcurrido desde la finalización del estímulo condicionado hasta la finalización de la respuesta condicionada.
 4. Transcurrido desde la aparición del estímulo condicionado hasta que la respuesta condicionada alcanza su máxima amplitud.
 5. Transcurrido desde la aparición del estímulo condicionado hasta la finalización de la respuesta condicionada.
56. **Según la teoría de Maslow, existe una jerarquización en la motivación, que representó en forma de pirámide, de tal modo que en la cúspide se encuentran las necesidades:**
1. De autorrealización.
 2. De estima.
 3. De pertenencia.
 4. De seguridad.
 5. Fisiológicas.
57. **Para Albert Bandura, el aprendizaje por imitación se produce por:**
1. Asociación.
 2. Ensayo y error.
 3. Adquisición de representaciones cognitivas.
 4. Retroalimentación propioceptiva.
 5. Contigüidad modelo–observador.
58. **Según la Teoría de Detección de Señales, el ruido:**
1. Nunca está presente.
 2. Se presenta después de la señal.
 3. Se presenta antes de la señal.
 4. Está presente siempre.
 5. Es igual a la señal.
59. **Al patrón de conducta, heredado, específico y estereotipado, que se descarga ante ciertos estímulos específicos del ambiente, lo llamamos:**
1. Aprendizaje.
 2. Condicionamiento.
 3. Primera experiencia.
 4. Instinto.
 5. Experiencia temprana.
60. **¿A qué concepto pertenece la siguiente definición?: “es el decremento hasta la desaparición, de reacciones no asociativas o respuestas innatas por la repetición**

de las mismas, sin la intervención de ningún proceso asociativo”:

1. Extinción.
2. Habitación.
3. Sensibilización.
4. Pseudocondicionamiento.
5. Inhibición interna.

61. **¿Con qué proceso del condicionamiento clásico consiguió Pavlov provocar conductas neuróticas en los perros de su laboratorio?:**

1. Adquisición.
2. Extinción.
3. Inhibición.
4. Generalización.
5. Discriminación.

62. **Los subparadigmas del condicionamiento operante son:**

1. Recompensa, defensa, evitación y castigo.
2. Castigo, recompensa y evitación.
3. Recompensa, castigo, evitación y omisión.
4. Defensa, castigo, omisión y recompensa.
5. Recompensa, castigo y defensa.

63. **A la capacidad de sujeto de mantener la atención durante un tiempo a un *input* concreto y determinado, se denomina:**

1. Atención sostenida.
2. Atención selectiva.
3. Atención sensorial.
4. Claridad de conciencia.
5. Activación sensorial.

64. **El término “bipolar”, aplicado a los trastornos del estado de ánimo, significa:**

1. Presencia alternada y continua de episodios depresivos y maníacos.
2. Mayor frecuencia de episodios maníacos que depresivos.
3. Transición rápida de episodios de manía a otros depresivos.
4. Aparición de episodios de manía, con o sin historia de episodios depresivos.
5. Mayor duración de episodios maníacos frente a una duración

mucho más breve de los episodios depresivos.

65. **Cuando una persona ha sufrido episodios depresivos y episodios hipomaníacos, presenta un trastorno:**

1. Bipolar I.
2. Bipolar II.
3. Ciclotimia.
4. Hipomanía.
5. Depresivo mayor recurrente.

66. **Señale cuál de las siguientes características es excluyente para el diagnóstico de trastorno distímico:**

1. Sentimientos de desesperanza.
2. Alteraciones en el apetito.
3. Ideación suicida.
4. Episodio depresivo mayor durante los 2 primeros años de la alteración.
5. Anhedonia.

67. **Uno de los criterios diagnósticos del trastorno de somatización según el DSM-IV es la presencia de:**

1. Intencionalidad en la provocación de los síntomas.
2. Preocupación por llegar a padecer de un dolor físico.
3. Varios síntomas: dolor, molestias gastrointestinales, sexuales y pseudo-neurológicos.
4. La intrusión de creencias sobre la idea sobrevalorada de la salud.
5. Déficits que afectan a las funciones motoras voluntarias o señoriales, sugiriendo una enfermedad neurológica o médica.

68. **Los trastornos disociativos se diferencian de los síndromes mentales orgánicos (debido a condición médica general, sustancias, etc) en que en los primeros se producen:**

1. Pérdidas o déficits más importantes en la memoria a corto plazo que en la memoria a largo plazo.
2. Alteraciones en la memoria sensorial, pero no en la memoria de trabajo.
3. Alteraciones en las fases de adquisición y codificación de la memoria.
4. Pérdidas de memoria circunscritas al material personalmente relevante.

5. Alteraciones en las funciones intelectuales y cognoscitivas.
69. **La desesperanza es el mecanismo etiológico de la denominada por Abramson, Metalsky y Alloy (1989) como "depresión por desesperanza". Estos autores entienden por desesperanza:**
1. Aprendizaje de que existe una independiencia entre las respuestas de la persona y las consecuencias ambientales.
 2. Historia de fracasos en el manejo de situaciones.
 3. Expectativa negativa acerca de la ocurrencia de un suceso, valorado como muy importante por el individuo.
 4. Inescapabilidad.
 5. Indefensión.
70. **A la explicación de que la ansiedad patológica se genera a través de un condicionamiento pavloviano tipo B, explicando igualmente cómo se mantiene e incrementa en lugar de extinguirse, se le denomina:**
1. Teoría de la incubación.
 2. Modelo de condicionamiento clásico de Watson y Rayner.
 3. Modelo bifactorial.
 4. Teoría de la preparación.
 5. Teoría bioinformacional.
71. **El temor acusado y persistente, circunscrito a una o varias situaciones sociales en las que la persona se ve expuesta o valorada por gente que no pertenece a su ámbito familiar, constituye el núcleo fundamental del trastorno denominado:**
1. Fobia social.
 2. Fobia específica: subtipo personal.
 3. Trastorno paranoide de la personalidad.
 4. Trastorno esquizoide de la personalidad.
 5. Trastorno de la personalidad por dependencia.
72. **En el trastorno de ansiedad generalizada, el contenido de la preocupación ansiosa consiste en:**
1. Preocupación por tener múltiples síntomas somáticos o llegar a padecer una grave enfermedad.
 2. Preocupación por la aparición de pensamientos intrusivos, recurrentes e irracionales.
 3. Preocupación sobre diversos temas de la vida cotidiana.
 4. Preocupación por alejarse de casa.
 5. Preocupación por tener un próximo ataque de pánico.
73. **Cuando una persona experimenta crisis de angustia inesperadas y recidivantes y, al menos durante un mes, gran inquietud por la posibilidad de padecer otra crisis y preocupación por las consecuencias que ésta pueda tener, cumple criterios diagnósticos para:**
1. Crisis de angustia o ataques de pánico.
 2. Trastorno de angustia con o sin agorafobia.
 3. Agorafobia.
 4. Trastorno de ansiedad generalizada.
 5. Fobia específica (a la enfermedad).
74. **En contraste con la fobia específica a las enfermedades, en la hipocondría:**
1. El individuo tiene miedo a contraer una enfermedad.
 2. El individuo se preocupa por padecer una enfermedad.
 3. El individuo evita la comprobación de sus síntomas.
 4. Los estímulos que suscitan el temor suelen ser externos (p. ej., hospitales).
 5. Los síntomas son más específicos y estables.
75. **Entre las reacciones emocionales que el paciente presenta ante su déficit o disfunción en el trastorno de conversión, se encuentra "la belle indifférence", reacción que actualmente se considera:**
1. No definitiva, como criterio diagnóstico.
 2. Una actitud dramática o histriónica.
 3. Consecuencia de la consistencia de los síntomas de conversión.
 4. Una actitud de derrota.
 5. Característica esencial en el diagnóstico diferencial del trastorno

de conversión con respecto a una condición médica.

76. **Las personas muy preocupadas por su aspecto físico presentan pensamientos intrusivos y rituales con respecto a su aspecto, pero sólo se debe realizar el diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo cuando:**

1. Presentan ideas sobrevaloradas sobre la delgadez.
2. Presentan ideas sobrevaloradas sobre la belleza.
3. El contenido del pensamiento o los rituales no se circunscriben únicamente al aspecto físico.
4. La preocupación por el defecto imaginario es delirante.
5. La persona se auto-agrede por su aspecto físico.

77. **¿Cuál de las siguientes características es típica del trastorno de despersonalización?:**

1. Creencia delirante de haber cambiado de identidad.
2. Creencia persistente de que alguien impone y guía los actos, pensamientos o procesos mentales de la propia persona.
3. Experiencia de que el individuo está cambiando de personalidad y ya no es como era antes.
4. Experiencia que se produce debido al efecto de una condición médica general.
5. Experiencias persistentes de distanciamiento, o de ser un observador externo de los propios procesos mentales o del cuerpo.

78. **El concepto de disociación (desagregation) acuñado por Janet, hace referencia:**

1. Ruptura de la vida mental (normalmente integrada por diversos componentes) y a la falta de integración entre diversas partes de la personalidad.
2. Ruptura de las asociaciones típicas de la demencia precoz.
3. Fusión del yo con el entorno.
4. Sinestias y aglomeraciones perceptivas.

5. Agnosias visuales y auditivas (ceguera y sordera mental).

79. **Cuando la persona busca asumir el papel de enfermo, y finge o produce intencionadamente signos o síntomas físicos o psicológicos sin que haya incentivos externos para ello, nos encontramos ante:**

1. Trastorno antisocial de la personalidad.
2. Simulación.
3. Trastorno facticio.
4. Trastorno de conversión.
5. Trastorno límite de la personalidad.

80. **¿Con qué otra alteración puede confundirse la ludopatía o juego patológico y, por tanto, ha de hacerse un buen diagnóstico diferencial y excluir uno de los dos?:**

1. Trastorno obsesivo compulsivo.
2. Trastorno antisocial de la personalidad.
3. Episodio maníaco.
4. Alcoholismo.
5. Trastorno límite de la personalidad.

81. **Señale lo que diferencia a los pensamientos que se producen en un trastorno obsesivo-compulsivo de los que aparecen en un trastorno por estrés postraumático:**

1. La recurrencia.
2. La intrusividad.
3. La relación con un acontecimiento traumático.
4. La presencia de imágenes.
5. Su contenido desagradable e insoportable para la persona.

82. **¿En cuál de los siguientes trastornos alimentarios NO se producen conductas compensatorias inapropiadas con el fin de no ganar peso (vómitos, laxantes, diuréticos, ayuno, ejercicio excesivo...)?:**

1. Trastorno por atracón.
2. Anorexia nerviosa subtipo purgativo.
3. Anorexia nerviosa subtipo restrictivo.
4. Bulimia nerviosa subtipo purgativo.
5. Bulimia nerviosa subtipo no purgativo.

83. **El prototipo del individuo con n trastorno de personalidad por evitación es el de una persona que evita:**

1. Las situaciones sociales porque ni desea ni disfruta de ellas.
2. Tomar cualquier decisión si no cuenta antes con el consejo y aprobación total de los demás.
3. Quedarse solo porque se siente indefenso e incapaz de cuidar adecuadamente de si mismo.
4. Las relaciones sociales por sentimientos de inadecuación e hipersensibilidad a una posible evaluación negativa por parte de los demás.
5. Las situaciones sociales en las que no es el centro de atención de los demás.

84. **Cuando en la persona se da un patrón general de inestabilidad en la relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad, estamos hablando de lo que caracteriza al trastorno de la personalidad:**

1. Histriónico.
2. Paranoide.
3. Límite.
4. Esquizoide.
5. Esquizotípico.

85. **A los episodios recurrentes de despertares bruscos, que se producen generalmente durante el primer tercio del episodio de sueño mayor, que se inician con un grito de angustia, y con amnesia posterior de los propios episodios, se les denomina:**

1. Pesadillas.
2. Trastorno parasómnico de la conciencia.
3. Amnesia post-traumática.
4. Amnesia disociativa.
5. Terrores nocturnos.

86. **Dentro de los trastornos del deseo sexual se encuentra:**

1. Trastorno de la excitación sexual en la mujer.
2. Trastorno de la erección en el varón.
3. Trastorno por aversión al sexo.

4. Trastorno orgásmico femenino.
5. Eyaculación precoz.

87. **La esquizofrenia caracterizada por la preocupación por una o más ideas delirantes o alucinaciones auditivas frecuentes corresponde al tipo:**

1. Paranoide.
2. Delirante.
3. Catatónico.
4. Desorganizado.
5. Esquizofreniforme.

88. **¿Cuál es la característica central del trastorno delirante?:**

1. El contenido del delirio es extraño o extravagante.
2. Se dan alucinaciones predominantemente auditivas o visuales.
3. La actividad psicosocial del individuo está deteriorada significativamente.
4. La alteración se debe a los efectos fisiológicos de una sustancia.
5. De haber alucinaciones, suelen ser táctiles u olfativas y relacionadas con la temática delirante.

89. **¿Qué trastorno de personalidad aparece como consecuencia de una alteración leve en el patrón básico de personalidad independiente–pasivo?:**

1. Antisocial.
2. Histriónico.
3. Esquizoide.
4. Obsesivo–compulsivo.
5. Narcisista.

90. **En evaluación psicológica, las técnicas subjetivas, se consideran:**

1. Enmascaradas, no estructuradas y directivas.
2. Enmascaradas, estructuradas y no voluntarias.
3. No enmascaradas, semiestructuradas y no voluntarias.
4. Semiestructuradas, controlables y no directivas.
5. No enmascaradas, no estructuradas y voluntarias.

91. **El modelo evaluativo del atributo se caracteriza por:**

1. Considerar la conducta en función de determinantes internos y utilizar experimentos como estrategias de investigación y recogida de datos.
 2. Considerar la conducta en función de variables tanto externas como internas, siendo aquella específica para cada situación.
 3. Considerar la conducta en función de variables internas y usar cuestionarios, escalas y test en la recogida de datos.
 4. Trabajar con un nivel de inferencia IV.
 5. Utilizar la observación en medios naturales como método básico de trabajo.
92. **En el Rorschach, la Combinación Fabulatoria es un tipo de respuesta que consiste en:**
1. Incluir frases enteras que resultan irrelevantes para la respuesta.
 2. Utilizar palabras incorrectas o neologismos.
 3. Relacionar de forma inverosímil e inadmisibles dos o más objetos identificados en la mancha.
 4. Fusionar dos o más percepciones, violando claramente la realidad.
 5. Usar el movimiento de forma claramente agresiva.
93. **¿Qué es el Índice de Goldberg en la interpretación de MMPI?:**
1. Un indicador de la probabilidad de que un sujeto sea psicótico.
 2. Una forma de discriminar trastornos físicos orgánicos y funcionales.
 3. Un indicador de la probabilidad de suicidio.
 4. Una forma de discriminar si un perfil es agudo o crónico.
 5. Una forma de evaluar la conducta impulsiva.
94. **La escala "VRIN" del MMPI-2 evalúa la tendencia del sujeto a:**
1. Responder de forma socialmente aceptable.
 2. Presentar una mala imagen de sí mismo.
 3. Responder como verdadero (aquiescencia) a los diferentes ítem de la prueba.
 4. Responder de una forma inconsistente a lo largo de la prueba.
 5. Responder de forma azarosa.
95. **¿Qué diferencia el NEO PI-R (Inventario de Personalidad NEO-Revisado) del NEO PI (Inventario de Personalidad NEO)?:**
1. Nada, ambos tienen los mismos factores estructurados de la misma forma.
 2. Las facetas de los factores A (Amabilidad) y C (Responsabilidad), que sólo estaban señaladas de manera implícita en la primera versión (NEO PI).
 3. La exclusión del factor Apertura a la Experiencia, que ha sido depurado en los análisis factoriales.
 4. La inclusión de un sexto factor (Dependencia), que se añade a los cinco grandes de la primera versión.
 5. El que sólo se pueden aplicar individualmente.
96. **La escala de inteligencia Wechsler para Adultos III (WAIS-III):**
1. Pertenece a la segunda generación de revisiones de las escalas de Wechsler.
 2. Tiene entre sus características novedosas el haber ampliado el ámbito de edad de aplicación y el haber bajado el "suelo" de los coeficientes.
 3. Es una forma paralela de WAIS-R.
 4. No tiene subtest que midan adecuadamente el razonamiento fluido.
 5. No es adecuada para utilizarse en sujetos de edades avanzadas.
97. **Los criterios utilizados por Pervin para elaborar su clasificación de las técnicas de evaluación son:**
1. Psicométricos, conductuales y observacionales.
 2. Grado de estructuración, subjetividad y ordenación.
 3. Tipo de material y población a la que se aplican.
 4. Estructuración, volutariedad y enmascaramiento.
 5. Tipo de construcción y tipo de rendimiento.

98. **Las técnicas de evaluación de tipo proyectivo se caracterizan por ser:**

1. Enmascaradas, no estructuradas y subjetivas.
2. Enmascaradas, estructuradas y no voluntarias.
3. No enmascaradas, semiestructuradas y no voluntarias.
4. Semiestructuradas, controlables y no directivas.
5. No enmascaradas, no estructuradas y voluntarias.

99. **¿En cuál de las siguientes alternativas se incluyen sólo técnicas subjetivas?:**

1. Clasificación Q de California (Block), Diferencial Semántico (Osgood), Lista de Adjetivos (Gough y Heilbrun).
2. Técnica Q del Autoconcepto (Fierro) y Técnica "Z" (Zulliger).
3. Test de la Aldea, Test Pata Negra y Rejilla de Kelly.
4. Lista de adjetivos para la depresión (Lubin) y Cuestionario de Personalidad de California (Gough).
5. Test de relaciones objetales (Phillipson), Diferencial Semántico (Osgood) y Test de Constructos Personales (Kelly).

100. **El Test Pata Negra es:**

1. Una técnica proyectiva de aplicación infantil y de tipo temático.
2. Una técnica subjetiva que evalúa alteraciones físicas de tipo funcional.
3. Un inventario que explora alteraciones de tipo psicossomático.
4. Una técnica proyectiva de tipo gráfico y aplicación en la edad adulta.
5. Una estrategia de la exploración basada en la metodología Q de Stephenson.

101. **El test de Habilidades Psicolingüísticas de Illinois (ITPA):**

1. Está basado en el modelo de comunicación de Reynell.
2. Es un procedimiento no estandarizado para el análisis de la comprensión verbal.
3. Tiene dos escalas independientes: comprensión verbal y expresión verbal.

4. Consta de diez subtests básicos y dos suplementarios distribuidos en tres dimensiones: nivel, proceso y canal.
5. Evalúa de forma evolutiva la conducta verbal de niños entre 4 y 6 años.

102. **La escala de Madurez Social de Vineland:**

1. Es una escala de estimación que proporciona una edad social y un cociente de desarrollo social.
2. Está diseñada para niños deficientes mentales.
3. Es un inventario que evalúa las habilidades sociales en la adolescencia.
4. Tiene tres versiones aplicables según el grado de "desarrollo mental" del sujeto evaluado.
5. Ha sido creada con fines fundamentalmente terapéuticos.

103. **Entre las técnicas que se pueden utilizar en el tratamiento de la imagen corporal en pacientes con anorexia o bulimia, se encuentran:**

1. La técnica de la hipnosis.
2. La técnica del espejo.
3. Procedimiento de modelado.
4. Control de la ingestión calórica.
5. Control del peso semanal.

104. **¿Cuál es la técnica más eficaz para el tratamiento de las conductas de evitación en los trastornos fóbicos?:**

1. Desensibilización sistemática.
2. Modelado no participante.
3. Práctica reforzada.
4. Escenificaciones emotivas.
5. Exposición en vivo.

105. **¿Qué autor considera central el entrenamiento en habilidades sociales, en el tratamiento del comportamiento agresivo?:**

1. Meichenbaum.
2. Mahoney.
3. Sandin.
4. Goldstein.
5. Kazdin.

106. **Las denominadas técnicas de manejo de contingencias son:**

1. Tratamientos conductuales, basados en los principios del condicionamiento operante.
 2. Tratamientos cognitivos, basados en autoinstrucciones.
 3. Tratamientos cognitivos, basados en imágenes emocionalmente significativas.
 4. Tratamientos conductuales, basados en principios del condicionamiento vicario.
 5. Estrategias de modelado conductual.
107. **¿Cuál de las siguientes afirmaciones con respecto a los distintos enfoques terapéuticos utilizados en el tratamiento de la conducta antisocial es FALSA?:**
1. La terapia conductual se orienta al aprendizaje de nuevas conductas a través del modelado y refuerzo.
 2. La farmacoterapia nunca está indicada en el tratamiento de estos cuadros.
 3. Los tratamientos de base cognitiva se orientan a la enseñanza de resolución de problemas.
 4. La terapia familiar analizará las pautas de comunicación disfuncional que están en la base del trastorno.
 5. Las intervenciones comunitarias se orientan al desarrollo de programas para alentar la competencia y las relaciones adecuadas con iguales.
108. **¿A qué trastorno de personalidad se ha aplicado especialmente la "terapia dialéctica conductual" de Linehan?:**
1. Trastorno paranoide de la personalidad.
 2. Trastorno límite de la personalidad.
 3. Trastorno esquizoide de la personalidad.
 4. Trastorno antisocial de la personalidad.
 5. Trastorno de personalidad por evitación.
109. **¿A qué cuadro clínico se ha aplicado la terapia de orientación a la realidad (Folsom, 1968)?:**
1. Demencia.
 2. Esquizofrenia.
 3. Trastorno delirante.
 4. Trastorno de la personalidad esquizo-típico.
 5. Trastorno de la personalidad esquizoide.
110. **¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA en la relación con la interacción entre las terapias cognitivo-conductuales y los psicofármacos?:**
1. En el tratamiento de los trastornos fóbicos con sintomatología depresiva, los antidepresivos potencian los resultados terapéuticos de la exposición.
 2. En el tratamiento de los trastornos fóbicos con sintomatología depresiva los ansiolíticos potencian los resultados terapéuticos de la exposición.
 3. La utilización de fármacos antagonistas es de utilidad para potenciar las intervenciones psicológicas en el tratamiento de la dependencia a opiáceos.
 4. En el tratamiento de las parafilias se ha ensayado la combinación de fármacos antiandrógenos con los programas cognitivo-conductuales.
 5. En el tratamiento del insomnio primario, la terapia combinada (enfoque conductual +triazolam) es superior al tratamiento meramente farmacológico.
111. **¿Qué tipo de técnicas de "biofeedback" han sido las más utilizadas en el tratamiento del dolor del "miembro fantasma"?:**
1. "Biofeedback" de respuesta electrodérmica y "biofeedback" de volumen de sangre.
 2. "Biofeedback" de volumen respiratorio y "biofeedback" de presión.
 3. "Biofeedback" electromiográfico y "biofeedback" terminal.
 4. "Biofeedback" electromiográfico y "biofeedback" de presión sanguínea.
 5. "Biofeedback" de frecuencia cardíaca y "biofeedback" kinesiológico.
112. **¿Qué técnica psicológica se utiliza en el tratamiento de las ideas delirantes de los pacientes psicóticos?:**
1. Reestructuración cognitiva.
 2. Autoinstrucciones.
 3. Saciación.

4. Parada del pensamiento.
 5. Desvío de la atención.
113. **En el tratamiento de la bulimia, ¿cuál de los siguientes factores NO constituye un indicador de ingreso hospitalario?:**
1. Presencia de atracones grandes y muy repetitivos.
 2. Presencia de vómitos inmediatos y muy frecuentes.
 3. Presencia de alteraciones orgánicas derivadas de las conductas purgativas (deshidratación, por ejemplo).
 4. Existencia de depresión con riesgo de suicidio.
 5. Presencia de ideas disfuncionales respecto al peso.
114. **¿Cuál es el objetivo específico de los procedimientos operantes de manejo de contingencias en el tratamiento de la anorexia?:**
1. Eliminar el miedo a la gordura y a la ganancia de peso.
 2. Conseguir un aumento del peso y de la ingesta.
 3. Modificar las distorsiones de la imagen corporal.
 4. Reducir las conductas purgativas.
 5. Controlar la sintomatología asociada.
115. **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?:**
1. La ilusión de control.
 2. Los estadios de cambio.
 3. Las expectativas sesgadas sobre las consecuencias del consumo.
 4. El efecto de violación de la abstinencia.
 5. El *locus de control* externo.
116. **¿Qué tipo de psicofármacos se utiliza habitualmente, junto con la terapia de conducta, en el tratamiento del alcoholismo?:**
1. Neurolépticos clásicos.
 2. Antidepresivos IMAO.
 3. Betabloqueantes.
 4. Drogas interdictoras.
 5. Neurolépticos atípicos.
117. **¿Cuál es el objetivo específico de las técnicas de exposición con prevención de respuesta en el tratamiento del juego patológico?:**
1. La extinción de los estímulos asociados a la pérdida de control (eliminación del ansia de jugar).
 2. La reducción de la ansiedad relacionada con el pago de las deudas.
 3. La modificación de las distorsiones cognitivas.
 4. La supresión de la ansiedad relacionada con los problemas de pareja.
 5. El control de los estímulos externos relacionados con el juego.
118. **En relación con el tratamiento del tabaquismo, ¿cuál de las siguientes es FALSA?:**
1. Uno de los inconvenientes de los programas de reducción progresiva de nicotina es que no pueden ser autoaplicados.
 2. El procedimiento de "fumar rápido" está contraindicado en pacientes obesos.
 3. Un problema, que presenta la aplicación de estimulación aversiva contingente a la conducta de fumar, es su escasa generalización al ambiente natural.
 4. Los programas de mantenimiento con antagonistas, no son habituales en el tratamiento del tabaquismo.
 5. El objetivo de los procedimientos de "saciación" es que los aspectos positivos que tiene la conducta de fumar, se conviertan en aversivos.
119. **¿A qué cuadro clínico se ha aplicado principalmente la técnica de la "tensión aplicada" (Öst y Sterner, 1987)?:**
1. Fobia a la sangre.
 2. Fobia a volar en avión.
 3. Agorafobia.
 4. Fobia social.
 5. Trastorno de ansiedad generalizada.
120. **En un paciente con un trastorno de ansiedad generalizada, ¿cuáles son los dos principales objetivos del tratamiento?:**

1. Modificar las preocupaciones excesivas y los sesgos relacionados.
 2. Reducir la tensión excesiva y establecer un estilo de vida positivo.
 3. Modificar los sesgos cognitivos y establecer un estilo de vida positivo.
 4. Modificar las preocupaciones excesivas y reducir la tensión acompañante.
 5. Modificar las preocupaciones excesivas y establecer un estilo de vida positivo.
121. **¿A qué cuadro clínico se ha aplicado fundamentalmente la técnica de la "proyección temporal con reforzamiento positivo" (Lazarus, 1968)?:**
1. Trastorno obsesivo-compulsivo.
 2. Fobia social.
 3. Juego patológico.
 4. Trastorno de estrés postraumático.
 5. Depresión.
122. **En relación con el tratamiento del trastorno de estrés postraumático, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?:**
1. El entrenamiento en inoculación de estrés se ha utilizado habitualmente en el tratamiento de víctimas de agresiones sexuales.
 2. La ira responde mejor que el miedo al tratamiento de exposición en imaginación a los recuerdos traumáticos.
 3. La desensibilización por medio del movimiento ocular se ha aplicado fundamentalmente al trastorno por estrés postraumático.
 4. El objetivo terapéutico con víctimas recientes es evitar la cronificación del trastorno.
 5. En los supervivientes de catástrofes, la reestructuración cognitiva se ha utilizado para aumentar la percepción de control de la víctima.
123. **¿Cuál es el objetivo de la exposición interoceptiva en el tratamiento de los ataques de pánico?:**
1. Reducir la sensibilidad del paciente a la ansiedad.
 2. Identificar y reestructurar las interpretaciones erróneas del paciente sobre sus sensaciones somáticas.
3. Proporcionar habilidades de afrontamiento más adaptativas.
 4. Controlar las conductas de evitación.
 5. Reducir el temor del paciente a las sensaciones físicas.
124. **¿Con qué objetivo se utiliza el entrenamiento en habilidades sociales en los pacientes depresivos?:**
1. Hacer frente a la ideación suicida.
 2. Obtener más refuerzo y más estímulos positivos en las relaciones interpersonales.
 3. Reestructurar los sesgos cognitivos del paciente en relación con su competencia social.
 4. Establecer metas u objetivos más acordes con la posibilidad de alcanzarlos.
 5. Capacitar al paciente para reforzarse positivamente por las actividades adecuadas que realiza.
125. **¿Cuál de las siguientes técnicas es específica del tratamiento de la eyaculación precoz?:**
1. Focalización sensorial.
 2. Entrenamiento muscular.
 3. "Biofeedback" pletismográfico.
 4. Autoestimulación manual por parte del hombre.
 5. Compresión del glande.
126. **¿Cuál es el objetivo del acondicionamiento orgásmico?:**
1. Conseguir el orgasmo en los casos de anorgasmia.
 2. Retrasar el orgasmo en los casos de eyaculación precoz.
 3. Lograr la excitación heterosexual en el caso de las parafilias.
 4. Acelerar el orgasmo en los casos de eyaculación retardada.
 5. Facilitar el orgasmo en los casos de dispareunia.
127. **En el estudio de la personalidad como ciencia se pueden encontrar diferentes aproximaciones para la investigación:**
1. Empírica.
 2. Clínica, correlacional y experimental.

3. Correlacional y empírica.
 4. Dinámica y conductista.
 5. Dinámica, cognitivo-conductual y humanista.
128. **El Interaccionismo constituye una corriente en Psicología de la Personalidad a la que pertenecen:**
1. Rogers y Bandura.
 2. Kelly y Mischel.
 3. Magnusson y Allen.
 4. Freud y Jung.
 5. Endler y Adler.
129. **Los rasgos:**
1. Fueron utilizados por Watson en su descripción de la personalidad.
 2. Son variables explicativas de la personalidad.
 3. Según Allport, representan una predisposición para comportarse de una determinada manera.
 4. Constituyen el objeto de estudio dentro de la aproximación experimental de la personalidad.
 5. Describen el enfoque humanista de la personalidad.
130. **Para Allport los rasgos se dividían en:**
1. Nomotéticos e idiográficos.
 2. Primarios y secundarios.
 3. Factores de primer orden y segundo orden.
 4. Prototípicos y no prototípicos.
 5. Cardinales, centrales y secundarios.
131. **Con respecto a las variables rasgo de la personalidad, es cierto que:**
1. R.B. Cattell y H.J. Eysenck desarrollaron su teoría sin aludir a este concepto.
 2. R.B. Cattell propone que hay tres rasgos básicos: Neuroticismo, Psicoticismo y Extraversión.
 3. Tanto Eysenck como Cattell, emplean el análisis factorial para determinar la estructura de rasgos de la personalidad.
 4. Eysenck propone el llamado modelo de los Big Five.
 5. Cattell propone, desde el inicio de su teoría de la personalidad, el modelo de los Cinco Grandes.
132. **En relación con las aproximaciones cognitivas de la personalidad, es cierto que:**
1. Se centran en los procesos de percepción de las personas.
 2. Utilizan la metáfora del ordenador para describir las reacciones emocionales.
 3. Consideran elementos relevantes de la personalidad los esquemas, las atribuciones y las creencias.
 4. Son autores representativos de este enfoque Allport y Kelly.
 5. Los primeros trabajos sobre cognición y personalidad se centraron en el concepto de estilo cognitivo surgido a partir de los trabajos de Witkin sobre estilo atribucional o New Look.
133. **Las aportaciones de Royce y Powell a la psicología de la personalidad han tomado como base la teoría del procesamiento de la información y desarrollan un modelo compuesto por:**
1. Tres sistemas básicos: sensorial, motor y cognitivo.
 2. Distintos programas (genéticos y culturales).
 3. Un sistema sensorial y otro de respuesta.
 4. Seis sistemas básicos: sensorial, motor, cognitivo, afectivo, de estilo y valor.
 5. Factores de primer orden (como la percepción) y de segundo orden (como la conceptualización).
134. **Una alta puntuación en la dimensión de Neuroticismo implica:**
1. Respuestas rápidas al estrés y dificultades para disminuir esa respuesta una vez pasada la situación de peligro.
 2. Respuestas lentas ante situaciones de estrés.
 3. Alto nivel de condicionamiento mediante gratificaciones.
 4. Alta activación cortical.
 5. Sensaciones débiles de culpabilidad y aprensión.
135. **¿Cuál de las siguientes teorías propone que la personalidad y sus componentes están dirigidas a la**

búsqueda del sentido o significación personal?:

1. La de Kelly, que propone tres dimensiones básicas del significado.
 2. La Constructivista de S. Hampson, que parte del significado y valoración social de nuestro comportamiento.
 3. La propuesta por Royce y Powell, que proponen una Teoría de la Individualidad, basada en la Teoría General de Sistemas.
 4. El Modelo de los Cinco Grandes de Wiggins, que presenta una estructura jerarquizada de la personalidad.
 5. El Modelo Factorial de Cattell que considera como variable explicativa del comportamiento humano la motivación.
136. **¿Cuál de las siguientes propuestas es planteada dentro de los Modelos del Aprendizaje Social Cognitivo?:**
1. Para comprender el comportamiento en situaciones concretas es necesario saber los rasgos idiosincráticos de la persona en cuestión.
 2. No es importante en la predicción de la personalidad, variables como valores y necesidades.
 3. Los impulsos y necesidades determinan el comportamiento.
 4. Expectativas y valor de la necesidad, son variables relevantes en el estudio de la personalidad.
 5. Potencial de necesidad y valor de la conducta, son los determinantes del comportamiento.
137. **Las creencias sobre co-ocurrencia de rasgos que caracterizan a las personas, son parte de:**
1. La Teoría Atribucional de Weiner.
 2. Las Teorías Implícitas de la Personalidad de Hampson.
 3. Contenidos totalmente conscientes de las personas.
 4. Modelos interaccionistas, como el de Magnusson.
 5. Teoría Construccionalista de Mischel.
138. **¿Cuál de las siguientes propuestas indican las fuentes de la autoeficacia según Bandura?:**
1. Persuasión verbal, logros de ejecución y locus de control.
 2. Exitos de ejecución, experiencia vicaria y percepción de controlabilidad.
 3. Locus de control interno y atribución interna-inesable.
 4. Exitos de ejecución y persuasión verbal.
 5. Experiencia vicaria, locus de control y estado emocional.
139. **En los tratamientos médicos de trastornos crónicos y/o en tratamientos con técnicas corporales aversivas, en la infancia, es recomendable:**
1. No decirle nada acerca del proceso, con el fin de que no genere miedos.
 2. Realizar el tratamiento sin la presencia de padres o cuidadores, con el fin de que no entorpezcan la labor médica.
 3. Prepararle para esa situación de manera que aumente su capacidad de afrontar la situación y disminuir el malestar.
 4. Informarle de los procedimientos que se van a seguir.
 5. Enseñarle a tener pensamientos positivos.
140. **En los tratamientos psicológicos en la infancia es muy importante:**
1. Modificar las actitudes de los hermanos, con el fin de disminuir los problemas por rivalidad fraterna, que siempre existen.
 2. Implicar a los padres e intentar modificar sus actitudes y percepciones acerca del problema de su hijo/a.
 3. Aplicar siempre programas de modificación de conducta.
 4. Excluir a la familia del proceso terapéutico, con el fin de que no se contamine la intervención.
 5. Que los padres sigan siempre un tratamiento psicológico.
141. **El entrenamiento en autoinstrucciones es una técnica cognitivo-conductual que se emplea preferentemente en trastornos infantiles:**
1. Por déficit de atención o hiperactividad.
 2. Depresivos para tratar la disforia.

3. Ansiosos para tratar la tensión.
 4. Psicossomático, para autoevaluar sensaciones internas.
 5. Problemas de pensamiento, para modificar las sensaciones de despersonalización.
142. **El programa de tratamiento cognitivo de la depresión en adolescentes de Clarck y Lewinsohn: Coping With Depression Course for Adolescent-CWD-A, obtiene resultados satisfactorios:**
1. Sobre todo en terapia conjunta de adolescentes y padres.
 2. En los tratamientos individuales.
 3. En los tratamientos combinados de terapia psicológica y farmacológica.
 4. En tratamientos combinados de terapias cognitivo-conductuales.
 5. En tratamiento de terapia cognitiva mas entrenamiento en relajación.
143. **¿En qué tipo de alteración infantil se emplea la técnica de la reversión del hábito?:**
1. Hiperactividad, y el autor que la propone es Barkley.
 2. Depresión y es propuesta por Kazdin.
 3. Tics y es propuesta por Azrin y Nunn.
 4. Retraso mental y es propuesta por Meichembaum.
 5. Onicofagia y es propuesta por Goldstein.
144. **En el tratamiento de las psicosis infantiles se recomienda introducir, complementando a la intervención farmacológica:**
1. Técnicas autoinstruccionales.
 2. Programas de habilidades sociales y resolución de problemas, tanto para el/la menor, como para su familia.
 3. Programas de relajación y autoconcentración.
 4. Técnicas de desensibilización sistemática.
 5. Técnicas de tiempo fuera y entrenamiento físico.
145. **En el tratamiento de los trastornos infantiles es importante:**
1. La desaprobación de la conducta perturbadora o dasadaptativa.
2. Centrarnos única y exclusivamente en los síntomas del trastorno que presenta el menor.
 3. Adecuar nuestro lenguaje, verbal y no verbal, a la edad del niño o niña.
 4. Separarle de sus padres para una evaluación más fiable.
 5. Tener en cuenta exclusivamente la información aportada por los padres.
146. **En la elección de tratamiento en la infancia y adolescencia, se puede optar por la intervención en grupo en vez de la psicoterapia individual, ya que:**
1. Es más económico, al permitir tratar a más jóvenes a la vez.
 2. La intervención es más eficaz, siempre que en el grupo se incluya a padres.
 3. Los menores pueden hablar libremente de sus problemas.
 4. Ofrece experiencias de socialización y resulta más atractivo y menos amenazador para los jóvenes.
 5. Resulta igualmente eficaz en cualquier trastorno.
147. **Entre las técnicas conductuales que pueden utilizarse en el tratamiento de las fobias infantiles se encuentra:**
1. Modelo y desensibilización sistemática.
 2. Asociación libre e inundación.
 3. Hipnosis y rol playing.
 4. Refutación de creencias irracionales y expresión emocional.
 5. Utilización de paradojas y entrenamiento en imaginación.
148. **Entre las técnicas conductuales empleadas en el tratamiento de los tics nerviosos en la infancia se encuentran:**
1. El control estimular.
 2. La práctica masiva.
 3. La Desensibilización sistemática.
 4. El modelado.
 5. El entrenamiento en habilidades sociales.
149. **En el tratamiento conductual del insomnio y de las rabiets a la hora de dormir en la infancia, se aplica con éxito:**

1. Favorecer la relajación del niño/a.
 2. Lograr rutinas positivas antes de ir a la cama.
 3. Evitar los temores infantiles a la hora de dormir.
 4. Condicionar el inicio del sueño a un horario fijo.
 5. Instruir al menor respecto a los mecanismos del sueño.
150. **Uno de los objetivos a conseguir en el tratamiento del comportamiento agresivo de los menores es:**
1. La canalización adecuada de la agresión.
 2. Conseguir que el menor se comporte de manera más sumisa.
 3. La adquisición de conductas alternativas a la agresión.
 4. Castigar la conducta agresiva.
 5. Que se controle la irritabilidad.
151. **¿Quién inició la llamada Terapia por el juego o ludoterapia?:**
1. M. Klein.
 2. S. Freud.
 3. O. Rank.
 4. C. Rogers.
 5. J. Bolwby.
152. **Cuando uno de los objetivos terapéuticos en los tratamientos infantiles es la adquisición de nuevas conductas adaptativas, se aplica la técnica de:**
1. Extinción.
 2. Tiempo fuera.
 3. Exposición.
 4. Práctica reforzada.
 5. Escenificaciones emotivas.
153. **Según el DSM IV la característica esencial del retraso mental es:**
1. Un nivel cognitivo, verbal y manipulativo, inferior a la media de la población que no va asociado a otro trastorno somático o mental.
 2. Un desarrollo mental incompleto caracterizado únicamente por el deterioro de las funciones cognoscitivas.
 3. Una capacidad intelectual general significativamente inferior al promedio con limitaciones en la comunicación, vida doméstica, habilidades sociales, etc.
4. Un bloqueo generalizado del nivel intelectual específico de cada etapa del desarrollo.
5. Un desarrollo deficitario del nivel cognitivo que cursa con un deterioro crónico de las habilidades sociales, capacidad de comunicación, etc.
154. **Según el DSM IV el inicio del retraso mental debe ser:**
1. Anterior a los 20 años.
 2. Posterior a los 6 años.
 3. Entre los 4 y 10 años.
 4. Anterior a los 18 años.
 5. Se puede iniciar a cualquier edad.
155. **Según la CIE 10 los criterios diagnósticos para el retraso mental leve son:**
1. Un CI entre 50 y 69, con un retraso de diferente grado en la comprensión y uso del lenguaje y con un desarrollo más lento de lo normal.
 2. Lentitud en el desarrollo de la comprensión y uso limitado del lenguaje, marcadas discrepancias entre el área verbal y manipulativa y un CI entre 69 y 75.
 3. Desarrollo motor pobre, dificultados para la comprensión de las normas sociales y de convivencia y un CI entre 35 y 49.
 4. Homogeneidad entre el área verbal y manipulativa, adquisición deficitaria del lenguaje, con una etiología orgánica en la mayoría de los casos y un CI entre 60 y 75.
 5. Dificultades importantes para la adquisición de la lectura y escritura, presencia frecuente de otros trastornos mentales asociados y un CI entre 69 y 75.
156. **Según la CIE 10 el trastorno de la pronunciación consiste en:**
1. Un trastorno generalizado del desarrollo en el que el síntoma principal es la dificultad de pronunciación de algunos fonemas.
 2. Un trastorno de la articulación del lenguaje asociado a un retraso mental.
 3. Un trastorno específico del desarrollo en el que la pronunciación de los

fonemas está a un nivel significativamente inferior al adecuado para la edad mental del niño.

4. Un trastorno funcional de la articulación del lenguaje atribuible a una anomalía sensorial o neurológica.
5. Un trastorno específico del desarrollo en el que la capacidad para la expresión del lenguaje oral es significativamente inferior al adecuado para la edad mental del niño.

157. **La dislexia es un trastorno del aprendizaje que tiene diferentes características. Señale la respuesta correcta.**

1. Dificultad en la adquisición de la lectura, consistente en confusiones, omisiones y sustituciones de grafemas, dependientes de algún déficit sensorial.
2. Confusiones, omisiones, adiciones y sustituciones de grafemas, dependientes de algún déficit sensorial o un nivel cognitivo medio-bajo.
3. Inversiones de palabras en frases o de letras dentro de las palabras asociadas a trastornos psicomotores.
4. Dificultad y lentitud en la adquisición de la lectura con dificultades para la comprensión lectora secundarios a un trastorno neurológico.
5. Dificultad en la adquisición de la lectura, consistente en confusiones, omisiones y sustituciones de grafemas, al margen de cualquier déficit sensorial.

158. **El autismo infantil incluye diferentes características diagnósticas. Señale la respuesta correcta:**

1. Es un trastorno del desarrollo caracterizado por un deterioro cualitativo de la interacción social, acompañado de un deterioro cualitativo en la adquisición del lenguaje hablado y con patrones de comportamiento restringidos y estereotipados.
2. Es un trastorno específico del desarrollo caracterizado por la presencia de comportamientos estereotipados, dislexia, disgrafía y discalculia.

3. Es un trastorno generalizado del desarrollo que afecta a la interacción social y a la comunicación y que se manifiesta entre los tres y los cinco años de edad.

4. Es un trastorno profundo del desarrollo que presenta alteraciones cualitativas de la comunicación, alteraciones psicomotoras, estereotipias y retraso mental, secundarios a una lesión neurológica.

5. Es un trastorno con pérdida parcial del lenguaje, movimientos estereotipados e hipotonía muscular, con una etapa previa de desarrollo normal antes de la aparición del trastorno.

159. **Señale la definición correcta del Síndrome de Rett:**

1. Trastorno descrito hasta ahora sólo en niños, que consiste en pérdida de la capacidad manual fina de tipo motor, pérdida parcial o ausencia del desarrollo del lenguaje, junto con un retraso en el crecimiento de la cabeza.

2. Movimientos estereotipados, falta de masticación adecuada, mal control de los esfínteres y pérdida del habla, cuyo comienzo se fija entre los dos y los tres años de vida, después de un desarrollo psicomotor normal.

3. Después de un desarrollo psicomotor aparentemente normal se produce una pérdida parcial o completa de capacidades manuales adquiridas y del habla, junto con un retraso en el crecimiento de la cabeza.

4. Déficit cualitativo de la interacción social, con restricción de intereses que adquieren un carácter estereotipado y ausencia total o parcial del lenguaje que aparece entre el séptimo mes y los dos años de edad.

5. Pérdida de capacidades previamente adquiridas que afecta a varias áreas del desarrollo, junto con anomalías en la comunicación secundarias a una alteración neurológica progresiva.

160. **Según el DSM-IV las características del trastorno por déficit de atención con hiperactividad son:**

1. Dificultades para mantener la atención exclusivamente en las tareas

escolares, acompañadas de síntomas de hiperactividad e impulsividad.

2. Dificultades para mantener la atención en tareas escolares o lúdicas, incapacidad para completar tareas por incomprensión de las instrucciones y síntomas de hiperactividad.
3. Hiperactividad y falta de atención, anomalías perceptivomotoras asociadas a un trastorno generalizado del desarrollo.
4. Falta de atención y actividad excesiva apropiada para la edad, acompañados de retraso mental.
5. Dificultades para mantener la atención en las tareas escolares o en otro tipo de actividades, acompañadas de síntomas de hiperactividad e impulsividad.

161. **Según el DSM–IV las características del trastorno disocial son:**

1. Un patrón repetitivo de comportamiento negativista y hostil con un deterioro clínicamente significativo.
2. Un patrón repetitivo y persistente del comportamiento en el que se producen agresiones a personas y animales, violaciones graves de normas y daños deliberados de propiedades.
3. Comportamiento antisocial, agresivo o retador que se presenta de forma persistente y reiterada, independiente del nivel de desarrollo del niño.
4. Conductas persistentes y repetitivas de carácter agresivo hacia personas y cosas, asociadas a un trastorno específico del desarrollo.
5. Un patrón de conducta amenazador e intimidatorio de carácter repetitivo y persistente, que se presenta exclusivamente en un contexto específico de la vida del niño.

162. **Según el DSM–IV el trastorno negativista desafiante consiste en:**

1. Un patrón de comportamiento que se caracteriza por accesos de cólera, frecuentes discusiones con los adultos y negativa a cumplir órdenes, que aparece en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo.
2. Conductas agresivas y desafiantes hacia los adultos, peleas físicas

frecuentes con los iguales, violaciones graves de normas y destrucción de propiedades.

3. Conductas intimidatorias hacia otras personas, con marcada resistencia a obedecer órdenes, aislamiento y falta de integración con los compañeros y síntomas depresivos.
4. Un patrón de comportamiento en el que el niño a menudo desafía activamente a los adultos o rehusa cumplir sus órdenes, se encoleriza y acusa a otros de sus errores o mal comportamiento.
5. Comportamiento desafiante, desobediente y hostil hacia las figuras de autoridad, con síntomas de hiperactividad e impulsividad, sin deterioro significativo de la actividad social.

163. **El mericismo es un trastorno que consiste en:**

1. La regurgitación y masticación repetidas de alimento tras un período de funcionamiento normal.
2. La regurgitación y masticación repetidas e involuntarias de alimento tras un período de funcionamiento normal.
3. La regurgitación y masticación reiteradas de alimento que aparece en el segundo año de vida.
4. La regurgitación y rumiación repetidas de alimento que aparece en el transcurso de una anorexia nerviosa.
5. La regurgitación y rumiación persistentes de alimento, con pérdida de apetito, tras un período de funcionamiento normal.

164. **El síndrome de Gilles de la Tourette es un trastorno consistente en:**

1. Tics motores múltiples acompañados de tics fonatorios como carraspeos, frases o palabras obscenas, etc., de larga evolución y que suelen mejorar en la adolescencia.
2. Numerosos tics motores acompañados de tics vocales en forma de coprolalia, ecolalia, resoplidos, etc., que comienzan en la infancia o adolescencia y desaparecen en todos los casos en la edad adulta.

3. Numerosos tics motores acompañados de múltiples tics vocales y fonatorios, que no pueden ser suprimidos voluntariamente ni en cortos períodos de tiempo y que provocan un notable malestar y deterioro social.
 4. Tics motores múltiples localizados frecuentemente en la cara y extremidades superiores, acompañados de tics fonatorios complejos de clara etiología orgánica.
 5. Tics motores múltiples acompañados de tics fonatorios complejos, carraspeos, gruñidos y palabras o frases obscenas, de larga evolución.
165. **Los planteamientos teóricos de R. B. Cattell sobre la estructura de la personalidad humana, se ajusta a criterios:**
1. Dimensionales.
 2. Interaccionistas.
 3. Organísmicos.
 4. Cualitativos.
 5. Contextuales.
166. **Por lo que se refiere a las "personificaciones", H. R. Sullivan las concibió como:**
1. Imágenes de uno mismo y de los demás, que se van adquiriendo a lo largo del desarrollo.
 2. Acciones físicas y operaciones innatas mentales, condicionadas por la sociedad.
 3. Dilemas existenciales a los que se enfrenta el individuo y que personifica en algunos individuos de su entorno.
 4. Prototipos de personas que ejemplifican ideales del sí-mismo.
 5. Estereotipos que acaban por convertirse en pre-juicios sobre los otros.
167. **El modelo de atribución actor-observador, formulado por Jones y Nisbett, establece:**
1. Que la necesidad de presentar la mejor imagen de uno mismo, está siempre activada cuando nos exponemos a la observación social.
 2. Favorece el principio de maximización del placer y minimización del dolor, especialmente del binomio complacencia/disgusto.
3. Se basa en el principio de inferencia racional sobre el comportamiento propio y ajeno.
 4. Cuando actuamos, solemos atribuir las causas de nuestro comportamiento a los requerimientos sociales, mientras que quienes nos observan las atribuyen a factores disposicionales.
 5. Los observadores de nuestro comportamiento poseen más información que nosotros mismos (los actores) sobre nuestro modo habitual de comportarnos en diversas situaciones.
168. **En la formulación de Carl R. Rogers sobre la personalidad, se pueden encontrar los siguientes principios estructurales:**
1. Auto-referencia y auto-actualización.
 2. Actualización y autoimagen.
 3. Organismo y Sí-mismo.
 4. Motivación y dinamismo.
 5. Autoestima y autoidentidad.
169. **Desde la perspectiva de la terapia cognitiva para la depresión de Beck, si un paciente presenta una escasa motivación, está prácticamente inactivo y muestra bastante preocupación por las ideas depresivas, convendría comenzar la terapia utilizando:**
1. El registro y reto de pensamientos.
 2. El entrenamiento en detección de creencias irracionales.
 3. Las tácticas de discusión cognitiva.
 4. La programación/asignación de tareas graduadas.
 5. La imaginación de estrategias de afrontamiento.
170. **¿Qué orientación de terapia insiste en la "capacidad específicamente humana de separarse, no solo del mundo, sino también de uno mismo"?:**
1. La terapia de C. Rogers.
 2. La logoterapia de V. Frankl.
 3. La terapia *gestalt* de F. Perls.
 4. La terapia de los constructos personales de G. Kelly.
 5. La Psicología individual de C. Jung.

171. **Atendiendo a los planteamientos de terapia cognitiva de Beck, ¿qué tipo de distorsión cognitiva está cometiendo el paciente cuando adelanta una conclusión si no existe evidencia que la apoye, o incluso cuando la evidencia es contraria a la conclusión?:**

1. Abstracción selectiva.
2. Pensamiento absolutista.
3. Magnificación y minimización.
4. Inferencia arbitraria.
5. Pensamiento dicotómico.

172. **¿En qué tipo de programa el número de respuestas requeridas para provocar la aparición del refuerzo cambia de un refuerzo a otro de forma no predecible?:**

1. Intervalo variable.
2. Razón variable.
3. Refuerzo diferencial complejo.
4. Intervalo simple.
5. Intervalo con márgenes limitados.

173. **Una diferencia fundamental entre las orientaciones "racionalistas" y "constructivistas" en psicoterapia, está en:**

1. Las bases epistemológicas, ya que las racionalistas se apoyan con fuerza en la epistemología evolucionista.
2. El marco teórico básico, ya que las constructivistas aceptan el marco teórico del aprendizaje.
3. El modo de entender la mente humana, ya que las constructivistas recurren a las teorías motoras de la mente en las cuales la mente se contempla como un sistema activo.
4. El método, ya que las constructivistas defienden los resultados experimentales derivados del marco del procesamiento de la información.
5. El marco filosófico subyacente, ya que las racionalistas adoptan una posición de "realismo crítico".

174. **La afirmación: "si en una situación dada, una persona hace algo que es seguido inmediatamente por un estímulo punitivo, es menos probable que ésta repita la acción la próxima vez que se encuentre en una**

situación similar", ¿a qué está haciendo referencia?:

1. Estimulación aversiva condicionada.
2. Castigo.
3. Tiempo fuera.
4. Refuerzo negativo.
5. Extinción.

175. **El retiro de un cierto número de fichas, la imposición de una multa o una reducción salarial contingentes a la realización de una conducta específica, serían ejemplos de la técnica:**

1. Reforzamiento diferencial de tasas bajas.
2. Sobrecorrección.
3. Costo de respuesta.
4. Castigo.
5. Extinción.

176. **En el entrenamiento de solución de problemas de D'Zurilla la fase de "orientación general hacia el problema" hace referencia a:**

1. Considerar que las situaciones problemáticas forman parte de la vida diaria y que es posible hacerles frente de forma eficaz.
2. La necesidad de lograr una adecuada definición del problema, ya que si un problema está bien definido, tenemos la mitad del mismo resuelto.
3. Darse cuenta de que los acontecimientos vitales estresantes pueden activar los esquemas básicos disfuncionales.
4. Evaluar las alternativas de solución disponibles y seleccionar la mejor (o mejores).
5. Generar una serie de alternativas que puedan resultar eficaces para solucionar el problema.

177. **¿Qué técnica de terapia de conducta pretende la disminución de la probabilidad de ocurrencia de una conducta, por medio de la presentación de una consecuencia imaginaria muy aversiva (en su valor de repugnancia, dolor o nivel de ansiedad), de forma contingente a la ejecución del comportamiento no deseado?:**

1. Reforzamiento negativo encubierto.

2. Extinción encubierta.
 3. Costo de respuesta encubierto.
 4. Sensibilización encubierta.
 5. Estimulación aversiva encubierta.
178. **Indique cuál de las siguientes técnicas sería considerada por Meichenbaum como una técnica paliativa en el marco de la Inoculación de Estrés:**
1. Autorrefuerzo.
 2. Toma de perspectiva.
 3. Entrenamiento en habilidades sociales.
 4. Modelado.
 5. Relajación.
179. **Recientemente la APA (American Psychological Association) ha indicado una relación de tratamientos psicológicos cuya eficacia terapéutica ha sido bien establecida mediante validación empírica, y cuya utilización aconseja. Entre los tratamieto que se indican a continuación, todos reúnen este requisito, EXCEPTO uno que ha resultado ser sólo "probablemente eficaz". ¿Cuál es este tratamiento?:**
1. Terapia cognitiva de Beck para la depresión.
 2. Terapia marital conductual.
 3. Terapia cognitivo–conductual para el trastorno de pánico.
 4. Terapia dinámica breve para la depresión.
 5. Terapia interpersonal para la depresión.
180. **Entre las instrucciones empleadas para el tratamiento psicológico del insomnio se incluyen las que sugieren al paciente "que se vaya a la cama con el propósito de permanecer despierto toda la noche". La técnica que emplea este tipo de instrucciones como elemento básico del tratamiento es la:**
1. Terapia racional emotiva.
 2. Terapia aversiva.
 3. Manejo de contingencias.
 4. Reestructuración cognitiva.
 5. Intención paradójica.
181. **Los enfoques terapéuticos constructivistas incluyen entre sus supuestos básicos la idea de que:**
1. La realidad es algo invariable y existe con independencia del organismo que la recibe.
 2. Hay que apoyarse en el principio de asociación.
 3. El conocimiento es resultado de la evolución.
 4. La causalidad puede implicar el concepto de interacción o reciprocidad (Bandura).
 5. Los planteamientos epistemológicos deben basarse en la percepción.
182. **Desde los planteamientos del condicionamiento operante es posible explicar la aparición de conductas nuevas, conductas que la persona previamente no realizaba, apelando a:**
1. La técnica de moldeamiento.
 2. La utilización de reforzadores incondicionados.
 3. Los instigadores.
 4. El reforzamiento positivo.
 5. El reforzamiento diferencial de tasas bajas.
183. **La terapia cognitivo–conductual de la depresión, tal y como ha sido formulada por sus creadores (Beck y colaboradores), posee ciertos ingredientes esenciales. Señale cuál de los siguientes componentes NO es esencial en este tipo de terapia:**
1. Activación comportamental.
 2. Asignación de tareas graduadas.
 3. Cambio de pensamientos automáticos negativos.
 4. Identificación de creencias desadaptativas.
 5. Identificación de problemas interpersonales.
184. **La denominada "terapia psicológica adyuvante" es uno de los programas de tratamiento psicológico más empleados con pacientes diagnosticados de cáncer. Una característica de este programa consiste en que:**

1. Al tratarse de un tratamiento creativo, carece de una estructura fija.
 2. Es una terapia a largo plazo (más de 20 sesiones).
 3. Se enseñan estrategias de afrontamiento.
 4. No incluye tareas para casa, pero sí para otros ámbitos de la vida cotidiana.
 5. Se focaliza en la emoción más que en el problema.
185. **¿Cuál de los siguientes términos que se han utilizado para denominar a la "evaluación psicológica" se caracteriza por reflejar un acercamiento cuantitativo y nomotético?:**
1. Psicodiagnóstico.
 2. Testología (mental testing).
 3. Evaluación psicológica.
 4. Valoración psicológica.
 5. Diagnóstico mental.
186. **Desde el denominado "modelo médico-psiquiátrico", uno de los objetivos de la evaluación psicológica es:**
1. La estandarización.
 2. La clasificación.
 3. Identificar las condiciones que controlan las conductas problema.
 4. La validación experimental del proceso.
 5. Hacer un análisis funcional de la conducta.
187. **Desde el denominado "enfoque psicométrico o de atributos" de la evaluación psicológica se plantea que los objetivos fundamentales de la evaluación psicológica son:**
1. Identificar los signos y síntomas subyacentes para llegar a un "diagnóstico" o etiqueta.
 2. Captar la personalidad íntima e idiosincrática de las personas.
 3. Medir y describir cuantitativamente la personalidad del individuo.
 4. Evaluar conductas concretas e identificar las condiciones que las controlan.
 5. Identificar aquellos sucesos inconscientes responsables de las alteraciones mentales.
188. **Una de las características históricas de las "técnicas proyectivas" es:**
1. La expresión de sus resultados en términos cuantitativos.
 2. La utilización de procedimientos de valoración estándar.
 3. Son enmascaradas, es decir, ocultan total o parcialmente los verdaderos propósitos de test.
 4. Utilizan un material altamente estructurado.
 5. Su aplicación, corrección e interpretación se ajustan al perfil del evaluador.
189. **Las denominadas "técnicas subjetivas" en el campo de la evaluación psicológica se caracteriza por ser:**
1. No disfrazadas, requieren respuestas voluntarias y con amplias posibilidades de respuesta.
 2. Disfrazadas, requieren respuestas voluntarias y el material está escasamente estructurado.
 3. No disfrazadas, altamente estructuradas y voluntarias.
 4. Disfrazadas, involuntarias y altamente estructuradas.
 5. Disfrazadas, involuntarias y escasamente estructuradas.
190. **La denominada técnica "de observación participante" se caracteriza por:**
1. Los observadores son personas del ambiente cercano de la persona.
 2. La persona participa en su propia observación.
 3. La persona valora la observación realizada por otros.
 4. La persona participa decidiendo qué observar y en qué momento.
 5. Todas las personas se observan unas a otras.
191. **El sesgo o tendencia de respuesta denominado "aquiescencia", que se puede producir en los auto-informes, se refiere a:**
1. El deseo deliberado por parte de la persona de falsear sus respuestas.
 2. La persona, involuntariamente, da de sí misma una respuesta consonante

- con una imagen aceptable socialmente.
3. La persona, voluntariamente, da respuestas que indican gravedad.
 4. La persona tiende a responder afirmativamente a las preguntas, independientemente de su contenido.
 5. La persona, involuntariamente, da respuestas que no implican una dirección favorable ni desfavorable.
192. **Una de las características de una entrevista directiva es:**
1. El entrevistador formula preguntas específicas y elige los temas a tratar.
 2. El entrevistador refuerza fundamentalmente las verbalizaciones de sentimientos y actitudes.
 3. La persona a la que se entrevista es quien lleva el peso de la conversación.
 4. La persona a la que se entrevista es quien ofrece alternativas e hipótesis a sus problemas.
 5. El entrevistador asume un papel de reflejo de las verbalizaciones de la persona.
193. **El "efecto Greenspoon" en el campo de la entrevista ha puesto de manifiesto que:**
1. Se pueden manipular la tasa de una determinada clase de respuesta a través del refuerzo diferencial por medio de comunicación verbal y no verbal.
 2. No es aconsejable dispensar refuerzos contingentes a expresiones positivas.
 3. Es imposible controlar la conducta verbal utilizando el condicionamiento operante.
 4. La conducta verbal de una persona está determinada exclusivamente por los contenidos de sus pensamientos.
 5. Por muchos esfuerzos que haga el entrevistador, no se puede influir en el contenido de las verbalizaciones de la persona.
194. **Las "Listas de Adjetivos" que se utilizan en la evaluación de la depresión se caracterizan por:**
1. Ser medidas muy resistentes a las fluctuaciones diarias.
 2. Evaluar estados de ánimo transitorios.
 3. Ser medidas relacionadas exclusivamente con el diagnóstico de la depresión.
 4. Servir para discriminar estados depresivos y estados ansiosos.
 5. Servir para el diagnóstico diferencial entre depresión mayor y distimia.
195. **La entrevista desde el psicoanálisis clásico se caracteriza por:**
1. Da una máxima importancia a la aceptación incondicional, la empatía y la autenticidad.
 2. Entiende la relación en la entrevista como una relación interpersonal real.
 3. Da importancia fundamentalmente a la comunicación verbal y paralingüística, pero no tanta a la comunicación no verbal.
 4. El entrevistador es un agente fundamental a la hora de dispensar refuerzos.
 5. Ser un tipo de entrevistas altamente estructuradas.
196. **La utilización de registros psicológicos para la evaluación de la ansiedad, se caracteriza por:**
1. Son fáciles de aplicar y no requieren un gran entrenamiento.
 2. Las diferentes medidas fisiológicas que se pueden obtener correlacionan altamente entre sí.
 3. Las medidas obtenidas en la situación de evaluación se pueden generalizar fácilmente a las situaciones cotidianas de la vida de la persona.
 4. Se obtienen medidas relativamente libres de las influencias voluntarias del sujeto.
 5. En las medidas fisiológicas se descarta totalmente el efecto de las características de la demanda.
197. **El Examen del Estado Actual (Present State Examination, de Wing y cols.), se caracteriza por:**
1. Es una escala auto-aplicada para la evaluación de los trastornos alimentarios.
 2. Es una entrevista estructurada para la evaluación de los trastornos psicóticos.

3. Es una escala hetero-aplicada para la evaluación de la esquizofrenia.
 4. Es una entrevista no directiva para la evaluación de la esquizofrenia.
 5. Es una escala auto-aplicada para discriminar entre distintos trastornos psicóticos y afectivos.
198. **El "Test de Evitación Conductual" (BAT: Behavioural Avoidance Test) se caracteriza por:**
1. Ser un cuestionario con alta consistencia interna.
 2. No variar en función de las demandas de la situación de evaluación.
 3. Ser una medida directa de evaluación de la conducta motora.
 4. Ofrecer datos que se pueden generalizar fácilmente a la conducta "in vivo".
 5. Ser un test que sólo sirve para evaluar conductas depresivas.
199. **¿Para qué se utiliza en psicología evolutiva el concepto de trayectoria normativa?:**
1. Para aludir al conjunto de experiencias y acontecimientos vitales que ha vivido un sujeto.
 2. Para hacer referencia a los cambios normativos que se producen en la dimensión social y psicológica de las personas.
 3. Para referirse a acontecimientos normativos, desde el punto de vista social, que tienen un límite cronológico preciso.
 4. Para explicar los procesos de cambio psicológico asociados a la edad.
 5. Para remitirnos a dimensiones sociales normativas, de tipo familiar, laboral y comunitario, cronológicamente imprecisas.
200. **¿Cómo han tratado de explicar los psicólogos evolutivos los cambios en la personalidad durante la edad adulta y el envejecimiento?:**
1. Tomando la perspectiva interaccionista donde se destaca la relación de la persona con su medio.
 2. Usando aproximaciones alternativas y complementarias como el enfoque de los rasgos, el de los estadios y el de los eventos.
3. Desde una aproximación que enfatiza la organización interna del individuo, como el modelo de los rasgos.
 4. Desde una perspectiva conductual en la que la personalidad del sujeto se va elaborando con los aprendizajes en su medio.
 5. Usando casi exclusivamente una aproximación basada en los estadios y en las crisis, dando lugar a valiosos estudios longitudinales.
201. **¿Qué significado tiene la variable edad cronológica para la psicología evolutiva respecto a un individuo dado?:**
1. No tiene significado como tal, ya que no ayuda a comprender los procesos de desarrollo psicológico.
 2. Es fundamental porque permite agrupar a los sujetos y comprender su proceso de maduración.
 3. Tiene un papel muy importante para comprender los roles y expectativas sociales.
 4. Ninguno, porque la psicología sólo reconoce la edad biológica y la psicológica, pero no la cronológica.
 5. Sólo tiene significado si se conocen los niveles de desarrollo físico y mentales de otros individuos.
202. **¿Cómo es la jubilación desde el punto de vista evolutivo?:**
1. Un acontecimiento relevante en el curso vital de las personas.
 2. Un acontecimiento sin relevancia en aspectos del individuo que no sean los económicos.
 3. Una etapa que no requiere de planificación ya que todas las personas pueden reorganizar su vida de forma óptima.
 4. Un acontecimiento vital que afecta principalmente a las esferas cognitiva y personal.
 5. Un período de la vida marcado por el deterioro personal y de las relaciones sociales.
203. **¿En qué se basan las explicaciones del declive cognitivo asociado a la edad?:**
1. Principalmente en las hipótesis de la velocidad y el enlentecimiento generalizado.

2. Principalmente en las hipótesis del desuso y la velocidad.
 3. Una combinación de hipótesis centradas en el desuso, la reducción de los recursos y la eficiencia de los componentes.
 4. Alguna combinación de hipótesis como las de la velocidad, enlentecimiento generalizado, eficiencia de los componentes, reducción de recursos, desuso, estrategias y del entorno cambiante.
 5. En hipótesis derivadas principalmente del software del sistema de procesamiento de la información.
204. **¿Por qué es posible la puesta en marcha de intervenciones conductuales sobre los problemas psicológicos de las personas mayores?:**
1. Por la gran cantidad de técnicas de intervención e instrumentos de evaluación que existen para personas mayores.
 2. Por la adecuada motivación de las personas mayores para participar en tratamientos alternativos a los médicos y psiquiátricos.
 3. Por la facilidad y sencillez de todas las técnicas utilizadas en modificación de conducta para los problemas psicológicos.
 4. Por el elevado grado de éxito de los tratamientos psicológicos, tanto en ancianos que viven en la comunidad como institucionalizados.
 5. Por las implicaciones prácticas que supone el principio de "plasticidad conductual en la vejez".
205. **¿Cómo puede definirse la intervención psicológica a lo largo del ciclo vital?:**
1. Dirigida a prevenir el curso inadecuado del envejecimiento, de carácter unidimensional y plural.
 2. Multidisciplinar, unidimensional, y paliativa de trastornos específicos.
 3. Compleja, relativa, plural, paliativa y preventiva de cursos inadecuados de desarrollo.
 4. Relativa, única para el sujeto al que se dirige y dirigida principalmente al tratamiento de trastornos del desarrollo.
5. No factible desde el punto de vista empírico debido a la pluralidad y multidimensionalidad del proceso de envejecimiento.
206. **¿Cómo son los conceptos de desarrollo y envejecimiento en la Psicología del Ciclo Vital?:**
1. Considerados por las ciencias biológicas como conceptos equivalentes.
 2. Entendidos de igual modo por las ciencias biológicas y las ciencias sociales y del comportamiento.
 3. Fundamentales para el avance de la investigación en la psicología de la vejez.
 4. Integrados por la Psicología del Ciclo Vital, donde el desarrollo incluye pérdidas y ganancias.
 5. Concepciones estrictamente biológicas que son analizadas desde las ciencias de la salud.
207. **¿Qué tipo de diseños de investigación deben considerarse inequívocamente evolutivos?:**
1. Los diseños longitudinales porque incluyen el desarrollo evolutivo como elemento organizador importante.
 2. Los diseños de caso único porque tienen en cuenta la multidimensionalidad y multicausalidad del proceso de desarrollo.
 3. Los diseños longitudinales y los estudios de casos.
 4. Los diseños transversales porque permiten analizar el cambio intraindividual.
 5. Los diseños longitudinales y transversales porque el elemento organizador es la edad.
208. **Desde la Psicología Evolutiva, ¿cuál es una de las principales características del proceso de envejecimiento normal?:**
1. La variabilidad intraindividual que permite predecir cambios en unas características psicológicas o fisiológicas a partir de los cambios en otras.
 2. El deterioro de las funciones cognitivas asociado al deterioro de la autonomía funcional.

3. La variabilidad interindividual, haciendo que los mayores sean más heterogéneos en diferentes ámbitos de su funcionamiento físico, mental y social.
 4. El incremento de las habilidades de tipo social y algunas de tipo cognitivo.
 5. El ligero y continuo declive generalizado del funcionamiento físico, mental y social.
209. **¿Cuál es la teoría del cambio de actitud que postula que las personas tienen una necesidad de mantener consistencia psicológica entre sus cogniciones?:**
1. Teoría del *locus de control*.
 2. Paradigma de la atribución errónea.
 3. Teoría de la reactividad psicológica.
 4. Teoría de la disonancia cognitiva.
 5. Hipótesis de la aprehensión de la evaluación.
210. **¿Cuál de los siguientes eventos o condiciones que causan satisfacción laboral se refiere al carácter intrínseco del trabajo?:**
1. Uso de las habilidades y aptitudes.
 2. Remuneración o salario.
 3. Condiciones de trabajo.
 4. Seguridad de empleo.
 5. Promoción.
211. **La definición que aporta Peiró (1991): "grupos que no forman parte de la estructura de la organización, que tienen una vida limitada y que implican una segunda tarea para sus miembros, la cual se superpone a sus obligaciones habituales dentro de la organización", se refiere a:**
1. Grupos de negociación.
 2. Grupos "ad hoc" o comités temporales.
 3. Grupos que proporcionen los servicios especializados.
 4. Grupos de mandos intermedios.
 5. Grupos directivos de planificación.
212. **Dentro de la metodología de la Psicología Social, ¿cuál de las siguientes alternativas NO es una técnica de investigación cualitativa?:**
1. Observación participante.
 2. Técnicas documentales y textuales.
 3. La investigación de laboratorio.
 4. Entrevista.
 5. Técnicas grupales, como grupos de discusión, entre otras.
213. **Según la Teoría de Kelley de las atribuciones causales, atribuiremos la conducta de los demás a causas internas sí:**
1. Consenso, consistencia y diferenciación son bajos.
 2. Consenso, consistencia y diferenciación son altos.
 3. Consenso y diferenciación son bajos y la consistencia es alta.
 4. Consenso y diferenciación son altos y la consistencia es baja.
 5. Consenso y consistencia son bajos y la diferenciación es alta.
214. **El autor de la Teoría de la Disonancia Cognitiva es:**
1. Heider.
 2. Festinger.
 3. Asch.
 4. Osgood.
 5. Lawler.
215. **La siguiente definición: "grado de incertidumbre que el sujeto que desempeña un rol tiene respecto al mismo", ¿a qué concepto se corresponde?:**
1. Conflicto intra-rol.
 2. Sobrecarga de roles.
 3. Ambigüedad de rol.
 4. Conflicto inter-rol.
 5. Roles pobres.
216. **El error fundamental de atribución es:**
1. La tendencia a otorgar menor importancia a alguna posible causa de una determinada conducta cuando también están presentes otras causas potenciales.
 2. La tendencia a atribuir nuestros resultados positivos a causas internas y los negativos a causas externas.
 3. La tendencia a atribuir nuestra conducta a causas situacionales y la conducta de los demás a causas internas.

4. La tendencia a sobreestimar la influencia de las causas disposicionales sobre el comportamiento de los demás.
5. La tendencia a otorgar mayor importancia a causas potenciales de la conducta si ésta tiene lugar a pesar de la presencia de otros factores inhibitorios.
217. **La técnica de influencia social utilizada para ganar aceptación consistente en comenzar por una petición importante, y, una vez rechazada, ofrecer una menor, se denomina:**
1. Técnica del pie en la puerta.
 2. Técnica del amago.
 3. Técnica del portazo en la cara.
 4. Técnica "esto no es todo".
 5. Técnica del cebo y el interruptor.
218. **Señale la afirmación correcta con respecto a los rumores:**
1. Se asocian a la defensa de la identidad individual.
 2. Evocan normalmente consecuencias o resultados deseados.
 3. Su transmisión supone una forma de validar nuestros conocimientos.
 4. No suelen aparecer en situaciones de emergencia o catástrofes.
 5. Los rumores se asocian a las conductas de huida.
219. **Señale la afirmación que NO se corresponda al concepto de "estereotipo de género":**
1. Es un conjunto de creencias compartidas dentro de una cultura.
 2. Es la identificación que una persona hace de sí misma como hombre o mujer.
 3. Desempeña un papel importante en el desarrollo de la propia identidad.
 4. La asunción por parte de hombres o mujeres del mismo puede contribuir a explicar la diferencia existente en el porcentaje de hombres o mujeres en determinados trabajos.
 5. Está implicado en procesos psicosociales como la estereotipia.
220. **En Psicología Social la siguiente definición "casos en que los individuos o grupos llevan a cabo acciones triviales positivas hacia personas por las cuales sienten prejuicios y que utiliza como excusa para negarse a realizar conductas más significativamente beneficiosas", se refiere a:**
1. Discriminación inversa.
 2. Supresión del estereotipo.
 3. Técnica de la palmada en el hombro.
 4. Emblematismo.
 5. Técnica del amago.
221. **El autor del concepto de "espacio vital" de la persona para analizar las relaciones entre los individuos que componen un grupo, es:**
1. Lewin.
 2. Schein.
 3. Asch.
 4. Lawler.
 5. Heider.
222. **¿Cuál es el modelo del cambio de estereotipos que predice el cambio cuando la información desconfirmatoria se concentra en unos pocos ejemplares que contradicen llamativamente el estereotipo?:**
1. Modelo del prototipo.
 2. Modelo de contabilidad.
 3. Modelo de conversión.
 4. Modelo de los subtipos.
 5. Modelo heurístico.
223. **Un componente esencial del liderazgo transformacional es:**
1. El carisma.
 2. La estructura de la tarea.
 3. La consideración colectiva.
 4. El establecimiento de intercambio de recompensas entre el líder y los seguidores.
 5. Centrarse en la manera tradicional de resolver los problemas.
224. **Al estudiar el amor desde la Psicología Social. Sternberg ha considerado varios componentes básicos del amor, Entre ellos está:**
1. La libertad de la elección.
 2. El amor romántico.
 3. El compañerismo.
 4. El compromiso.

5. El carisma.
225. **Entre los argumentos que ha dado la Psicología Social para explicar la importancia de la proximidad física para el desarrollo de la atracción está:**
1. La proximidad puede incrementar la familiaridad.
 2. El efecto de la disonancia cognitiva.
 3. La influencia de aspectos sociales.
 4. La atribución de responsabilidad compartida.
 5. El efecto tercera persona.
226. **La investigación psicosocial realizada sobre el impacto del desempleo muestra que:**
1. El desempleo está asociado a una mayor participación en actividades políticas.
 2. Los desempleados constituyen un grupo psicosocial heterogéneo.
 3. Hay características psicológicas, que, incluso de manera aislada, predisponen al desempleo.
 4. Los grupos que mejor se enfrentan al desempleo son los que ya parten de una mala situación económica.
 5. No se puede elaborar un perfil de empleabilidad sobre el éxito en el mercado laboral.
227. **Según el enfoque estructural, el almacén de memoria a corto plazo:**
1. Tiene una limitación temporal en torno a 30 minutos.
 2. Sólo puede mantener información significativa.
 3. Es responsable del efecto de recencia en la curva de posición serial.
 4. Retiene información no atendida.
 5. No tiene límites de capacidad.
228. **Una propiedad fundamental de la memoria largo plazo es:**
1. Su independencia del contexto.
 2. La pluralidad de códigos que utiliza.
 3. Su dependencia directa de los registros sensoriales.
 4. Sólo contiene información codificada semánticamente.
 5. Sus limitaciones temporales.
229. **El enfoque de Niveles de Procesamiento intenta explicar:**
1. El olvido.
 2. Los procesos de interferencia.
 3. La atención.
 4. FI aprendizaje intencional.
 5. El papel de la codificación en la retención a largo plazo.
230. **La memoria episódica, según Tulving:**
1. Incluye las relaciones de los sucesos con su contexto.
 2. Es poco vulnerable a la interferencia.
 3. Especifica las relaciones entre conceptos.
 4. Está desligada del afecto.
 5. Contiene información libre de contexto.
231. **En una red semántica de memoria como la de Collins y Quillian:**
1. El tiempo de recuperación de una propiedad depende del nivel de su nodo.
 2. Los conceptos equivalen a palabras.
 3. Las propiedades de los conceptos se almacenan junto a éstos.
 4. Las relaciones entre conceptos signen un orden jerárquico.
 5. Los lazos entre nodos corresponden a información contextual.
232. **Los modelos de generación-reconocimiento sobre la recuperación de información:**
1. Postulan que el proceso de generación es aleatorio.
 2. Predicen que el recuerdo con indicios es más fácil que el reconocimiento.
 3. Postulan una fase automática de reconocimiento.
 4. Predicen que el recuerdo es más difícil que el reconocimiento.
 5. Suponen que la huella de memoria no incluye información contextual.
233. **El principio de especificidad de la codificación de Tulving:**
1. Se aplica a la recuperación en la memoria semántica.
 2. Asume la relación entre codificación y recuperación.

3. Postula diferentes procesos para recuerdo y reconocimiento.
 4. Pone de relieve la importancia del intervalo de retención.
 5. Exige una gran cantidad de recursos cognitivos para la codificación.
234. **El ritmo electroencefalográfico que se registra cuando una persona está en estado de relajación corresponde a ondas:**
1. Theta.
 2. Delta.
 3. Alfa.
 4. Gamma.
 5. P300.
235. **Entre otros aspectos, las vías del dolor se caracterizan por:**
1. Hacer relevos en la sustancia negra del mesencéfalo.
 2. Hacer relevo en el núcleo grácil de la médula espinal.
 3. Hacer relevo en el núcleo cuneiforme de la médula espinal.
 4. No hacer ningún relevo sináptico en la médula espinal.
 5. Realizar relevos en el asta dorsal de la médula espinal.
236. **Cuando se aplican dos estímulos despolarizadores de 30 y 60 Mv, con un intervalo de 2 milisegundos, a un axón:**
1. Se producirán respuestas graduadas de diferente amplitud.
 2. Ambos estímulos producirán una misma amplitud del impulso nervioso,
 3. Se producirá una mayor amplitud del impulso nervioso en el segundo estímulo, proporcionalmente a la magnitud de dicho estímulo.
 4. El segundo estímulo no producirá un impulso nervioso del doble de amplitud que el primero, dado que cuando el estímulo es superior a + 40 Mv la amplitud del impulso se fija de acuerdo con la ley del todo o nada.
 5. El primer estímulo facilitará el disparo y una mayor amplitud del impulso nervioso en el caso del segundo estímulo.
237. **En el mesencéfalo, una región auditiva importante es:**
1. El núcleo medial del tálamo.
 2. El núcleo del tegmento ventral.
 3. Los núcleos de la oliva.
 4. La vía cortico-rinal.
 5. El colículo inferior.
238. **La principal actuación de las anfetaminas sobre las sinapsis dopaminérgicas se centra en:**
1. La síntesis del neurotransmisor.
 2. La recaptación del neurotransmisor por las células gliales.
 3. La inactivación de las enzimas que degradan al neurotransmisor en el espacio sináptico.
 4. La liberación y recaptación del neurotransmisor.
 5. La potenciación de los sistemas de segundos mensajeros en la neurona postsináptica.
239. **La velocidad de escritura suele experimentar una disminución con la edad debido a:**
1. Alteraciones del sistema nervioso central.
 2. Cambios neuroendocrinos.
 3. Alteraciones musculares.
 4. Alteraciones musculares y nerviosas.
 5. Defectos visuales.
240. **El área motora suplementaria de la corteza está relacionada con:**
1. La decisión en el inicio de los movimientos.
 2. El control motor fino de las articulaciones.
 3. El control de movimientos aprendidos mediante la elaboración de programas neurales.
 4. El control de las actividades motoras complejas.
 5. La regulación y mantenimiento de la postura corporal.
241. **Posiblemente, el mecanismo por el que la administración continuada de antidepresivos tricíclicos es efectiva en el tratamiento de la depresión, está basado en que actuando sobre neuronas catecolaminérgicas:**
1. Favorece la liberación de esos neurotransmisores.
 2. Potencian la recaptación de esos neurotransmisores.

3. Reducen el número de receptores postsinápticos.
 4. Potencian los efectos de los segundos mensajeros en las neuronas.
 5. Aumentan la concentración de esos neurotransmisores en los terminales presinápticos.
242. **En cuanto fenómeno sensorial, la inhibición lateral:**
1. Se produce como consecuencia de cambios en el umbral sensorial del receptor.
 2. Es muy similar a la adaptación sensorial.
 3. Provoca que se perciban como mayores de lo que en realidad son, los cambios bruscos en la intensidad del estímulo.
 4. Resulta de inhibiciones presinápticas de sinapsis excitadoras e inhibitorias.
 5. Es procesada exclusivamente en áreas corticales somatosensoriales.
243. **Los estudios sobre el envejecimiento del sistema nervioso han establecido que:**
1. La capacidad funcional de las neuronas está muy reducida.
 2. El peso del encéfalo no disminuye apreciablemente con la edad.
 3. La capacidad de regeneración de las lesiones no disminuye apreciablemente con la edad.
 4. El metabolismo de las neuronas cambia significativamente.
 5. El factor principal en este proceso es la pérdida de conexiones sinápticas y no tanto la reducción del número de neuronas.
244. **La mejor metodología para detectar pequeños cambios estructurales en el cerebro es:**
1. Tomografía axial computerizada.
 2. Tomografía de emisión de positrones.
 3. Electroencefalograma.
 4. Resonancia magnética.
 5. Electromiografía.
245. **En los potenciales postsinápticos inhibitorios, el canal o canales iónicos que intervienen son:**
1. Los de cloro y sodio.
 2. El de cloro y/o potasio.
 3. Los de potasio y sodio.
 4. El de calcio.
 5. Los de calcio y sodio.
246. **En un estudio sobre el C.I. realizado en Europa se obtuvieron los valores señalados entre paréntesis para las correlaciones entre gemelos idénticos criados juntos (0,7); gemelos idénticos criados separados (0,4); y niños no emparentados criados separadamente (0,3). ¿Qué conclusiones pueden obtenerse de este estudio?**
1. Que las influencias ambientales no compartidas son las más importantes.
 2. Que las diferencias genéticas dan cuenta del 40% de la varianza del C.I., mientras que el restante porcentaje de la varianza se debe por igual al ambiente compartido (30%) y al no compartido (30%).
 3. Que las diferencias genéticas explican el 30% de la varianza del C.I., mientras que el restante porcentaje de la varianza se debe fundamentalmente al ambiente compartido (60%) y sólo un 10% al no compartido.
 4. Que los factores ambientales que afectan a la correlaciones del C.I. entre gemelos idénticos criados juntos tienden a influir de modo no compartido en las familias.
 5. Que las diferencias genéticas explican el 70% de la varianza genética y el 30% restante es varianza ambiental compartida y no compartida.
247. **El síndrome de Klinefelter se caracteriza por que:**
1. Los sujetos que lo padecen tienen un C.I. por debajo de 80 en la mayoría de los casos.
 2. Normalmente no se detecta hasta pasada la pubertad.
 3. Los pacientes tienen déficits cognitivos específicos.
 4. Tiene una frecuencia de aparición que es independiente de la edad de la madre.
 5. Es consecuencia de una anomalía estructural de los cromosomas sexuales.

248. **Se denomina organización tonotópica a:**

1. La diferente frecuencia de disparo de las células ciliadas auditivas.
2. La representación de los diferentes tonos en la cóclea.
3. La diferente localización de los diversos tonos a lo largo de la membrana basilar.
4. La proyección de los distintos tonos al núcleo coclear.
5. La organización de los diferentes tonos en el complejo nuclear de la oliva.

249. **En los diferentes tipos de receptores sensoriales, la transducción se realiza mediante:**

1. Movimientos de iones a través de las membranas.
2. Procesos de estimación de la magnitud.
3. Terminaciones nerviosas libres.
4. Fenómenos de codificación de la frecuencia.
5. Fenómenos de codificación de la intensidad.

250. **Cuando durante el desarrollo se ha producido un déficit en la secreción de hormonas tiroideas pueden aparecer posteriormente:**

1. Disminuciones en las conexiones sinápticas.
2. Problemas asociados a irritabilidad y nerviosismo frecuente.
3. Fallos en la regulación de la hormona liberadora de GH.
4. Cambios fisiológicos que no tienen repercusión en el comportamiento normal.
5. Desarreglos en la regulación del sueño.

251. **Tras un infarto de miocardio, un primer paso del tratamiento psicológico debe dirigirse prioritariamente a:**

1. Potenciar la adherencia al ejercicio físico prescrito por el médico.
2. Modificar el hábito de fumar (si el paciente es fumador).
3. Reducir los hábitos alimentarios insanos.

4. Controlar las reacciones emocionales postinfarto.
5. Mantener los hábitos saludables existentes en el paciente.

252. **Una de las fases del entrenamiento en habilidades sociales se centra en la diferenciación entre respuestas asertivas, no asertivas y agresivas. Indique cuál de los siguientes estilos de respuestas es NO asertivo:**

1. Gestos de amenaza.
2. Negar importancia a la situación.
3. Nivel de voz conversacional.
4. Mensajes impersonales.
5. Mirada fija.

253. **La eficacia terapéutica, o eficacia del tratamiento, es un concepto que posee diferentes significados en función del componente de eficacia al que nos refiramos. Indique cuál de las siguientes afirmaciones NO se refiere al concepto de eficacia terapéutica:**

1. Lograr una mejoría de los síntomas.
2. Que los efectos secundarios y abandonos sean mínimos.
3. Obtener objetivos clínicos al menor coste posible.
4. Que se mantengan los efectos terapéuticos tras finalizar el tratamiento.
5. Que el nivel de rechazos al tratamiento sea bajo.

254. **Al aplicar desensibilización sistemática para tratar un problema de ansiedad, si se produce un incremento inesperado de ésta, el procedimiento a seguir debería ser:**

1. Seguir aplicando el método como si nada hubiese ocurrido.
2. Retirar inmediatamente el estímulo ansiógeno para volver a niveles más bajos de ansiedad.
3. Finalizar la sesión de tratamiento.
4. Mantener el estímulo ansiógeno hasta que disminuya la ansiedad.
5. Parar la aplicación del método durante 5 minutos.

255. **Estudios recientes sobre las bases biológicas de la memoria establecen respecto al hipocampo que:**

1. Interviene en la consolidación de recuerdos a largo plazo de localizaciones espaciales, pero no en su almacenamiento.
 2. Participa en el almacenamiento y consolidación a largo plazo de localizaciones espaciales.
 3. Tiene funciones específicas en el recuerdo del significado emocional de las experiencias en contextos espacio-temporales.
 4. Es fundamental para el almacenamiento de recuerdos de localizaciones espacial a largo plazo pero no para su consolidación.
 5. Almacena recuerdos a corto medio plazo, mientras que la corteza parietal posterior almacena los de a largo plazo.
256. **Los estudios actuales sobre localizaciones cerebrales de funciones lingüísticas indican que:**
1. El cerebelo y el neostriado son regiones importantes en la producción del habla.
 2. Lo que se pensaba tradicionalmente sobre la función del área de Wernicke es totalmente correcto.
 3. El área de Broca no parece ser un centro de producción del habla.
 4. La capacidad de repetición de palabras reside en la zona del fascículo arqueado.
 5. La corteza occipital también desempeña importantes funciones en el lenguaje.
257. **¿Cuáles son las tres categorías en que agrupa las necesidades Alderfer (1969, 1972) en su modelo jerárquico ERC de la motivación laboral?:**
1. Necesidades fisiológicas, de seguridad y sociales.
 2. Necesidad de poder, de logro y de autoestima.
 3. Necesidad de estimación, de autorrealización o auto-actualización y de autoestima.
 4. Necesidades fisiológicas, de autoestima y de logro.
 5. Necesidades de existencia, de relación interpersonal e interacción y de desarrollo personal o crecimiento.
258. **Los prototipos de las categorías naturales:**
1. Suelen darse en categorías sobre las que no se tiene mucha información.
 2. Se forman en el nivel supraordenado.
 3. Tienen muchos rasgos en común con otros casos de la misma categoría.
 4. Reflejan la estructura lógica de las categorías.
 5. Tardan más tiempo en aprenderse que otros ejemplares de la categoría.
259. **Los esquemas:**
1. Son paquetes de conocimiento prototípico cuyos componentes son valores constantes.
 2. Dan un papel irrelevante al contexto.
 3. Se aplican a la organización de la memoria episódica.
 4. No permiten el uso de inferencias.
 5. Son paquetes de información que constan de un núcleo fijo de aspectos variables.
260. **¿Qué ocurre si en el momento de la prueba de memoria se reinstaura el contexto de adquisición?:**
1. Si el contexto es interactivo, mejoran el recuerdo y el reconocimiento.
 2. Si la prueba es de reconocimiento tiene efectos negativos.
 3. El reconocimiento mejora si el contexto es independiente.
 4. No afectaría al recuerdo.
 5. El reconocimiento mejora si el material es altamente emocional, pero esto no afecta al recuerdo.