



PRUEBAS SELECTIVAS 2009

CUADERNO DE EXAMEN

PSICÓLOGOS -VERSIÓN 0 -

ADVERTENCIA IMPORTANTE

ANTES DE COMENZAR SU EXAMEN, LEA ATENTAMENTE LAS SIGUIENTES

INSTRUCCIONES

1. **MUY IMPORTANTE** : Compruebe que este Cuaderno de Examen lleva todas sus páginas y no tiene defectos de impresión. Si detecta alguna anomalía, pida otro Cuaderno de Examen a la Mesa. **Realice esta operación al principio**, pues si tiene que cambiar el cuaderno de examen posteriormente, se le facilitará una versión "0", que **no coincide** con su versión personal en la colocación de preguntas y **no dispondrá** de tiempo adicional.
2. Compruebe que el **número de versión** de examen que figura en su "Hoja de Respuestas", **coincide** con el número de versión que figura en el cuestionario. Compruebe también el resto de sus datos identificativos
3. La "Hoja de Respuestas" está nominalizada. Se compone de tres ejemplares en papel autocopiativo que deben colocarse correctamente para permitir la impresión de las contestaciones en todos ellos. Recuerde que debe firmar esta Hoja.
4. Compruebe que la respuesta que va a señalar en la "Hoja de Respuestas" corresponde al número de pregunta del cuestionario. **Sólo se valoran** las respuestas marcadas en la "Hoja de Respuestas", siempre que se tengan en cuenta las instrucciones contenidas en la misma.
5. Si inutiliza su "Hoja de Respuestas" pida un nuevo juego de repuesto a la Mesa de Examen y **no olvide** consignar sus datos personales.
6. Recuerde que el tiempo de realización de este ejercicio es de **cinco horas improrrogables** y que están **prohibidos** el uso de **calculadoras** (excepto en Radiofísicos) y la utilización de **teléfonos móviles**, o de cualquier otro dispositivo con capacidad de almacenamiento de información o posibilidad de comunicación mediante voz o datos.
7. Podrá retirar su Cuaderno de Examen una vez finalizado el ejercicio y hayan sido recogidas las "Hojas de Respuesta" por la Mesa.

1. **Los planteamientos situacionistas, al abordar la existencia de diferencias individuales:**
 1. Proporcionan respuestas al por qué de dichas diferencias ante una misma situación.
 2. Utilizan predominantemente la metodología correlacional para estudiar tales diferencias.
 3. Afirman que la conducta de los individuos presenta una consistencia transituacional significativa.
 4. Tratan de verificar dichas diferencias mediante trabajo de campo.
 5. Atribuyen dichas diferencias, principalmente, a un error de medida, más que a disposiciones internas.

2. **El estilo cognitivo que permite diferenciar a las personas en función del grado en que perciben diferencias o semejanzas en los objetos se denomina:**
 1. Impulsividad/Reflexividad.
 2. Visualizador/Verbalizador.
 3. Inferencial/Categorial.
 4. Serial/Holístico.
 5. Nivelador/Agudizador.

3. **Según J. Gray la impulsividad es una dimensión de la personalidad resultante de:**
 1. La exposición repetida a estímulos estresantes.
 2. La coincidencia de estímulos estresantes con rasgos psicóticos.
 3. La confluencia entre la introversión y el estrés.
 4. La confluencia entre el polo extraversión y el alto neuroticismo.
 5. La discrepancia entre la ansiedad (baja) y el psicoticismo (alto).

4. **Las actitudes, los valores y los intereses son rasgos:**
 1. Intelectuales.
 2. Temperamentales.
 3. Motivacionales.
 4. Conductuales.
 5. Biológicos.

5. **El modelo de los “Cinco grandes” factores de personalidad:**
 1. Surge a partir de las investigaciones biológicas.
 2. Carece de estabilidad logitudinal en los factores propuestos.
 3. Presenta una replicación aceptable en las distintas lenguas y culturas.
 4. Presenta incongruencia entre los datos obtenidos mediante autoinformes y los procedentes de personas allegadas al individuo evaluado.
 5. Es difícil integrarlo conceptualmente con otros modelos y teorías de personalidad.

6. **Según el modelo de personalidad propuesto por H.J. Eysenck las personas extravertidas presentan:**
 1. Un rendimiento superior en tareas monótonas y repetitivas.
 2. Una mayor tendencia a la neurosis.
 3. Una alta labilidad en su Sistema Nervioso Autónomo (SNA).
 4. Niveles de activación cortical crónicamente bajos.
 5. Una activación elevada ante estímulos neutros.

7. **Según la Teoría del aprendizaje social de J. Rotter (1954) la sensación de control interno en el área cognitiva:**
 1. Es mayor en personas con un nivel cultural bajo.
 2. Aumenta con la edad.
 3. Es mayor en las mujeres.
 4. Es mayor en los niños pequeños.
 5. No se ve afectada por el deterioro en la eficacia de las capacidades cognitivas valoradas objetivamente.

8. **Entre las relaciones propuestas por P.T. Costa y R.R. McCrae, respecto a la personalidad y emoción podemos destacar que las personas más felices serían las que puntúan:**
 1. Alto en extraversión y bajo en tesón.
 2. Bajo en extraversión y alto en afabilidad.
 3. Bajo en neuroticismo y bajo tesón.
 4. Alto en extraversión y bajo neuroticismo.
 5. Alto en introversión y bajo en afabilidad.

9. **Los estudios que relacionan aspectos motivacionales con la salud han puesto de manifiesto que:**
 1. La necesidad de poder, combinada con alto autocontrol, parece incrementar la susceptibilidad a contraer enfermedades.
 2. La necesidad de filiación está vinculada a la vulnerabilidad de enfermedades cardiovasculares.
 3. La necesidad de logro está estrechamente ligada al cáncer.
 4. La necesidad de filiación, combinada con bajo autocontrol, parece afectar desfavorablemente al sistema inmunológico.
 5. La necesidad de poder inhibida favorece las expectativas de vida.

10. **Desde los estudios sobre estilos de afrontamiento y estrés se ha puesto de manifiesto que:**
 1. Las mujeres afrontan el estrés de forma más orientada a la tarea que los hombres.
 2. En los hombres predomina un afrontamiento basado en la regulación emocional.
 3. Las personas orientadas a la tarea puntúan más alto en impaciente y hostilidad.

4. Las personas orientadas a la emoción son más tranquilas.
 5. Las personas orientadas a la tarea son más optimistas y competitivas.
- 11. En el contexto de la personalidad, las “consistencias de segundo orden” hacen referencia a:**
1. El hecho de que es el patrón de cambio el que es consistente.
 2. Un “enfoque fixista” de la personalidad.
 3. Los resultados que provienen del análisis factorial bimodal.
 4. Los rasgos de personalidad ocultos.
 5. Las leyes de condicionamiento aplicables a todos los individuos.
- 12. En el estudio de la “Inteligencia” H.J. Eysenck mostró particular interés en dilucidar:**
1. Los correlatos entre CI y los estilos cognitivos.
 2. Los componentes cognitivos del CI.
 3. El sustrato biológico o correlatos psicofisiológicos de dicho concepto.
 4. Los correlatos ambientales de las puntuaciones obtenidas en los tests.
 5. Los criterios óptimos de estructuración de sus dos vertientes principales: verbal y espacial.
- 13. Los estudios sobre Inteligencia Emocional muestran que:**
1. Los hombres puntúan más alto en dicha variable que las mujeres.
 2. Es innata y difícil de modificar.
 3. Correlaciona significativamente con la capacidad espacial de los individuos.
 4. Aumenta con la edad, al igual que ocurre con la Inteligencia Cristalizada.
 5. Es equivalente a la capacidad de empatía.
- 14. El “Efecto Flynn” (Flynn, 1984, 1999) pone de manifiesto que:**
1. La ansiedad creciente en los países industrializados.
 2. La tendencia a disminuir la extraversión con la edad.
 3. Las ganancias generacionales en inteligencia.
 4. La importancia de las expectativas de autoeficacia en el rendimiento.
 5. La reducción de las diferencias en neuroticismo entre hombres y mujeres.
- 15. Los estudios realizados con gemelos han estimado que la heredabilidad de variables de personalidad como la dominancia, la sociabilidad, la responsabilidad y el autocontrol:**
1. Es prácticamente inexistente, dependiendo dichas variables de la experiencia individual.
 2. Es responsable del 90% de la varianza en dichas características de personalidad.
3. Aporta una varianza semejante a la resultante del ambiente (alrededor de un 50%).
 4. Depende de la predominancia de un alelo situado en el cromosoma 23.
 5. Es marcadamente diferente en el caso de la dominancia (muy heredable) y la responsabilidad (variable atribuida de forma notable a la experiencia).
- 16. Los estudios realizados con la finalidad de determinar la ubicación cerebral del lenguaje han puesto de manifiesto que:**
1. La mayoría de personas zurdas utilizan su hemisferio izquierdo para las funciones asociadas al lenguaje.
 2. La mayoría de las personas diestras utilizan su hemisferio derecho para las funciones asociadas al lenguaje.
 3. La mayoría de las personas diestras utilizan para la función del lenguaje el hemisferio izquierdo.
 4. Todas las personas zurdas utilizan para la función del lenguaje el hemisferio derecho.
 5. La función del lenguaje siempre se ubica en el hemisferio izquierdo, independientemente de que la persona sea zurda o diestra.
- 17. Los estudios sobre inteligencia y determinados grupos de población han puesto de manifiesto que:**
1. Las mujeres son más inteligentes que los hombres.
 2. Los grupos de mayor edad poseen una mayor inteligencia fluida.
 3. Los asiáticos puntúan más bajo en CI que los latinos.
 4. Los delincuentes internos en las cárceles suelen tener un promedio más bajo de CI que la población no reclusa.
 5. Las personas que puntúan alto en extraversión tienen como promedio una puntuación más alta en CI.
- 18. El concepto de inteligencia biológica engloba entre sus premisas principales que las personas más inteligentes se caracterizan por:**
1. La mayor homogeneidad entre los diferentes tipos de ondas cerebrales.
 2. La menor amplitud de las ondas cerebrales durante el aprendizaje.
 3. El mayor consumo de glucosa cerebral en estado de reposo.
 4. La transmisión neuronal con un mínimo de errores.
 5. La menor actividad de su onda beta.
- 19. Según los datos aportados por los metanálisis realizados sobre diferencias entre hombres y mujeres en variables de personalidad:**

1. Los varones suelen obtener puntuaciones más altas en confianza y cordialidad que las mujeres.
 2. Los hombres puntúan más alto en puntuaciones de ansiedad.
 3. La media de las mujeres es mayor que la de los hombres en las escalas de asertividad.
 4. No existen diferencias entre hombres y mujeres en las variables de impulsividad y reflexividad.
 5. No existen diferencias entre hombres y mujeres en ninguna de las facetas de personalidad estudiadas.
- 20. El término Cociente Intelectual (CI), tal como fue propuesto por L.M. Terman, hace referencia a:**
1. La Edad Cronológica dividida por la Edad Mental.
 2. La Edad Mental dividida por Edad Cronológica multiplicando el resultado por 100.
 3. Edad Mental menos la Edad Cronológica.
 4. Edad Mental multiplicada por 10.
 5. La Edad Cronológica dividida por la Edad Mental multiplicando el resultado por 100.
- 21. El estrés puede influir sobre las enfermedades infecciosas a través de diversos factores. De acuerdo con el clásico modelo de Cohen y Williamson (1991), indique cuál de los siguientes factores está principalmente implicado en la relación entre el estrés y el desarrollo (inicio) de la enfermedad, más que en la relación entre el estrés y su gravedad o curso:**
1. Los cambios neuroendocrinos.
 2. La alteración de la adherencia al tratamiento.
 3. Los cambios inmunológicos.
 4. Los efectos sobre el tejido implicado en la enfermedad.
 5. Las estrategias de afrontamiento social.
- 22. En las relaciones entre el estrés psicosocial (demandas psicosociales) y el estatus de salud intervienen componentes moduladores, mediadores y efectos directos. ¿Cuál de los siguientes componentes suele desempeñar un papel mediador en este sentido?:**
1. La evaluación cognitiva.
 2. El apoyo social.
 3. El nivel socioeconómico.
 4. El índice de reactividad al estrés.
 5. El neuroticismo.
- 23. Se ha sugerido que el estrés psicosocial puede estar implicado en la diabetes tipo I. En relación con esta enfermedad, en general NO es correcto afirmar que el estrés psicosocial (estresores negativos):**
1. Incremente el nivel de glucosa en sangre.
 2. Aumente la frecuencia de hospitalizaciones.
 3. Sea un factor causante de la enfermedad.
 4. Esté desencadenado por un mal control diabético.
 5. Implique al estrés diario (hassles).
- 24. Entre las siguientes variables psicológicas, ¿cuál de ellas desempeña un papel más relevante favoreciendo el inicio (comienzo) de la enfermedad arterial coronaria (o cardiopatía coronaria)?:**
1. La ansiedad.
 2. El patrón de conducta tipo A.
 3. La alexitimia.
 4. El neuroticismo.
 5. El tipo I de reacción interpersonal (Grosarth-Maticek y Eysenck).
- 25. Señale cuál de las siguientes respuestas fisiológicas o cambios orgánicos NO se asocia al estrés psicológico:**
1. Incremento de la presión sanguínea diastólica.
 2. Hiperplasia suprarrenal.
 3. Reducción de la salivación.
 4. Anabolismo proteico.
 5. Hiperventilación.
- 26. El concepto de estrés psicosocial basado en la ocurrencia de sucesos vitales, así como su cuantificación y evaluación, fue establecido por primera vez por:**
1. R.S. Lazarus.
 2. I.G. Sarason.
 3. H. Selye.
 4. B.S. Dohrenwend.
 5. T.H. Holmes.
- 27. De acuerdo con el modelo de afrontamiento del estrés de Folkman y Lazarus, “Esperar que ocurra un milagro, evitar el conflicto con la gente, tomar alcohol o drogas, etc.” son ejemplos de formas de afrontar el estrés del tipo:**
1. Distanciamiento.
 2. Escape-evitación.
 3. Autocontrol.
 4. Reevaluación positiva.
 5. Aceptación de la responsabilidad.
- 28. Actualmente se sabe que el estrés y ciertas emociones pueden alterar la función inmunológica en el ser humano. Sin embargo, en el momento presente NO existe evidencia para afirmar que:**
1. Los estresores naturales de duración breve (no más de un mes) reduzcan la actividad celular NK.
 2. El estrés no social reduzca la actividad celular NK.
 3. El ánimo depresivo se asocie a reducción de la

- inmunocompetencia.
4. El estrés evaluado mediante autoinforme (sucesos vitales) se relacione con incremento de la inmunidad celular.
 5. El estrés interpersonal se asocie a reducción de células NK y de proliferación de linfocitos tras estimulación con mitógenos.
- 29. La sensación de acortamiento del futuro es característica de:**
1. La depresión.
 2. La fobia social.
 3. La anorexia nerviosa.
 4. El trastorno de estrés postraumático.
 5. La esquizofrenia.
- 30. En el estudio clásico de Slater y Glithero (1965), con 85 pacientes que tenían al inicio del estudio un diagnóstico de histeria, a los nueve años de seguimiento:**
1. La mayoría de los que vivían seguían con el mismo diagnóstico.
 2. La mitad de ellos habían desarrollado esquizofrenia.
 3. La mitad de ellos habían desarrollado lo que ahora se conoce como trastorno de somatización.
 4. Sólo la mitad de ellos seguían manteniendo el diagnóstico de histeria.
 5. Sólo 7 mantenían el diagnóstico original de histeria con síntomas clásicos de conversión.
- 31. De los siguientes trastornos, ¿cuál es el que produce menor grado de incapacidad o perturbación?:**
1. El trastorno obsesivo-compulsivo.
 2. El trastorno de ansiedad generalizada.
 3. El trastorno de pánico.
 4. El trastorno de estrés postraumático.
 5. Las fobias específicas.
- 32. Cuando el miedo y la evitación están asociados a estímulos más o menos específicos (objetos, personas, sensaciones, actividades, situaciones, etc.), nos referimos a:**
1. El trastorno de pánico.
 2. La agorafobia.
 3. El trastorno de ansiedad generalizada.
 4. Los trastornos fóbicos.
 5. El trastorno de conversión.
- 33. Realizar un viaje repentino e inesperado lejos del hogar o del lugar habitual de trabajo, con incapacidad de recordar el propio pasado, es un síntoma central de:**
1. La catatonía.
 2. El síndrome de Korsakoff.
 3. La fuga disociativa.
 4. El síndrome amnésico.
 5. La alucinosis alcohólica.
- 34. Un cambio particular en la consciencia del sí mismo, en el cual el individuo siente como si fuera irreal, se refiere a:**
1. La despersonalización.
 2. El trastorno esquizoafectivo.
 3. El trastorno obsesivo-compulsivo.
 4. Jamais vu.
 5. Síndrome de Korsakoff.
- 35. El miedo o creencia de padecer una enfermedad importante que surge en el sujeto a partir de la interpretación errónea de sus síntomas corporales, es una característica nuclear de:**
1. El trastorno de conversión.
 2. El trastorno dismórfico corporal.
 3. El trastorno de somatización.
 4. La hipocondría.
 5. El trastorno de dolor.
- 36. La preocupación excesiva por alguna anomalía física leve o inexistente, es la característica esencial de:**
1. El trastorno de conversión.
 2. El trastorno dismórfico corporal.
 3. El trastorno de somatización.
 4. La hipocondría.
 5. El trastorno de dolor.
- 37. La falsa creencia de estar embarazada asociada a signos objetivos de embarazo (ej., aumento del abdomen), se diagnostica como:**
1. Trastorno de dolor.
 2. Hipocondría.
 3. Trastorno de somatización.
 4. Trastorno somatoforme no especificado.
 5. Trastorno dismórfico corporal.
- 38. El rasgo de personalidad más característico del trastorno de somatización en ambos sexos es:**
1. El obsesivo.
 2. El evitativo.
 3. El histriónico.
 4. El antisocial.
 5. El narcisista.
- 39. ¿Cuál es el problema mental más frecuente entre todos los trastornos psicopatológicos?:**
1. La depresión.
 2. La esquizofrenia.
 3. Los trastornos de ansiedad.
 4. La dependencia de benzodiazepinas.
 5. La hiperactividad.
- 40. Cuando se revive intensamente la agresión su-**

frida o la experiencia vivida en forma de imágenes y recuerdos constantes involuntarios y de pesadillas, es probable que la persona tenga:

1. Insomnio.
2. Ataque de pánico.
3. Reverberación.
4. Trastorno de estrés postraumático.
5. Trastorno dismórfico.

41. La “anestesia de guante” es un síntoma típico de:

1. El trastorno de conversión.
2. La hipocondría.
3. El trastorno de somatización.
4. El trastorno obsesivo-compulsivo.
5. La esquizofrenia paranoide.

42. Los pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan alguna vez durante la perturbación, como intrusivos e inapropiados, y causan marcada ansiedad o malestar, es la definición en el DSM-IV-TR de:

1. La preocupación.
2. La ansiedad generalizada.
3. La fobia social.
4. Las obsesiones.
5. El pánico.

43. ¿En qué trastorno el individuo reconoce que son absurdos y sin sentido sus problemas?:

1. En la bulimia.
2. En el trastorno obsesivo-compulsivo.
3. En el insomnio.
4. En la dependencia de la cocaína.
5. En la hipocondría.

44. ¿Cómo podemos diferenciar un cuadro demencial de un síndrome amnésico en un paciente con continuas quejas sobre su memoria?:

1. Por la edad del sujeto.
2. Por la presencia de la amnesia retrógrada.
3. Por la conservación de la memoria operativa.
4. Por la presencia de deterioro cognitivo global que progresa a medida que avanza el trastorno.
5. Por la presencia de la amnesia anterógrada.

45. ¿Qué déficit cognitivo se suele encontrar en los niños con Disfasia Evolutiva?:

1. En secuenciación temporal auditiva.
2. En memoria inmediata.
3. En discriminación visual.
4. En atención sostenida.
5. En discriminación intermodal.

46. ¿En qué trastorno mental la aparición de los síntomas se da en brotes, con exacerbaciones y remisiones parciales, y cursa con un deterioro

progresivo?:

1. Enfermedad de Alzheimer.
2. Paranoia.
3. Esquizofrenia.
4. Pseudodemencia depresiva.
5. Epilepsia del lóbulo temporal.

47. ¿Cuál es el término con el que nos referimos al empobrecimiento del pensamiento y de la cognición que ocurre frecuentemente en la esquizofrenia?:

1. Apatía.
2. Anergia.
3. Ausencia mental.
4. Embotamiento.
5. Alogia.

48. ¿Qué tipo de alteración tiene un paciente que nos dice que su cuerpo ha cambiado de forma y tamaño?:

1. Idea delirante primaria.
2. Idea delirante de referencia.
3. Idea obsesiva.
4. Alucinación cenestésica.
5. Alucinación visual.

49. ¿Cuál es la principal hipótesis bioquímica que se relaciona con la esquizofrenia?:

1. Déficit de serotonina.
2. Déficit de dopamina.
3. Déficit de acetilcolina.
4. Exceso de dopamina.
5. Exceso de serotonina.

50. ¿Cuál es la alteración estructural que se ha encontrado en el cerebro de los esquizofrénicos con síntomas negativos?:

1. Dilatación ventricular.
2. Agenesia del cuerpo calloso.
3. Hipertrofia cerebelar.
4. Atrofia del hipocampo.
5. Asimetría del *planum* temporal derecho.

51. ¿Cómo se denomina a la actitud de permanecer ajeno o distante del entorno, con ausencia de las funciones de relación, paralización absoluta del cuerpo y mutismo?:

1. Catalepsia.
2. Estupor.
3. Ausencia mental.
4. Inhibición psicomotora.
5. Negativismo.

52. ¿Cuál es la alteración del lenguaje que se suele encontrar en la fase inicial de la Enfermedad de Alzheimer?:

1. Dificultades de articulación.
 2. Dificultades de pronunciación.
 3. Dificultades de denominación.
 4. Dificultades de lectura.
 5. Dificultades de escritura.
53. **¿Cómo se denomina la alteración en la que el sujeto cree firmemente que expone una idea como propia cuando en realidad la ha leído en un libro?:**
1. Paramnesia.
 2. Amnesia funcional.
 3. Amnesia anterógrada.
 4. Amnesia retrógrada.
 5. Criptomnesia.
54. **¿En qué cuadro clínico es más frecuente que aparezca la alexia?:**
1. Esquizofrenia con síntomas negativos.
 2. Enfermedad de Alzheimer.
 3. Enfermedad de Wilson.
 4. Alcoholismo crónico.
 5. Paranoia.
55. **¿En qué síndrome afásico es frecuente el agramatismo?:**
1. Afasia de Broca.
 2. Afasia de Wernicke.
 3. Afasia de Conducción.
 4. Afasia sensorial transcortical.
 5. Afasia anómica-amnésica.
56. **En el autismo infantil, ¿qué hipótesis considera que la alteración reside tanto en la capacidad cognitivo-social para reconocer que el otro tiene un estado mental propio, como en la habilidad afectivo-empática asociada para compartir un interés común por los objetos con otra persona?:**
1. La hipótesis cognitiva.
 2. La hipótesis afectiva.
 3. La hipótesis cognitivo-afectiva.
 4. La hipótesis cognitivo-conductual.
 5. La hipótesis cognitivo-social.
57. **¿Cómo suele ser el patrón de desarrollo del lenguaje de un niño con Síndrome de Down?:**
1. Normal.
 2. Alterado.
 3. Retrasado.
 4. Normal en la pragmática, retrasado en la fonología.
 5. Retrasado y alterado.
58. **¿Cuál es para la teoría cognitiva el déficit cognitivo central de los niños autistas?:**
1. Las dificultades en los procesos atencionales.
 2. Las dificultades en los procesos mnésicos.
 3. La falta de desarrollo de la pragmática del lenguaje.
 4. El déficit en las habilidades de simbolización.
 5. La falta de la capacidad de metarrepresentación.
59. **Un paciente diagnosticado de la enfermedad de Parkinson describe la sensación de estar temblando interiormente, y de que sus piernas giran y se retuercen. Sin embargo, el evaluador constata que no se produce el más ligero movimiento. El paciente presenta:**
1. Alucinación cinestésica.
 2. Paresia.
 3. Alucinación somática periférica.
 4. Alucinación táctil o háptica.
 5. Parestesia.
60. **Cuando una persona experimenta “alucinaciones en tercera persona”, escucha:**
1. Voces que le hablan (por ejemplo, “Vas a morir”).
 2. Voces que le ordenan hacer algo (por ejemplo, “Cómete el gusano”).
 3. Sus propios pensamientos en voz alta.
 4. Voces que hablan de ella (por ejemplo, “Es un inútil, nunca hará nada bien”).
 5. Críticas sobre lo que está haciendo (por ejemplo, “Eres un inútil, todo lo haces mal”).
61. **La alteración formal del pensamiento según la cual un paciente elabora su discurso basándose en los sonidos de las palabras y no en lo que significa se denomina:**
1. Perseveración.
 2. Aproximaciones a palabras.
 3. Ecolalia.
 4. Resonancia.
 5. Ilógicidad.
62. **Las alucinaciones gustativas y olfativas aparecen en:**
1. La alucinosis alcohólica.
 2. El trastorno de conversión (histeria de conversión).
 3. El trastorno delirante o paranoide.
 4. La manía.
 5. La epilepsia del lóbulo temporal.
63. **“Desde que me levanto me inunda una sensación de angustia horrorosa... es como si hubiera personas que me observan y que me van a criticar cualquier cosa que haga o diga... Yo sé que nadie me observa ni me dice nada, pero esa sensación me impide concentrarme en lo que hago o tengo que hacer, soy incapaz de fijarme siquiera en algún pensamiento concreto, me siento inundado, angustiado, sin saber qué**

hacer...". Este relato se ajusta a:

1. Una pseudoalucinación.
2. Un delirio secundario de persecución.
3. Un delirio primario.
4. Una alteración de la atención.
5. Desrealización.

64. "Si no repito la oración diez veces seguidas cada vez que salgo de mi casa, yo sé que mi futuro marido se morirá antes de que nos conozcamos y se reencarnará en un jabalí...". Esta afirmación se corresponde con:

1. Una esquizoafasia.
2. Una idea obsesiva.
3. Una manía.
4. Una parafasia.
5. Una idea delirante.

65. El incremento de la latencia de respuesta cuando se introducen intervalos preparatorios facilitadores, es un dato habitualmente encontrado en personas con un trastorno o enfermedad:

1. De pánico.
2. De estrés post-traumático.
3. Esquizofrénico.
4. Bipolar.
5. De Parkinson.

66. Una mujer que asiste a un concierto sinfónico sigue auditivamente el tono de un clarinete, a pesar de que es sólo una mínima parte de la riqueza sonora de la orquesta. Este fenómeno atencional se denomina:

1. Ausencia mental.
2. Hiperatención.
3. Hiperprosexia.
4. Afinar-en.
5. Indiferencia.

67. El riesgo de recaídas y recurrencias en la depresión mayor, se asocia entre otros factores a:

1. Comienzo tardío del primer episodio.
2. Comienzo temprano del primer episodio.
3. Menor número de episodios previos.
4. Nivel socioeconómico medio o medio-alto.
5. Nivel educativo alto.

68. La anhedonia y la inhibición pertenecen a uno de los subgrupos en que se pueden dividir los síntomas de Depresión. ¿A cuál de los siguientes pertenecen?:

1. Síntomas de arousal.
2. Síntomas interpersonales.
3. Síntomas cognitivos.
4. Síntomas físicos.
5. Síntomas motivacionales y conductuales.

69. En la teoría de Rehm para la depresión, el principal factor de estrés precipitante se relaciona con:

1. Déficits en las conductas de autocontrol.
2. La desesperanza.
3. La melancolía.
4. La pérdida o ausencia de reforzadores.
5. Las tasas bajas para el auto-refuerzo y altas para el auto-castigo.

70. Las cogniciones negativas relacionadas con el "yo", incluyendo las cogniciones que se incluyen bajo términos como "autoestima", "desesperanza", o "indefensión", entre otros, son según los actuales modelos sobre la depresión:

1. Consecuencia inevitable de un estado depresivo.
2. Accesibles a la consciencia del individuo (la persona es siempre consciente de ellas).
3. Los elementos cognitivos precursores del estado de ánimo depresivo.
4. No accesibles a la consciencia (permanecen siempre en el nivel no consciente).
5. Poco relevantes en la génesis del trastorno, pero cruciales en su mantenimiento.

71. Según el modelo explicativo de la Depresión de Lewinshon, la cadena de acontecimientos que conduce a un estado depresivo comienza con una serie de acontecimientos cuya característica fundamental inicial es la de:

1. Promover un aumento de la autofocalización.
2. Interrumpir patrones importantes de comportamiento adaptativo.
3. Aumentar la disforia inicial basal.
4. Disminuir la sensación de auto-control.
5. Aumentar el tasa de experiencias negativas.

72. Un joven es llevado a Urgencias por sus amigos, quienes informan que el chico ha ingerido gran cantidad de droga. En la entrevista, el paciente presenta una expresión facial de sorpresa, lentitud ideativa y perceptiva, y desorientación espacial y temporal. No presenta somnolencia. Desde la psicopatología de la conciencia, el paciente presenta:

1. Psicodelia.
2. Confusión.
3. Estado oniroide.
4. Obnubilación.
5. Estupor.

73. Cuando una experiencia perceptiva se mantiene y/o se activa a pesar de que el estímulo inicial que la produjo ya no se encuentra accesible a los órganos sensoriales, es muy probable que se experimente:

1. Una imagen eidética.

2. Una dismorfopsia.
 3. Un recuerdo delirante.
 4. Un delirio de persecución.
 5. Una pareidolia.
74. **El subtipo purgativo de la bulimia nerviosa, en comparación con el no purgativo, se ha relacionado con:**
1. Mayor tasa de suicidios y conductas autolesivas.
 2. Mayor recurrencia de psicopatología ansiosa.
 3. Peores estrategias de control de la ansiedad.
 4. Mayor psicopatología depresiva y obsesiva.
 5. Mayor tasa de trastornos somatoformes.
75. **¿En qué trastorno del sueño aparece con frecuencia la cataplejía?:**
1. En la narcolepsia.
 2. En la apnea del sueño.
 3. En el sonambulismo.
 4. En el bruxismo.
 5. En el síndrome de Kleine-Levin.
76. **El síndrome de Kleine-Levin se caracteriza por:**
1. Somnolencia diurna excesiva.
 2. Dificultades respiratorias durante el sueño.
 3. Insomnio crónico de base orgánica.
 4. Parasomnias recurrentes.
 5. Despertar temprano involuntario.
77. **El fenómeno denominado *insomnio de rebote* se produce como consecuencia de:**
1. El consumo de alucinógenos.
 2. La mezcla de hachís con alcohol.
 3. Las fases maníacas en un trastorno bipolar.
 4. La supresión brusca del consumo de cocaína.
 5. La supresión del tratamiento con benzodiazepinas.
78. **El criterio diagnóstico de dispareunia en la mujer precisa:**
1. Ausencia o pobreza de fantasías sexuales y de deseos de actividad sexual.
 2. Aversión extrema hacia el sexo y evitación de contactos genitales.
 3. Espasmo involuntario persistente de la musculatura del tercio exterior de la vagina que interfiere con el coito.
 4. Deseo sexual inhibido.
 5. Dolor genital persistente durante el coito.
79. **¿En qué trastorno está presente especialmente el sesgo cognitivo denominado “ilusión de control”?:**
1. Alcoholismo.
 2. Ludopatía.
 3. Trastorno delirante.
 4. Esquizofrenia.
 5. Distimia.
80. **¿Cuál es el trastorno de personalidad más frecuentemente asociado al juego patológico?:**
1. Trastorno antisocial de la personalidad.
 2. Trastorno paranoide de la personalidad.
 3. Trastorno esquizotípico de la personalidad.
 4. Trastorno de la personalidad por evitación.
 5. Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.
81. **¿Cuál es la categorización del juego patológico en el DSM-IV (APA, 2002)?:**
1. Un trastorno adictivo.
 2. Un trastorno compulsivo.
 3. Un trastorno del control de los impulsos.
 4. Un trastorno adaptativo.
 5. Un trastorno relacionado con sustancias.
82. **El perfeccionismo, la rigidez, la hiperresponsabilidad y los sentimientos de ineficacia aparecen con más frecuencia en las pacientes con:**
1. Bulimia purgativa.
 2. Bulimia no purgativa.
 3. Anorexia restrictiva.
 4. Anorexia purgativa.
 5. Trastorno por atracón.
83. **El *crash* se refiere concretamente a:**
1. Un estado de euforia provocado por cocaína intravenosa.
 2. Un estado psicótico por anfetaminas.
 3. Un síndrome de abstinencia tardío por opiáceos.
 4. Un estado de abatimiento intenso por abstinencia de cocaína.
 5. Un efecto producido por el PCP o “polvo de ángel”.
84. **¿Qué droga puede generar, cuando se consume con frecuencia, el fenómeno clínico recurrente denominado como *flashbacks* (reviviscencias)?:**
1. Inhalantes.
 2. LSD.
 3. Anfetaminas.
 4. Cocaína.
 5. Heroína.
85. **¿En cuál de las siguientes drogas ha sido descrito específicamente el denominado síndrome amotivacional?:**
1. Cannabis.
 2. Heroína.
 3. Cocaína.
 4. Drogas de diseño.
 5. LSD.

86. **¿Cuál de las siguientes alteraciones del sueño es habitual durante el síndrome de abstinencia al alcohol?:**
1. Aumento del sueño MOR.
 2. Incremento del sueño no-MOR.
 3. Sonambulismo.
 4. Hipersomnia.
 5. Narcolepsia.
87. **En el *delirium tremens* que se produce en algunos alcohólicos como consecuencia del cese de consumo de alcohol, los síntomas pronunciados de la abstinencia comienzan:**
1. En las 2 ó 4 horas de abstinencia.
 2. Entre las 5 y las 10 horas de abstinencia.
 3. Entre las 10 y las 24 horas de abstinencia.
 4. Entre el segundo y cuarto día de abstinencia.
 5. Tras llevar varias semanas de abstinencia.
88. **Si una persona dependiente del alcohol no consigue la sedación esperada con la dosis habitual de barbitúrico (por ejemplo, en la anestesia) es porque ha desarrollado:**
1. Una tolerancia invertida.
 2. Una tolerancia cruzada.
 3. Una tolerancia aguda.
 4. Una embriaguez patológica.
 5. Una tolerancia crónica.
89. **De acuerdo con los criterios DSM-IV, para poder diagnosticar un episodio depresivo mayor en un niño o adolescente, aparte de otros síntomas, necesariamente el paciente debe presentar:**
1. Ánimo depresivo o anhedonia.
 2. Cinco síntomas de tipo somático.
 3. Ánimo depresivo y anhedonia.
 4. Anhedonia y síntomas de inutilidad.
 5. Anhedonia, ánimo depresivo o ánimo irritable.
90. **Aplicando el denominado “modelo tripartito” sobre la diferenciación entre la ansiedad y la depresión al ámbito de la depresión infantil, podríamos decir que ésta difiere de la ansiedad por presentar:**
1. Alto afecto negativo y alto afecto positivo.
 2. Alto afecto negativo y alta activación fisiológica.
 3. Alto afecto negativo y normal afecto positivo.
 4. Afecto negativo y afecto positivo normales.
 5. Alto afecto negativo y bajo afecto positivo.
91. **Uno de los factores de vulnerabilidad general para desarrollar trastornos de ansiedad y/o depresivos es el afecto negativo o neuroticismo, el cual presenta gran equivalencia con el siguiente constructo temperamental referido a edades infantiles:**
1. Sensibilidad a la ansiedad.
 2. Inhibición conductual ante lo no familiar.
 3. Temperamento disocial.
 4. Evitación interoceptiva.
 5. Sensibilidad al daño.
92. **Aunque existe cierta controversia al respecto, ¿cuál de los siguientes trastornos en el adulto ha sido asociado específicamente a la ocurrencia del trastorno de ansiedad de separación durante la infancia?:**
1. Trastorno obsesivo-compulsivo.
 2. Trastorno de pánico.
 3. Hipocondría.
 4. Trastorno depresivo mayor.
 5. Fobia social.
93. **Durante las dos últimas décadas se ha venido demostrando de forma consistente que los miedos infantojuveniles pueden agruparse en torno a cinco grandes dimensiones. Indique cuál de las siguientes dimensiones NO corresponde a dicha agrupación:**
1. Miedos al fracaso y la crítica.
 2. Miedos médicos.
 3. Miedos a lo desconocido.
 4. Miedos a daños menores y animales pequeños.
 5. Miedos agorafóbicos.
94. **En relación con los trastornos que se indican a continuación, el trastorno de ansiedad de separación suele presentar mayor comorbilidad con:**
1. Trastorno de pánico sin agorafobia.
 2. Fobia específica.
 3. Trastorno obsesivo-compulsivo.
 4. Fobia social.
 5. Depresión mayor.
95. **Los estudios sobre el curso evolutivo del trastorno disocial en niños y adolescentes tienden a sugerir que:**
1. La mayor parte de las conductas antisociales del trastorno se extinguen durante la adolescencia.
 2. El patrón de inicio en la adolescencia es poco frecuente.
 3. Cuando se inicia en la infancia, muchas conductas antisociales suelen perdurar durante la edad adulta.
 4. El inicio en la infancia se ha asociado a menor gravedad general del trastorno.
 5. El curso evolutivo del trastorno es independiente de la edad de inicio.
96. **¿Qué tipo de trastorno típico de la infancia y adolescencia, definido por el DSM-IV, se caracteriza por presentar un cuadro repetido y persistente de conductas que violan los derechos**

básicos de otras personas y las normas sociales apropiadas a la edad del individuo?:

1. Trastorno negativista desafiante.
2. Trastorno psicopático.
3. Trastorno de déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo.
4. Trastorno delincuente.
5. Trastorno disocial.

97. Se ha sugerido que los conflictos familiares están relacionados con los trastornos disociales en los niños. Aunque se han propuesto diversos mecanismos para explicar esta relación, indique cuál de los siguientes NO es válido en este sentido:

1. Las conductas agresivas de los padres sirven de modelo a sus hijos.
2. La conducta antisocial del niño es causa de conflictos familiares.
3. Los conflictos familiares interfieren en las prácticas de crianza.
4. Los conflictos familiares (p.ej., por divorcio) incrementan el seguimiento de la conducta del niño por los padres.
5. La existencia de una tercera variable (p.ej., un trastorno antisocial en los padres).

98. En relación con la enuresis funcional (i.e., no debida al efecto de alguna sustancia o enfermedad médica) NO puede afirmarse que:

1. Generalmente la continencia urinaria diurna se adquiere antes que la continencia urinaria nocturna.
2. La enuresis pueda diagnosticarse (DSM-IV) en un niño de 4 años de edad.
3. Sólo aproximadamente la mitad de los niños de 2 años suele tener incontinencia urinaria diurna.
4. La mayor parte de los niños con enuresis presentan el tipo de “enuresis primaria”.
5. La “enuresis secundaria” es un tipo de incontinencia urinaria precedida por un periodo de continencia urinaria.

99. De acuerdo con los criterios para el diagnóstico del trastorno de déficit de atención con hiperactividad (DSM-IV):

1. Los síntomas deben haber estado presentes durante al menos 6 meses.
2. Los síntomas deben haber aparecido antes de los 4 años de edad.
3. Deben darse simultáneamente síntomas de desatención e hiperactividad-impulsividad.
4. Basta con que los síntomas se manifiesten en un tipo de ambiente (p.ej., la familia o el colegio).
5. Deben existir pruebas biológicas de disfunción cerebral mínima.

100. El trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) se ha asociado a diversos tipos de problemas o condiciones en el niño. Entre los que se indican a continuación, ¿con cuál de ellos presenta una relación más estrecha el TDAH?:

1. Bajo nivel de inteligencia (CI).
2. Alto nivel de inteligencia (CI).
3. Fracaso escolar.
4. Discapacidad de aprendizaje de la lectura (aprendizaje normal en otras áreas).
5. Bajo nivel de agresividad.

101. ¿Qué autor desarrolló la técnica de la sensibilización encubierta?:

1. Homme.
2. Cautela.
3. Wolpe.
4. Mahoney.
5. Rosenthal.

102. ¿Cuál de los siguientes aspectos constituye una ventaja de la técnica de sobrecorrección?:

1. Requiere poco tiempo para su aplicación.
2. No hace falta entrenar al personal para soporitar reacciones oposicionistas.
3. Contiene un elemento educativo y da un modelo positivo a los observadores.
4. Es fácil encontrar conductas adecuadas para practicar.
5. Potencia la moderación en la conducta.

103. El principio de aplazamiento del juicio en resolución de problemas:

1. Es uno de los principios en la fase de generación de alternativas de D’Zurilla.
2. Constituye una de las dimensiones a entrenar en el acercamiento de Spivack y Shure.
3. Es sinónimo del criterio de utilidad de las alternativas en el modelo de Spivack.
4. Es fundamental en la fase de toma de decisiones del acercamiento de D’Zurilla.
5. Es central en el programa SCIENCE de Mahoney.

104. ¿Cuál de los siguientes autores desarrolló un modelo de solución de problemas con el objetivo de que el paciente fuera un “científico personal” capaz de diagnosticar y tratar su propia conducta conflictiva?:

1. D’Zurilla.
2. Goldfried.
3. Pelechano.
4. Spivack.
5. Mahoney.

105. Además del modelo de Estrés de Lázarus, ¿sobre qué modelo se asienta la inoculación de

estrés de Meichenbaum?:

1. El modelo de Afrontamiento de Murphy.
2. El modelo de registro de Deffenbacher.
3. El modelo de solución de problemas de Tuner.
4. El modelo de personalidad de Eysenck.
5. El modelo de afrontamiento de Borkovec.

106. En el entrenamiento en inoculación de estrés de Meichenbaum, el modelo de Jaremko pretende sistematizar la fase:

1. Educativa.
2. De entrenamiento.
3. De aplicación.
4. De generalización.
5. De afrontamiento.

107. ¿Cuál de los siguientes errores cognitivos consiste en evaluar las propias cualidades personales recurriendo a categorías extremas?:

1. Minimización.
2. Sobregeneralización.
3. Pensamiento dicotómico.
4. Magnificación.
5. Lector de mentes.

108. Si un individuo con problemas de alcoholismo no deja la botella de alcohol en un lugar accesible, está aplicando dentro de su programa de autocontrol un/a:

1. Control de estímulos mediante la reducción de estímulos discriminativos.
2. Programación conductual.
3. Contrato de contingencia.
4. Entrenamiento en el empleo de respuestas alternativas.
5. Planificación ambiental mediante el cambio en la configuración social.

109. Respecto a la eficacia de las técnicas de autocontrol, señale la alternativa verdadera:

1. Los hombres son más autocontrolados que las mujeres.
2. Los niños tienen más capacidad para autocontrolarse que los adultos.
3. Es más sencillo autocontrolarse en las conductas alimentarias que en las sexuales.
4. La interrupción temprana de la cadena conductual en sus primeros eslabones aumenta las probabilidades de éxito.
5. Es aconsejable comenzar el entrenamiento en autocontrol en la juventud porque es en estas edades cuando se gestan muchas conductas negativas para la salud.

110. Una aportación de Mischel y Staubb (1965) al campo del autocontrol fue:

1. La importancia dada al “locus de control”.

2. La importancia de la “expectativa de autoeficacia”.
3. La introducción del concepto “autocontrol indiscriminado”.
4. La distinción de tres fases: autorregistro, autoevaluación y autorrefuerzo.
5. La consideración del concepto “demora de la gratificación”.

111. Queremos enseñar a un niño con retraso mental a cepillarse los dientes. Para ello, le realizamos nosotros todo el proceso excepto el último paso, cerrar el tubo de pasta. Cuando ya ha aprendido, de nuevo le hacemos todo el proceso hasta el penúltimo paso y él acaba enjuagando el cepillo y cerrando el tubo, y así sucesivamente. ¿Qué técnica estamos aplicando?:

1. Moldeamiento.
2. Reforzamiento intermitente.
3. Encadenamiento hacia delante.
4. Encadenamiento hacia atrás.
5. Encadenamiento mediante presentación de la tarea completa.

112. ¿Cuál de los siguientes modelos de habilidades sociales mantiene que en ocasiones la conducta social deseada no se produce debido a la existencia de autorreferencias negativas acerca de sí mismo que tiene el individuo?:

1. Modelo de déficit conductual.
2. Modelo de discriminación defectuosa.
3. Modelo de ansiedad condicionada.
4. Modelo de cogniciones inadecuadas.
5. Modelo depresivo.

113. ¿En qué ámbito de las habilidades sociales tiene problemas un individuo que no sabe ajustar el volumen y tono de su habla a la situación social en que se encuentra?:

1. En el proxémico.
2. En el paralingüístico.
3. En el interactivo.
4. En el verbal.
5. En el no verbal.

114. La forma menos frecuente de ofrecer información al sujeto sobre un determinado proceso psicofisiológico en la aplicación del biofeedback es:

1. A través de una luz variable en color y/o intensidad.
2. A través de una aguja que se mueve sobre una escala graduada.
3. A través de un tono que cambia de intensidad o frecuencia.
4. Combinando información visual y auditiva.
5. A través de estímulos vibrotáctiles.

115. ¿Qué instrumento o procedimiento se utiliza en

el ámbito del biofeedback para informar del cambio en el tamaño del pene?:

1. Electromiógrafo.
2. Electroencefalograma.
3. Biofeedback de temperatura periférica.
4. Pletismógrafo.
5. Esfingomanómetro.

116. ¿Qué técnica está utilizando un paciente que al imaginar que se enfrenta a la situación fóbica se imagina también diciéndose a sí mismo “estoy seguro de que puedo hacerlo”?:

1. Extinción encubierta.
2. Aserción encubierta.
3. Reforzamiento positivo.
4. Modelado encubierto.
5. Sensibilización encubierta.

117. ¿Cuál de los siguientes hechos puede interferir negativamente en el proceso de modelado de una conducta?:

1. Una gran semejanza entre el modelo y el observador.
2. Un nivel alto de ansiedad en el observador.
3. Un alto prestigio del modelo.
4. La variedad de situaciones de entrenamiento.
5. La repetición de la conducta observada por parte del modelo o del observador.

118. ¿Qué técnica se suele utilizar en los programas de economía de fichas para penalizar una conducta negativa sin provocar la agresividad que puede suponer el pago de fichas después de la infracción?:

1. Tiempo fuera de gasto de fichas.
2. Contrato de contingencias.
3. Desvanecimiento del programa.
4. Coste de respuesta.
5. Incremento del coste de los reforzadores.

119. En el denominado “modelado negativo”:

1. Se da un modelado de conductas no deseadas en ambientes naturales.
2. Lo que sucede es que no reproduce el modelado a pesar de que se establezcan las condiciones para que éste se dé.
3. La persona que debería adquirir el comportamiento de otra no lo hace porque le parece que esa conducta es muy compleja.
4. Tras producirse el modelado de la conducta, ésta no es reforzada.
5. Se refiere al modelado de una conducta reforzada negativamente.

120. Un castigo será menos eficaz cuanto:

1. Menos intenso sea el estímulo aversivo.
2. Más demorado sea desde la emisión de la

conducta negativa.

3. Más se aplique de manera sistemática y consistente.
4. Más duración tenga el estímulo aversivo.
5. Más se aplique desde el principio a su máxima intensidad y no gradualmente.

121. ¿Qué tipo de programa de reforzamiento es más apropiado para el mantenimiento a largo plazo de una conducta adquirida previamente?:

1. Programa de reforzamiento contingente.
2. Programa de reforzamiento intermitente.
3. Programa de reforzamiento condicionado.
4. Programa de reforzamiento estratificado.
5. Programa de reforzamiento continuo.

122. Los tratamientos con fármacos antagonistas aplicados a pacientes que presentan adicción a la heroína funcionan a través de un mecanismo de:

1. Coste de respuesta.
2. Extinción.
3. Reforzamiento negativo.
4. Castigo.
5. Tiempo fuera.

123. En la aplicación del tiempo fuera, ¿cuál suele ser el criterio para establecer el tiempo de permanencia?:

1. Nunca menos de 30 minutos.
2. Aproximadamente 1 minuto por año de edad.
3. Entre 45 y 60 minutos.
4. Entre 2 y 3 horas.
5. Aproximadamente 5 minutos por año de edad.

124. En el ámbito de la modificación de conducta, ¿a qué denominamos una “operante”?:

1. Al refuerzo conseguido tras la emisión de una conducta.
2. A la respuesta que se da en presencia de un estímulo cualquiera.
3. A la respuesta emitida que produce unas consecuencias en el medio, las cuales a su vez pueden controlar esa conducta.
4. Al estímulo que es contingente a la realización de una conducta positiva.
5. A la conducta negativa que se emite previa al castigo.

125. Según Stampfl y Levis, si estamos aplicando la técnica de implsión y el grado de ansiedad ante un ítem aumenta mucho y no desciende:

1. El paciente padece un trastorno bastante más grave de lo que pensábamos.
2. Debemos prolongar la sesión el tiempo que sea necesario hasta que la ansiedad elicitada por la situación o ítem sea de cero.
3. Probablemente la jerarquía no sea del todo

- adecuada y el paso desde el ítem anterior ha sido muy brusco. Hay que esperar a que la ansiedad descienda algunos puntos antes de finalizar la sesión.
4. Debemos ayudar con algún ansiolítico para que la ansiedad disminuya.
 5. Probablemente hemos encontrado algún estímulo psicodinámico que tiene relación con el origen de la ansiedad.
- 126. ¿De dónde provienen las bases teóricas de la técnica de “implosión”?:**
1. Terapia de conducta.
 2. Terapia sistémica.
 3. Psicología experimental.
 4. Psicoanálisis.
 5. Psicología experimental y psicoanálisis.
- 127. Los resultados de las investigaciones realizadas para poner a prueba la hipótesis de la “inhibición recíproca” por la que Wolpe explicaba la eficacia de la Desensibilización Sistemática (D.S.), indican que:**
1. La relajación es un componente necesario de la D.S.
 2. La ordenación de las escenas es una condición necesaria.
 3. No resultan indispensables ni la relajación ni la ordenación de las escenas.
 4. La D.S. en grupo no resulta efectiva.
 5. La D.S. sólo es eficaz para miedos relacionados con situaciones impersonales.
- 128. ¿Cómo denominaron Lazarus y Abramowitz (1979) al procedimiento de la desensibilización sistemática en el que se le indica al niño que se imagine vívidamente una historia que origina emociones que inhiben la ansiedad?:**
1. Desensibilización autodirigida.
 2. Desensibilización imaginada.
 3. Desensibilización automatizada.
 4. Imágenes emotivas.
 5. Desensibilización infantil.
- 129. La inducción de sensaciones de calor y pesadez es característica de un tipo de relajación. ¿De cuál?:**
1. Entrenamiento autógeno.
 2. Relajación muscular diferencial.
 3. Meditación.
 4. Relajación condicionada.
 5. Entrenamiento en respiración lenta.
- 130. Ante la aparición de calambres musculares durante la relajación muscular, el terapeuta debe indicar al paciente que:**
1. Es una expresión de sus resistencias a la terapia.
 2. Es mejor que haga la relajación en posición sentado.
 3. Debe generar menos tensión y durante menos tiempo en esos músculos.
 4. Es probable que su grado de tensión habitual haya llegado a dañar sus músculos.
 5. No debe prestar atención al calambre para no interrumpir la relajación.
- 131. De acuerdo con los criterios actualmente manejados por la psicología clínica basada en la evidencia, ¿para qué trastorno de personalidad se ha mostrado probablemente eficaz la terapia cognitivo-conductual dialéctica?:**
1. El trastorno de personalidad narcisista.
 2. El trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo.
 3. El trastorno de personalidad por evitación.
 4. El trastorno de personalidad esquizoide.
 5. El trastorno de personalidad límite.
- 132. Señale cuál de los siguientes elementos NO forma parte de programa de tratamiento cognitivo-comportamental para la hipocondría desarrollado por Warwick y Salkowskis (Salkowskis, 1989):**
1. Obtención del compromiso del paciente.
 2. Reatribución de los síntomas.
 3. Exposición a las conductas de búsqueda de tranquilización.
 4. Cambio de las conductas desadaptativas.
 5. Modificación de las creencias disfuncionales sobre la salud/enfermedad.
- 133. ¿Qué técnica de intervención psicológica se utiliza en el marco del tratamiento de la Anorexia Nerviosa para manejar los rituales de comprobación (p.ej., pesarse todos los días, mirarse al espejo repetidamente para comprobar que no ha engordado)?:**
1. Prevención de respuesta.
 2. Exposición en vivo.
 3. Exposición en imaginación.
 4. Discusión cognitiva acerca de la adecuación de dichos rituales.
 5. Saciación.
- 134. Uno de los objetivos terapéuticos derivado de los modelos teóricos más actuales de la Fobia Social (Clark y Wells, 1995; Rapee y Heimberg, 1997) es corregir la imagen distorsionada de la propia ejecución en las situaciones sociales que suelen presentar muchos pacientes que sufren este problema. Señale qué técnica se puede utilizar para dicho fin:**
1. Técnica de *biofeedback*.
 2. Técnica de reestructuración de imágenes.
 3. Técnica de cambio de foco atencional.
 4. Técnica de *mindfulness*.

5. Técnica de *video-feedback*.

135. ¿Con qué finalidad se utilizan técnicas de reestructuración cognitiva en el marco del tratamiento del Trastorno Dismórfico Corporal?:

1. Para exponer al paciente a las situaciones que evita y le causan ansiedad.
2. Para modificar el lenguaje negativo sobre el cuerpo.
3. Para prevenir la respuesta de examinarse y acicalarse.
4. Para eliminar la búsqueda de palabras tranquilizadoras en otras personas.
5. Para afrontar el estigma social.

136. ¿Con qué objetivo se han utilizado los procedimientos operantes de manejo de contingencias en el tratamiento de la Anorexia Nerviosa, principalmente en el marco de la hospitalización?:

1. Mejorar la autoestima y autoconfianza de la paciente.
2. Modificar hábitos y creencias disfuncionales respecto a la comida y el peso.
3. Conseguir un aumento del peso y de la ingesta del paciente.
4. Mejorar la imagen corporal.
5. Mejorar las relaciones familiares.

137. ¿Qué técnica de intervención proponen utilizar Botella y Martínez (1997) en su programa de tratamiento cognitivo-comportamental para la Hipocondría con el objetivo de que el paciente realice un trabajo continuado de saciación y exposición imaginada a la posibilidad de estar sufriendo la enfermedad que cree tener?:

1. La técnica de reatribución.
2. La técnica de la triple columna.
3. La técnica de distracción de centrarse en un objeto.
4. La técnica denominada “Hora de preocuparse”.
5. La técnica del diagrama pastel.

138. ¿Con qué finalidad es útil, desde el punto de vista de la intervención psicológica, que el paciente con un trastorno bipolar lleve a cabo una representación gráfica diaria de su estado de ánimo?:

1. Permite cambiar los pensamientos disfuncionales presentes en los episodios del trastorno.
2. Ayuda a mejorar la autoestima de estos pacientes.
3. Ayuda a los pacientes y a sus familiares a detectar los síntomas de forma temprana y actuar en los primeros momentos de su evolución.
4. Permite identificar los obstáculos a la adherencia al tratamiento.
5. Ayuda a que no se produzcan más rebotes de

síntomas en el futuro.

139. Indique en cuál de los siguientes trastornos clínicos está indicado el tratamiento farmacológico con litio, tanto en la fase aguda como de mantenimiento, por presentar los mejores resultados:

1. Esquizofrenia.
2. Trastorno depresivo mayor.
3. Trastorno bipolar.
4. Trastorno disociativo.
5. Trastorno adaptativo.

140. Desde la perspectiva de la terapia cognitiva para la depresión de Beck, ¿qué técnica se utiliza al comienzo de la terapia en el caso de que la persona se encuentre gravemente deprimida?:

1. La técnica de la triple columna.
2. La comprobación de hipótesis.
3. El registro de los pensamientos distorsionados.
4. La programación/asignación de tareas graduadas.
5. La técnica de reatribución.

141. Señale cuál de las siguientes alternativas de tratamiento para la depresión tiene como objetivo principal aumentar la calidad de la conducta interpersonal para incrementar la cantidad de refuerzo positivo contingente a la respuesta:

1. El programa de actividades agradables.
2. La terapia de habilidades sociales.
3. El curso de afrontamiento para la depresión (CAD).
4. La terapia de autocontrol.
5. La terapia de solución de problemas.

142. ¿Qué técnica de intervención se utiliza en el tratamiento del Trastorno de Estrés Postraumático para trabajar las creencias irracionales sobre la peligrosidad del mundo y la falta de control sobre los acontecimientos futuros?:

1. La verbalización de los sentimientos en el contexto de un grupo de apoyo.
2. El entrenamiento en relajación.
3. La reestructuración cognitiva.
4. La exposición en imaginación a los recuerdos traumáticos.
5. La exposición gradual en vivo a las situaciones evitadas.

143. ¿En cuál de los siguientes trastornos de ansiedad el tratamiento de exposición en imaginación prolongada constituye la alternativa terapéutica de elección en la actualidad?:

1. El trastorno obsesivo-compulsivo.
2. La fobia específica.
3. El trastorno de ansiedad generalizada.
4. El trastorno de estrés postraumático.

5. La fobia social.
- 144. ¿Cuál de las siguientes estrategias resulta de utilidad para el tratamiento de las obsesiones sin conducta compulsiva manifiesta?:**
1. La exposición en vivo con prevención de respuesta.
 2. La exposición virtual sin prevención de respuesta.
 3. La exposición a la grabación de los pensamientos obsesivos en un casete.
 4. La exposición a la grabación de los rituales cognitivos en un casete.
 5. La discusión cognitiva sobre la adecuación de las compulsiones.
- 145. ¿Qué tratamiento es considerado de primera elección en la actualidad para el abordaje terapéutico del Trastorno Obsesivo-Compulsivo?:**
1. El tratamiento de exposición con prevención de respuesta.
 2. La terapia racional-emotiva.
 3. La terapia cognitiva.
 4. El tratamiento psicológico combinado con el farmacológico.
 5. El tratamiento con inhibidores de la recaptación de serotonina.
- 146. Señale con qué finalidad terapéutica se utiliza la reevaluación de la valoración del preocuparse en el tratamiento de los pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada:**
1. Para que el paciente reconozca, acepte y desarrolle estrategias de afrontamiento cuando se enfrente a situaciones de incertidumbre.
 2. Para entrenar al paciente en darse cuenta de las situaciones asociadas a las preocupaciones.
 3. Para cambiar la sobreestimación de las ventajas y la subestimación de las desventajas del preocuparse que suelen presentar estos pacientes.
 4. Para que el paciente aprenda la importancia de reconocer las reacciones contraproducentes a los problemas y corregirlas.
 5. Para que el paciente se exponga a las preocupaciones que se refieren a acontecimientos altamente improbables que no se apoyan en la realidad.
- 147. Señale cuáles son los componentes terapéuticos principales incluidos en el programa de tratamiento cognitivo-comportamental desarrollado por el grupo de Heimberg para el tratamiento de la Fobia Social:**
1. El entrenamiento en habilidades sociales y la exposición en vivo.
 2. La reestructuración cognitiva y la exposición en el grupo mediante ensayos de conducta.
 3. La exposición en el grupo mediante ensayos de conducta junto con la relajación.
 4. La reestructuración cognitiva junto con la relajación.
 5. La exposición en vivo junto con psicofármacos antidepressivos inhibidores de la recaptación de serotonina.
- 148. ¿Con qué finalidad es conveniente utilizar la tensión muscular aplicada como acompañante de la terapia de exposición en el tratamiento de la fobia a la sangre?:**
1. Para reducir los niveles de ansiedad más rápidamente durante la exposición.
 2. Para que el paciente esté más relajado durante la exposición.
 3. Para reducir los síntomas vasovagales.
 4. Para que el paciente se distraiga del estímulo fóbico durante la exposición.
 5. En el tratamiento de la fobia a la sangre no se utiliza la técnica de tensión muscular aplicada.
- 149. ¿Cuál de las siguientes alternativas de tratamiento es considerada más potente para las Fobias Específicas?:**
1. La reestructuración cognitiva.
 2. La desensibilización sistemática.
 3. La exposición en imaginación.
 4. La exposición en vivo.
 5. La terapia implosiva.
- 150. Según Antony y Barlow (1997), existen una serie de hallazgos empíricos en la utilización de la exposición para el tratamiento de las Fobias Específicas. Indique cuál de las siguientes afirmaciones se corresponde con uno de ellos:**
1. La exposición parece funcionar mejor si hay mucho distanciamiento entre sesiones.
 2. La ingesta de antipsicóticos facilita la exposición en las primeras sesiones a los pacientes que tienen fobias graves.
 3. Las sesiones de exposición más largas son más eficaces que las sesiones breves.
 4. Los resultados indican que la presencia del terapeuta facilita claramente la reducción del temor.
 5. La exposición en imaginación ha demostrado ser más eficaz que la exposición en vivo.
- 151. ¿En cuál de los siguientes trastornos psicológicos diversos autores recomiendan el formato de terapia grupal debido a que, por diversas razones, el elemento grupo ya se considera en sí mismo terapéutico?:**
1. Hipocondría.
 2. Fobias específicas.
 3. Trastorno de estrés post-traumático.
 4. Trastorno de ansiedad generalizada.
 5. Fobia social.

152. **En el programa de tratamiento cognitivo-comportamental para el Juego Patológico desarrollado por Echeburúa y Báez (1991, 1994), ¿qué técnica de intervención se refiere fundamentalmente al control del dinero y a la evitación de las situaciones o circuitos de “riesgo”, así como de la frecuentación de amigos jugadores?:**
1. La técnica de reestructuración cognitiva.
 2. Los contratos conductuales.
 3. La técnica de exposición en vivo con prevención de respuesta.
 4. El control de estímulos.
 5. La prevención de recaídas.
153. **¿Cuál de los siguientes modelos terapéuticos constituye un abordaje de orientación dinámica que centra el tratamiento de los trastornos de la personalidad en una perspectiva interpersonal?:**
1. La terapia dialéctica conductual de Linehan.
 2. La terapia cognitiva de Beck y Freeman (1995).
 3. El análisis estructural del comportamiento social (Benjamin, 1993).
 4. La terapia focalizada en los esquemas de Young (1990).
 5. La terapia de valoración cognitiva de Wessler.
154. **¿Cuál de los siguientes aspectos constituye el principal foco de atención psicológica en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo I o insulino-dependiente?:**
1. La pérdida de peso.
 2. El cumplimiento de la dieta.
 3. El autocontrol glucémico.
 4. Las relaciones sociales del paciente.
 5. La promoción del ejercicio físico.
155. **¿Qué autor fue pionero en establecer empíricamente que el estrés psicosocial (sucesos vitales) influía de forma significativa en la salud física de los individuos?:**
1. T.H. Holmes.
 2. H.J. Eysenck.
 3. R. Lazarus.
 4. P. Salkovskis.
 5. D.H. Barlow.
156. **¿Cuál de las siguientes intervenciones se encuentra entre los tratamientos empíricamente validados para el insomnio?:**
1. La restricción del sueño.
 2. La desensibilización sistemática.
 3. La intención paradójica.
 4. Siestas regulares diurnas.
 5. Programa de despertares programados.
157. **¿Cuál de las siguientes acciones debe evitar una terapeuta ante un enfermo terminal?:**
1. Restar importancia a la muerte y animarle para que esté alegre.
 2. Analizar qué significa la muerte para esa persona en concreto.
 3. Ayudar a disminuir las preocupaciones y angustias que dificultan una muerte serena al enfermo terminal.
 4. Escuchar activamente y proporcionar apoyo emocional al paciente.
 5. Ayudar al paciente para que el tiempo que le queda de vida no sea una espera pasiva del momento de la muerte.
158. **¿Cómo se denomina el programa de tratamiento desarrollado por Grossarth-Maticek dirigido a pacientes oncológicos?:**
1. Terapia de Innovación Creativa.
 2. Terapia Psicológica Adyuvante.
 3. Terapia de Esquemas de Supervivencia.
 4. Terapia para la Disforia Anticipatoria.
 5. Terapia de Afrontamiento del Cáncer.
159. **Señale la alternativa correcta en relación con la infección por VIH:**
1. La prevención de esta enfermedad ha dado un cambio brusco con el descubrimiento de una vacuna que produce una inmunidad del 80%.
 2. Es lo mismo ser seropositivo que padecer el sida.
 3. Afortunadamente en la actualidad el sida ya tiene curación.
 4. Uno de los objetivos más importantes de la intervención psicológica con los pacientes consiste en promover la adherencia al tratamiento antirretroviral.
 5. Es necesario una cierta cantidad de prácticas de riesgo para poderse infectar con el VIH.
160. **En el marco de las intervenciones empíricamente validadas, ¿cuál de las siguientes técnicas se incluye dentro de las “intervenciones probablemente eficaces” para el tratamiento del asma bronquial?:**
1. Biofeedback electromiográfico torácico.
 2. Biofeedback de la arritmia del seno respiratorio.
 3. Biofeedback de parámetros de función pulmonar.
 4. Terapia familiar.
 5. Programas de automanejo.
161. **¿Cuál de las siguientes estrategias NO resulta adecuada para tratar el agotamiento por estrés?:**
1. Aprender a equilibrar los diferentes ámbitos de la vida.

2. Desarrollar intereses ajenos al trabajo.
 3. Evitar expresar los pensamientos negativos.
 4. Aprender a delegar.
 5. Intentar aumentar el ejercicio físico.
- 162. La “técnica del apretón” de Masters y Johnson y la técnica de parada-arranque de Semans son utilizadas para el tratamiento de:**
1. El vaginismo.
 2. La disfunción eréctil.
 3. El trastorno de excitación en la mujer.
 4. La eyaculación precoz.
 5. La anorgasmia femenina.
- 163. ¿Cuál de los siguientes factores nos debe hacer sospechar la posible etiología orgánica de una disfunción sexual?:**
1. El que la disfunción aparezca después de un periodo en el que el funcionamiento sexual era adecuado.
 2. El hecho de que la disfunción tan sólo aparezca en el momento de la relación sexual y no durante la masturbación.
 3. El hecho de que la disfunción aparezca con unas parejas y no con otras.
 4. El que el paciente nunca presente erección durante la noche o al despertar.
 5. Si nos encontramos en la historia sexual con una agresión sexual.
- 164. ¿Cuál debe ser el primer paso en el tratamiento del trastorno por aversión al sexo tras una experiencia traumática?:**
1. Terapia sexual propiamente dicha incluyendo la pareja.
 2. Trabajar cognitivamente los sentimientos de culpa.
 3. Catarsis de las emociones negativas sufridas durante la experiencia traumática.
 4. Entrenar en estrategias para combatir la ansiedad general y asociada a ciertos estímulos.
 5. Entrenamiento en masturbación.
- 165. De los estudios sobre el tema se deduce que la terapia de elección para los pacientes con cefalea es:**
1. El biofeedback.
 2. La relajación muscular.
 3. El entrenamiento en asertividad.
 4. La reestructuración cognitiva.
 5. Las técnicas operantes.
- 166. La desimpactación inicial, la instauración de hábitos regulares y la corrección de la contracción paradójica del esfínter son técnicas que utilizadas conjuntamente forman parte de los llamados:**
1. Tratamientos médicos de la encopresis.
 2. Tratamientos cognitivos de la encopresis.
 3. Tratamientos conductuales de la encopresis.
 4. Tratamientos mixtos de la encopresis.
 5. Tratamientos psicoeducativos de la encopresis.
- 167. La estrategia que ha demostrado ser más eficaz en el tratamiento del síndrome de alienación parental (SAP) es:**
1. La mediación.
 2. La reestructuración cognitiva.
 3. Las autoinstrucciones.
 4. El modelado simbólico.
 5. Desensibilización sistemática.
- 168. En el tratamiento de la adicción al cibersexo, Putnam (2000) enfatiza la potencial eficacia de:**
1. Utilizar la misma red tanto en la evaluación como en el tratamiento de este problema.
 2. El entrenamiento en relajación progresiva de Jacobson.
 3. La exposición en vivo.
 4. La terapia sistémica.
 5. La terapia lúdica.
- 169. El método de elección para los niños con enuresis que se caracterizan por un umbral muy elevado de despertar nocturno es:**
1. El entrenamiento en cama seca.
 2. El método de la alarma o pipí-stop.
 3. El entrenamiento en limpieza.
 4. El sobreaprendizaje.
 5. El entrenamiento en retención voluntaria.
- 170. El programa PEAC (emoción-acción-cognición) de Méndez (2002) es un tratamiento cognitivo-conductual para:**
1. La depresión mayor infantil.
 2. El trastorno de ansiedad generalizada.
 3. El estrés postraumático.
 4. El tratamiento de los celos infantiles.
 5. El tratamiento de las pesadillas.
- 171. El modelado simbólico, la práctica reforzada y las imágenes emotivas son técnicas de terapia de conducta que se utilizan frecuentemente en el tratamiento de:**
1. Ansiedad generalizada.
 2. Alienación parental.
 3. Consumo de sustancias tóxicas.
 4. Fobia a la oscuridad.
 5. Enuresis primaria.
- 172. Si nuestro objetivo es reducir y/o eliminar las pesadillas de un niño mediante la modificación del contenido del sueño, la técnica de tratamiento más adecuada será:**
1. Entrenamiento en relajación muscular progresiva.

- siva de Jacobson.
2. Terapia de ensayo en imaginación.
 3. Reforzamiento social de la conducta adecuada.
 4. Exposición gradual en vivo.
 5. Entrenamiento en estrategias de afrontamiento.
- 173. Emmelkamp y Kwee (1977) demostraron la ineficacia de una técnica en el tratamiento del Trastorno Obsesivo Compulsivo en niños y adolescentes, ¿cuál es esta técnica?:**
1. Detención de pensamiento.
 2. Exposición in vivo.
 3. Exposición en imagen.
 4. Prevención de respuesta.
 5. Discusión cognitiva.
- 174. El programa “Coping Cat” de Kendall (1992), el programa “Coping Koala Group Workbook” de Barrett (1995) y el programa “The Coping Bar Workbook” de Menlowitz y cols. (1999) son todos ellos programas dirigidos al tratamiento de niños y adolescentes con:**
1. Trastorno de Ansiedad Generalizada.
 2. Fobia a los animales.
 3. Miedos nocturnos.
 4. Trastorno Obsesivo o Compulsivo.
 5. Enuresis nocturna.
- 175. Si comparamos la exposición tradicional con la exposición virtual en el tratamiento de las fobias a los animales podemos afirmar que:**
1. La exposición in vivo proporciona más seguridad que la virtual a las personas porque pueden controlar el contexto.
 2. No es preciso que la exposición in vivo se realice en un contexto público mientras que la virtual sí.
 3. La exposición in vivo es más confidencial que la virtual de manera que los demás no tienen porqué enterarse del problema.
 4. La exposición virtual puede resultar más económica en términos de tiempo y dinero.
 5. La exposición en la imaginación es más inmersiva que la virtual porque uno puede imaginarse fácilmente diferentes modalidades sensoriales.
- 176. La técnica de terapia de conducta consistente en leer historias en las que uno o varios modelos diferentes afrontan con éxito el miedo a la oscuridad, iniciando a continuación un diálogo sobre las reacciones suscitadas y las experiencias personales del niño, y reforzando los comentarios sobre vivencias agradables, se denomina:**
1. Imágenes emotivas.
 2. Práctica reforzada.
 3. Terapia de juego.
 4. Modelado simbólico.
 5. Desensibilización sistemática in vivo.
- 177. Los procedimientos de tratamiento más eficaces para el mutismo selectivo en niños son:**
1. Técnicas operantes.
 2. Técnicas cognitivas.
 3. Técnicas sistémicas.
 4. Técnicas de incremento de la autoestima.
 5. Técnicas de potenciación personal.
- 178. ¿Quién de los siguientes autores constituye un antecedente del interés por integrar distintas perspectivas psicoterapéuticas?:**
1. Rogers.
 2. Maslow.
 3. Bateson.
 4. Dollard y Miller.
 5. Kelly.
- 179. ¿Qué autor cuenta entre sus principales aportaciones el determinar cuáles son las condiciones necesarias y suficientes para el cambio terapéutico y utilizó un método en la no-directividad?:**
1. Perls.
 2. Murray.
 3. Rogers.
 4. Berne.
 5. Maslow.
- 180. ¿A cuál de los siguientes autores le debemos el origen de la psicoterapia gestáltica?:**
1. Allport.
 2. Maslow.
 3. Rogers.
 4. Berne.
 5. Perls.
- 181. Un diseño de medidas repetidas debe utilizarse cuando:**
1. Se estudian diferencias entre grupos.
 2. Los sujetos conocen el objetivo de la investigación.
 3. El grupo de control es necesario.
 4. No se pueden eliminar los efectos de orden.
 5. Las diferencias individuales no pueden afectar a la variable estudiada.
- 182. Los ensayos o análogos clínicos son propios de la investigación:**
1. Experimental.
 2. Cuasi-experimental.
 3. Observacional.
 4. Por encuestas.
 5. Pre-experimental.
- 183. El efecto de la práctica o el aprendizaje es propio de los diseños:**

1. Inter sujetos.
 2. Transversales.
 3. Observacionales.
 4. Intra sujetos.
 5. Con grupo de control placebo.
- 184. En un diseño factorial intersujetos 2x4x5:**
1. Existen 40 tratamientos o condiciones experimentales.
 2. Sólo pueden participar 40 sujetos.
 3. Existen 40 variables independientes.
 4. Da lugar a formular 40 variables dependientes.
 5. Existen 40 efectos de interacción.
- 185. El metaanálisis hace referencia a:**
1. Medidas estrictamente cualitativas.
 2. Análisis estadístico de los resultados de diversos estudios equivalentes según la misma hipótesis, o muy similar, para evaluar de forma concienzuda la validez de un efecto.
 3. Los análisis de las variables extrañas de un experimento.
 4. Estudio de campo diseñado de forma cuasi-experimental.
 5. Investigación en la que las variables preexistentes y no manipuladas entre las personas se miden en busca de una diferencia o correlación.
- 186. Los estudios transversales en investigación:**
1. Estudian a los mismos sujetos durante un largo periodo de tiempo.
 2. Tienen como característica el estudio de la línea base.
 3. Pueden tener como objeto de estudio el conocimiento de la situación sociosanitaria en una fecha determinada.
 4. Se utilizan para el estudio de un solo sujeto.
 5. Tienen como técnica de análisis de datos, el análisis de series temporales.
- 187. En una investigación que busca realizar inferencias a partir del análisis de los datos, a los valores que delimitan la zona de rechazo de la hipótesis nula los llamamos valores:**
1. Residuales.
 2. Críticos.
 3. Extremos.
 4. Falsos.
 5. Punto de corte.
- 188. En la redacción de un informe de investigación, la descripción de la muestra se incluye en:**
1. La Introducción.
 2. El Método.
 3. El Procedimiento.
 4. El Análisis de datos.
 5. La Discusión.
- 189. De los dos lados de la cara, el izquierdo parecer, en comparación con el derecho:**
1. Menos expresivo.
 2. Igualmente expresivo.
 3. Más susceptible de sufrir parálisis facial.
 4. Más expresivo.
 5. Más susceptible de tener inhibiciones selectivas de la musculatura facial.
- 190. El síndrome de insensibilidad a los andrógenos está causado por un defecto ligado a:**
1. El cromosoma Y.
 2. La enzima 5-alfa-reductasa.
 3. La producción de testosterona
 4. La enzima aromataasa.
 5. El cromosoma X.
- 191. La apraxia ideomotora aparece como resultado de lesiones en algunas regiones de la corteza:**
1. Premotora.
 2. Motora suplementaria.
 3. Motora secundaria.
 4. De asociación parietal.
 5. Motora primaria.
- 192. Si se producen lesiones en el sistema extrapiramidal:**
1. No se pueden mover individualmente las articulaciones y los miembros.
 2. Se dificultan los reflejos espinales.
 3. No llegan tractos descendentes inhibidores a la médula espinal.
 4. Se interrumpe la conexión entre la corteza y la médula espinal.
 5. No llegan tractos descendentes excitadores a la médula espinal.
- 193. En última instancia, la información sobre el dolor se integra en la:**
1. Sustancia gris periacueductal.
 2. Corteza frontal.
 3. Corteza temporal.
 4. Corteza cingulada.
 5. Corteza parietal anterior.
- 194. Durante la relación sexual, la erección es solamente posible si se:**
1. Activan proyecciones de serotonina desde el núcleo paragigantocelular hacia la médula espinal.
 2. Inhiben las eferencias de serotonina desde el núcleo paragigantocelular hacia la médula espinal.
 3. Activa la enzima fosfodiesterasa-5.
 4. Libera noradrenalina desde la porción lumbar de la división simpática del sistema nervioso

- periférico.
5. Inhibe la liberación de acetilcolina desde la porción de la división parasimpática del sistema nervioso periférico.
- 195. En la mayoría de los mamíferos, la participación de la vía retinohipotalámica en la sincronización de conductas con el ritmo circadiano sueño-vigilia requiere necesariamente de:**
1. Lumirrodopsina.
 2. Melanina.
 3. Melatonina.
 4. Melanopsina.
 5. Rodopsina.
- 196. El proceso que implica la percepción del gusto denominado “dulce” se inicia primeramente en los botones gustativos con la intervención de mecanismos que conllevan:**
1. La activación de proteínas G.
 2. El transporte de iones de sodio al interior celular.
 3. El transporte de iones de calcio al interior celular.
 4. El bloqueo de los canales de potasio en la membrana neuronal.
 5. La acumulación de iones de hidrógeno en el interior celular.
- 197. El estadio 5 del desarrollo moral de Kohlberg caracterizado por la conciencia de que los sistemas de reglas son interpretables y consensuados y por tanto flexibles y susceptibles de modificaciones forma parte de la etapa:**
1. Preconvencional.
 2. Protoconvencional.
 3. Convencional.
 4. Postconvencional.
 5. Metaconvencional.
- 198. Una limitación del estadio preoperacional, según Piaget, es utilizar un tipo de razonamiento que va de lo particular a lo particular sin considerar los principios generales que unen hechos específicos. ¿Cómo se denomina esta limitación?:**
1. Centración.
 2. Razonamiento transductivo.
 3. Animismo.
 4. Falsa creencia.
 5. Identidad cualitativa.
- 199. ¿Cómo se denomina la prueba rápida de evaluación del neonato que analiza 5 aspectos: ritmo cardíaco, respiración, tono muscular, respuesta a estímulos suavemente dolorosos y color de la piel?:**
1. Cumanim.
 2. Test de Columbia.
 3. Brazelton.
 4. Apgar.
 5. Boehm.
- 200. El reflejo de Moro desaparece:**
1. Unos días después del nacimiento.
 2. Al mes.
 3. A los 3 meses.
 4. A los 6 meses.
 5. No desaparece, se mantiene durante toda la vida porque es un reflejo permanente.
- 201. La etapa que se extiende entre los 4 y 5 años según la teoría del desarrollo psicosocial de Erikson es:**
1. La de iniciativa versus culpa.
 2. La de autonomía versus inferioridad.
 3. La de laboriosidad versus inferioridad.
 4. La de autonomía versus vergüenza y duda.
 5. La de confianza básica versus desconfianza.
- 202. Para investigar el comportamiento de una serie de variables tomamos en el año 2009 una muestra de niños de 5 años (nacidos en 2004) para hacer un seguimiento durante varios años repitiendo la toma de datos de esas mismas variables cada año ¿Qué tipo de diseño estamos realizando?:**
1. Diseño de intervalo temporal.
 2. Diseño transversal simple.
 3. Diseño longitudinal secuencial.
 4. Diseño longitudinal simple.
 5. Diseño transversal secuencial.
- 203. La permanencia del objeto es una capacidad que se adquiere, según Piaget, en el período:**
1. Sensoriomotor.
 2. Preoperacional.
 3. Operaciones concretas.
 4. Operaciones formales.
 5. Operaciones posformales.
- 204. El término acuñado por Premack y Woodruff (1978) para hacer referencia a la habilidad específica de los seres humanos de inferir y representar los estados internos de los otros y los propios fue:**
1. Animismo.
 2. Empatía.
 3. Constructivismo.
 4. Teoría de la mente.
 5. Apego.
- 205. Cuando una persona realiza una conducta que va en contra de una actitud que para ella es muy importante, tenderá a:**

1. Trivializar la conducta.
 2. Trivializar la actitud.
 3. Nunca realizaría esa conducta.
 4. Cambiar la actitud.
 5. Negar la realización de la conducta.
- 206. La siguiente afirmación “es la necesidad de justificar el comportamiento y no la lógica y la racionalidad lo que motiva la búsqueda de coherencia” forma parte de:**
1. La teoría de la acción razonada.
 2. La teoría de la congruencia.
 3. La teoría del equilibrio.
 4. La teoría del racionalismo científico.
 5. La teoría de la disonancia cognitiva.
- 207. Según los estudios de Darley y Latane, es más probable que se inhiba la conducta de ayuda:**
1. Cuando hay muchas personas presentes en la situación.
 2. Cuando no se da el efecto espectador.
 3. Cuando se reduce la activación empática.
 4. Cuando se da identificación grupal.
 5. La probabilidad de que se de o no una conducta de ayuda depende de la variabilidad individual.
- 208. En el contexto de la psicología organizacional, el estado afectivo positivo, relativamente persistente de plenitud, y caracterizado por el vigor, la dedicación y la absorción es denominado:**
1. Iniciativa.
 2. Creencias de eficacia.
 3. Engagement.
 4. Satisfacción.
 5. Hipnosis.
- 209. El *flow* es:**
1. Una experiencia óptima de disfrute que ocurre cuando una persona está motivada y capacitada para realizar una actividad por la que se siente desafiada.
 2. La pérdida de la propia identidad personal en un proceso de identificación colectiva en contextos de competencia intergrupal.
 3. Un estado afectivo negativo y persistente.
 4. Una creencia personal sobre las propias capacidades para enfrentarse a las distintas situaciones ambientales.
 5. La habilidad para pensar, fantasear y embeberse en las sugerencias ofrecidas por el terapeuta.
- 210. La definición “el estudio científico del funcionamiento óptimo de las personas y de los grupos en las organizaciones, así como su gestión efectiva” se refiere a:**
1. Psicología Social.
 2. Psicología Laboral.
 3. Psicología Organizacional Positiva.
 4. Desempeño Activo.
 5. Eficiencia Organizacional.
- 211. Señale cuál de las siguientes opciones NO se corresponde con la Jerarquía de Necesidades de Maslow (1943):**
1. Fisiológicas.
 2. Seguridad.
 3. Afiliación.
 4. Ego o autoestima.
 5. Existencia.
- 212. Señale qué aproximación desarrolla una postura crítica frente a los enfoques individualistas en la psicología industrial u organizacional, poniendo de manifiesto la importancia de fenómenos grupales como la interacción, la cohesión o los sentimientos de pertenencia.**
1. Teoría de la Burocracia de Weber.
 2. Escuela de las Relaciones Humanas de Elton Mayo.
 3. Estudios sobre el Factor humano de Catell.
 4. Estudios sobre el Factor Humano de Münsterberg.
 5. Teoría motivacional de McClelland.
- 213. La entrevista en la que el entrevistador permite hablar al entrevistado en función de sus propias necesidades, formulando preguntas abiertas, se denomina:**
1. Libre.
 2. No es una entrevista.
 3. Estructurada.
 4. Semiestructurada.
 5. Entrevista diagnóstica.
- 214. La comprobación de que el contenido de una técnica de evaluación comprenda una muestra representativa del universo posible de atributos que se pretende evaluar es:**
1. Estabilidad de la prueba.
 2. Validez de constructo.
 3. Validez criterial.
 4. Consistencia interna.
 5. Validez de contenido.
- 215. El término Psicodiagnóstico parte de un modelo:**
1. Médico.
 2. Conductista.
 3. Psicométrico.
 4. Fenomenológico.
 5. Factorial.
- 216. Rorschach acuñó el término de:**

1. Evaluación psicológica.
 2. Psicodiagnóstico.
 3. Test de inteligencia.
 4. Análisis factorial.
 5. Test mental.
- 217. La técnica subjetiva que fue diseñada con el objeto de dar cuenta de cómo las personas elaboran los distintos roles interpersonales con el fin de establecer hipótesis clínicas sobre la persona objeto de estudio, se denomina:**
1. La Clasificación Q.
 2. La Lista de Adjetivos.
 3. La técnica del diferencial Semántico.
 4. Test de Constructos Personales (REP) de Kelly.
 5. La técnica de Ajuste de Modelos de Bem.
- 218. En el Test de Apercepción Temática de Murray (TAT) los estímulos que se presentan al sujeto:**
1. Son fragmentos escritos con historias incompletas.
 2. Están desestructurados.
 3. Son el dibujo de la casa y el árbol.
 4. Están muy estructurados.
 5. Son frases autoreferentes.
- 219. La clasificación Q y la técnica del diferencial semántico son ejemplos de:**
1. Técnicas objetivas.
 2. Técnicas proyectivas.
 3. Autoinformes.
 4. Técnicas subjetivas.
 5. Tests aptitudinales.
- 220. El inventario Multitudinal de Millon (MCMI-III) evalúa:**
1. Patrones clínicos de personalidad.
 2. Extroversión, Neuroticismo y Psicoticismo.
 3. Apertura a la experiencia, Agradabilidad y Escrupulosidad.
 4. Actitudes disfuncionales hacia el trabajo.
 5. Las dimensiones básicas de la personalidad normal.
- 221. En un autoinforme, cuando se le pide al sujeto que puntúe en una escala (de 3 ó más puntos) si una determinada frase le es aplicable y en qué medida esto ocurre, estamos utilizando:**
1. Respuestas escalares.
 2. Alternativas dicotómicas.
 3. Respuesta abierta.
 4. Alternativas cerradas.
 5. Alternativas ipsativas.
- 222. Un informe psicológico diseñado en función de los datos obtenidos por el sujeto en los tests e instrumentos utilizados es un informe:**
1. Basado en la observación.
 2. Basado en el problema.
 3. Basado en la teoría.
 4. Basado en la organización.
 5. Basado en las técnicas.
- 223. El autoinforme de Kuder (KOIS, Kuder y Zitowski, 1991) evalúa:**
1. Aptitudes.
 2. Inteligencia general.
 3. Intereses ocupacionales.
 4. Valores morales.
 5. Autoestima.
- 224. Una de las características de los test de ejecución es:**
1. La falta de especificidad.
 2. La atención al proceso.
 3. La utilización de autoinformes.
 4. La falta de estandarización.
 5. La información a los sujetos del objetivo de la prueba.
- 225. El grado en el cual se puede esperar que un individuo alcance la misma puntuación en momentos distintos se denomina:**
1. Objetividad de la prueba.
 2. Estabilidad de la prueba.
 3. Validez de constructo.
 4. Validez de contenido.
 5. Consistencia interna.
- 226. Una de las ventajas de la entrevista con respecto a otros instrumentos de evaluación es:**
1. La flexibilidad.
 2. La fiabilidad.
 3. El coste.
 4. La objetividad.
 5. La estructuración.
- 227. El objetivo del sistema comprensivo de Exner es:**
1. Validar el Test de Apercepción Temática.
 2. Estandarizar el uso de las Técnicas de ejecución.
 3. Dotar a la prueba Rorschach de una base psicométrica adecuada.
 4. Evaluar el autoconcepto y los constructos personales.
 5. Validar la Clasificación Q.
- 228. La primera batería integrada para la evaluación de distintas aptitudes intelectuales fue:**
1. El Test de Inteligencia Standford-Binet.
 2. La Escala de inteligencia Wechsler para adul-

- tos.
3. La Batería de Halstead-Reitan.
 4. El Test de matrices progresivas de Raven.
 5. El Test de aptitudes Diferenciales (DAT).
- 229. Las funciones motoras, la organización acústico-motriz, las funciones visuales superiores, el lenguaje receptivo y la destreza aritmética son algunos de los diez tipos de tareas que incluye:**
1. El Test de Aprendizaje Verbal de California.
 2. La Batería de Halstead-Reitan.
 3. El Examen Neuropsicológico de Luria-Christensen.
 4. El Test Madrid.
 5. La Escala de Inteligencia de Wechsler.
- 230. La Escala de inteligencia WPPSI-III (Wechsler, 2002) está indicada para individuos:**
1. De 18 a 55 años.
 2. De 55 a 95 años.
 3. Mayores de 18 años.
 4. De dos años y seis meses a siete años y tres meses.
 5. De seis a dieciséis años y once meses.
- 231. El primer cuerpo sistemático de datos sobre diferencias individuales en los procesos psicológicos simples realizados por Galton incluía sobre todo:**
1. Datos neuropsicológicos.
 2. Rasgos de personalidad.
 3. Datos antropométricos y funciones sensorio-motoras.
 4. Aptitudes.
 5. Inteligencia general.
- 232. El grado en el que una prueba psicológica mide un determinado rasgo o constructo hipotético se denomina:**
1. Consistencia interna.
 2. Validez de contenido.
 3. Fiabilidad de constructo.
 4. Validez de constructo.
 5. Validez de criterio.
- 233. Las técnicas proyectivas en las que se presenta material visual con distintos grados de estructuración formal de contenido humano o parahumano cuya tarea es narrar una historia se denominan:**
1. Estructurales.
 2. Temáticas.
 3. Expresivas.
 4. Evaluativas.
 5. Asociativas.
- 234. El Test de precisión de Purdue es un instrumento que se incluye dentro de las técnicas de evaluación:**
1. Subjetivas.
 2. Proyectivas.
 3. Objetivas.
 4. Clínicas.
 5. Psicométricas.
- 235. El taquistoscopio es un instrumento de evaluación que se utiliza para evaluar respuestas:**
1. Cognitivas.
 2. Motoras.
 3. Respiración.
 4. Conductancia de la piel.
 5. Percepción táctil.
- 236. En evaluación psicológica, dentro del método de observación, cuando se pretende la cuantificación, calificación o clasificación de las actividades de un sujeto según específicas definiciones conductuales, dimensiones o atributos de personalidad previamente establecidos se utilizan:**
1. Los registros de conducta.
 2. Los muestreos de sujetos.
 3. Las técnicas proyectivas.
 4. Las escalas de apreciación.
 5. Los registros narrativos.
- 237. Una de las características fundamentales del continuo de comportamiento como unidad de análisis de la observación en la evaluación psicológica es que:**
1. No se realiza una especificación previa de las conductas o atributos a observar.
 2. Las observaciones se realizan sobre aspectos verbales.
 3. Quien observa siempre participa en la situación.
 4. Se realizan observaciones retrospectivas.
 5. La unidad de análisis está altamente estructurada.
- 238. Una de las técnicas de evaluación más características del modelo del atributo son:**
1. Las técnicas subjetivas.
 2. Las técnicas de observación.
 3. Los test psicométricos.
 4. Los registros fisiológicos.
 5. Las narrativas autobiográficas.
- 239. Las técnicas de evaluación psicológica que son más características del modelo constructivista son:**
1. Las técnicas proyectistas.
 2. Las técnicas subjetivas.
 3. Los tests psicométricos.
 4. Los registros fisiológicos.
 5. Los test de ejecución.

- 240. Las entidades nosológicas son un tipo de variable propia del modelo de evaluación psicológica:**
1. Del atributo.
 2. Conductual.
 3. Constructivista.
 4. Cognitivo.
 5. Médico.
- 241. Los test Army Alpha y Army Beta constituyen un hito en la historia del psicodiagnóstico:**
1. Por constituir los primeros cuestionarios colectivos de la personalidad administrados de forma masiva en 1914.
 2. Por sentar las bases del modelo cognitivo de evaluación psicológica.
 3. Por sentar las bases del modelo de la evaluación dinámica.
 4. Por constituir los primeros test colectivos de inteligencia que se administran de forma masiva en 1918.
 5. Por constituir un antecedente de la teoría de los constructos personales y de la técnica de rejilla.
- 242. El MMPI (Hathaway y McKinley, 1943) constituye un test construido según criterios:**
1. De análisis factorial.
 2. Empíricos.
 3. Individuales.
 4. Racionales.
 5. Léxicos.
- 243. De acuerdo con el Modelo atencional de Norman y Shallice (1986), ¿a cuál de los siguientes niveles de automaticidad corresponde el nivel más elevado de control?:**
1. Procesos completamente automáticos controlados por esquemas cognitivos.
 2. Procesos parcialmente automáticos.
 3. Procesos motivacionales.
 4. Procesos perceptivos.
 5. Sistema atencional supervisor.
- 244. En el psicoanálisis de Freud ¿cómo se denominan los sentimientos que suscitan en el analista las manifestaciones del paciente?:**
1. Transferencia.
 2. Contratransferencia.
 3. Resistencia.
 4. Regresión.
 5. Defensa.
- 245. ¿Cuál de las siguientes claves perceptivas se refiere a que nuestros ojos izquierdo y derecho perciben imágenes ligeramente diferentes porque las observan desde ángulos algo distintos?:**
1. Las claves pictóricas.
 2. Las claves producidas por el movimiento.
 3. La disparidad binocular.
 4. Las claves oculomotrices.
 5. La ecolocalización.
- 246. ¿Qué corriente psicológica afirma que el todo es diferente a la suma de sus partes?:**
1. El Estructuralismo.
 2. La Psicología de la Gestalt.
 3. La Psicología Cognitiva.
 4. El Conductismo.
 5. El Asociacionismo.
- 247. ¿Qué técnica consiste en dirigir un rayo de luz hacia diferentes partes del campo visual, a fin de que el paciente indique si puede verlo?:**
1. Microespectrometría.
 2. Protanopia.
 3. Deuteranopia.
 4. Perimetría.
 5. Tritanopia.
- 248. Desde la orientación neodarwinista, ¿qué autor realza la importancia de la expresión facial en las emociones?:**
1. Robert Plutchik.
 2. Carl Lange.
 3. William James.
 4. Silvan Tomkins.
 5. Paul Ekman.
- 249. ¿Qué tipo de memoria está accesible al recuerdo consciente que incluye hechos, episodios, listas, relaciones e itinerarios de la vida cotidiana y que puede ser traído a la mente tanto verbalmente como en forma de imágenes?**
1. La memoria implícita.
 2. La memoria declarativa.
 3. La memoria procedimental.
 4. La memoria semántica.
 5. La memoria explícita.
- 250. ¿Cómo se denomina el proceso que se refiere a la habilidad que poseemos de atender selectivamente a una sola de las múltiples voces que recibimos al unísono en reuniones y contextos similares?:**
1. Stroop.
 2. Priming de modalidad.
 3. Priming de identidad.
 4. Cocktail-party.
 5. Priming semántico.
- 251. El modelo bioecológico de Bronfenbrenner ¿en qué paradigma se inscribe?:**

1. El mecanicista.
 2. El positivista.
 3. El histórico.
 4. El organicista.
 5. El contextual.
- 252. En los animales vertebrados, ¿cuál de las siguientes afirmaciones se atribuye al arco reflejo?:**
1. Se produce cuando el estímulo incondicionado comienza antes que el estímulo condicionado.
 2. Se da con el menor número de conexiones nerviosas necesarias para generar una acción refleja.
 3. Se da con el mayor número de conexiones nerviosas para generar una acción.
 4. Se da una disminución en la responsividad generada por la estimulación repetida.
 5. Se da un aumento en la responsividad generada por la estimulación repetida.
- 253. De acuerdo con la Teoría de la Identidad Social, la movilidad individual:**
1. Consiste en abandonar un grupo y pasar a formar parte de un grupo de mayor estatus.
 2. Es alterar o redefinir los términos de la situación comparativa.
 3. Consiste en superar al exogrupo en una dimensión en la que era superior al endogrupo.
 4. Consiste en formar parte de diferentes grupos sociales.
 5. Consiste en ser activista de causas minoritarias.
- 254. Estímulos incondicionales de los alimentos como su aspecto, olor o sabor promueven la liberación de:**
1. Glucosa.
 2. Glucagón.
 3. Insulina.
 4. Angiotensina I.
 5. Glucocorticoides.
- 255. Los estudios de caso:**
1. Tienen un alto grado de fiabilidad.
 2. Permiten establecer hipótesis causales.
 3. Proporcionan información objetiva.
 4. Son fáciles de replicar.
 5. Su nivel de generalización es bajo.
- 256. Ciertos eventos importantes ejercen influencias sobre el desarrollo de las personas. Así por ejemplo, según la perspectiva del ciclo vital ser diagnosticado de leucemia a los 5 años se puede considerar un suceso de tipo:**
1. Normativo de edad.
 2. Normativo educativo.
 3. Normativo histórico.
 4. Normativo sanitario.
 5. No normativo.
- 257. La tendencia humana básica que lleva a buscar la compañía de otras personas se denomina:**
1. Afiliación.
 2. Necesidad de relación.
 3. Huida de la soledad.
 4. Atracción interpersonal.
 5. Amor.
- 258. ¿A qué estructura o elemento de un texto hace referencia la definición siguiente?: “Procedimiento por el que los elementos de conocimiento son activados de forma tal que se mantenga su conexión conceptual”:**
1. Sintagma.
 2. Discurso.
 3. Enunciado.
 4. Cohesión.
 5. Coherencia.
- 259. Una región cerebral que parece estar especialmente implicada en la disminución del aprendizaje y la memoria con la edad es:**
1. El complejo septal.
 2. La corteza occipital.
 3. La amígdala.
 4. La corteza entorrinal.
 5. La corteza temporal.
- 260. La distribución muestral de la media es normal:**
1. Sólo cuando el tamaño de la muestra es el adecuado.
 2. Sólo cuando es normal la distribución de la variable estudiada.
 3. Siempre que la muestra se haya extraído con un procedimiento adecuado.
 4. Si es normal la distribución de la variable estudiada o cuando aumenta suficientemente el tamaño de la muestra.
 5. Si la muestra es muy pequeña.