



PRUEBAS SELECTIVAS 2011

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. **¿Qué variable de personalidad es la mejor predictora del rendimiento laboral en diferentes grupos?:**
 1. La Extraversión.
 2. El Neuroticismo.
 3. El Tesón.
 4. La Afabilidad.
 5. La Apertura a la experiencia.

2. **El término “alexitimia” denota:**
 1. La propensión a caer en un estado de ánimo negativo.
 2. La tendencia a sentir angustia.
 3. La dificultad para comprender el léxico.
 4. La dificultad para expresar las propias emociones.
 5. La tendencia a la culpabilidad.

3. **El primer aprendizaje que recibimos en la vida es de tipo:**
 1. Racional.
 2. Emocional.
 3. Memorístico.
 4. Espacial.
 5. Verbal.

4. **La dimensión de personalidad perteneciente al modelo de H.J.Eysenck que ha recibido menor respaldo científico ha sido:**
 1. La Extroversión.
 2. El Neuroticismo.
 3. La Impulsividad.
 4. El Tesón.
 5. El Psicoticismo.

5. **Una de las limitaciones de la Genética Cuantitativa es:**
 1. El efecto de cohorte.
 2. El grado de representación de la muestra.
 3. La mortandad de la muestra a lo largo del tiempo.
 4. La falta de tecnología punta en sus análisis.
 5. La imposibilidad de detectar el cariotipo de algunas personas.

6. **Los rasgos de personalidad serán útiles para predecir “los rangos de conducta” si son entendidos como disposiciones:**
 1. Específicas.
 2. Vinculadas a la tarea.
 3. Observables.
 4. Catoriales.
 5. Amplias y generales.

7. **El elemento cognitivo que ha sido considerado como clave de la creatividad es:**
 1. La memoria.
 2. El tesón.
 3. La capacidad verbal.
 4. El pensamiento divergente.
 5. El pensamiento convergente.

8. **El constructo “inteligencia intrapersonal” hace referencia a:**
 1. Sustrato neurológico de la inteligencia.
 2. Las habilidades sociales de la persona.
 3. La habilidad para comprenderse uno mismo.
 4. La faceta heredada de la inteligencia.
 5. La parte observable de la inteligencia que no es medida a través del CI.

9. **El índice temporal que se emplea para estudiar las diferencias asociadas a la edad e inteligencia es la edad:**
 1. Biológica.
 2. Psicológica.
 3. Cronológica.
 4. Social.
 5. Baremada.

10. **El modelo de los Cinco Factores de personalidad:**
 1. Es independiente de las creencias generalizadas que las distintas personas poseen al respecto de los rasgos que engloban.
 2. Encuentra su fuente original y fundamental en la neurofisiología.
 3. Presenta una divergencia notable entre los autoinformes y los informes de personas allegadas o conocedoras del individuo.
 4. Sólo ha podido replicarse en la población anglosajona.
 5. Presenta una replicación aceptable en lenguas y culturas distintas.

11. **A través de los estudios realizados existe evidencia de que el componente genético es más claro en:**
 1. La habilidad cognitiva general (G).
 2. El factor de personalidad denominado “responsabilidad”.
 3. El factor de personalidad denominado “cordialidad”.
 4. La conducta criminal, sobre todo si se transmite a través de la madre.
 5. La competencia verbal en los tres primeros años de vida.

12. **En genética de la conducta, siguiendo un orden que refleje la potencia de cada tipo de estudio, podemos decir que los que arrojan datos más precisos y fiables son los estudios de:**

1. Poblaciones.
 2. Familias
 3. Gemelos adoptados por familias distintas.
 4. Gemelos criados juntos.
 5. Hermanos criados juntos.
- 13. El neuroticismo como variable de personalidad es equivalente a:**
1. La Psicoticismo.
 2. La Alexitimia.
 3. La Praxermia.
 4. La Afectotímia.
 5. El afecto negativo.
- 14. En función de sus características intelectuales y de personalidad ¿quién tiene una mayor probabilidad de aburrirse frente a un trabajo monótono?:**
1. Las personas más inteligentes y más extrovertidas.
 2. Las personas menos inteligentes y más neuróticas.
 3. Las personas más neuróticas con alta capacidad verbal.
 4. Las personas más introvertidas e inteligentes.
 5. Las personas más introvertidas y menos inteligentes
- 15. Según J. Rotter el “Potencial de conducta”:**
1. Es una medida de impulsividad multiplicada por la necesidad.
 2. Es un valor absoluto.
 3. Lo determinada de forma inalterable el refuerzo.
 4. Es el resultado de la expectativa de refuerzo por el valor del refuerzo.
 5. Es el resultado de la necesidad por la suficiencia del refuerzo.
- 16. Según el modelo psicofisiológico de personalidad propuesto por R. Cloninger “La búsqueda de novedades” estaría asociada al neurotransmisor denominado:**
1. Serotonina.
 2. Norepinefrina.
 3. Dopamina.
 4. Acetilcolina.
 5. GABA.
- 17. El “Lugar de Control” es una variable de personalidad referida a:**
1. La ubicación personal en la causalidad de la conducta.
 2. La tendencia a controlar la conducta ajena.
 3. La menor o mayor capacidad para controlar estímulos aversivos.
 4. La medida en que la persona se siente capaz de realizar determinadas conductas.
5. La capacidad de ubicarse espacialmente.
- 18. Según la teoría de personalidad de C. G. Jung, las personas en las que predomina la función de “Sensación” (S) se caracterizan por ser:**
1. Realistas, observadoras y prácticas.
 2. Imaginativas, perspicaces y creativas.
 3. Reservadas, mostrando más confianza en lo permanente que en lo transitorio.
 4. Sociales, espontáneas y dirigidas hacia el mundo.
 5. Imaginativas, sociables y despistadas.
- 19. La frenología propuesta por F. J. Gall (1758-1828):**
1. No ha podido ser contrastada empíricamente.
 2. Es una teoría basada en las características de la constitución corporal en relación a la personalidad.
 3. Considera que la personalidad depende de la combinación entre los diferentes humores.
 4. Es la primera teoría de personalidad en la que se utiliza el análisis factorial.
 5. Ha sido replicada en los últimos veinte años.
- 20. La evaluación que se obtiene a partir de autoinformes de los niños a veces no coincide con la que se obtiene a partir de los autoinformes de los padres. Así por ejemplo, los estudios de A. E. Kazdin (1980, 1989) han demostrado que los padres que calificaban a sus hijos como depresivos, tendían a maximizar en éstos las puntuaciones en:**
1. Desesperanza.
 2. Problemas de conducta.
 3. Baja autoestima.
 4. Indefensión.
 5. Atribuciones internas.
- 21. ¿Qué es una autoscopia?:**
1. Una alucinación en la que el paciente se ve a sí mismo y sabe que es él.
 2. Una alucinación en la que una imagen basada en una modalidad sensorial (por ejemplo la imagen de un rostro humano), se asocia con una imagen basada en otra modalidad sensorial (por ejemplo sentir una punzada en el corazón).
 3. Un tipo de hipoestesia.
 4. Un tipo de sinestesia.
 5. Un tipo de metamorfopsia.
- 22. ¿Qué es la acatisia?:**
1. Dificultad para llevar a cabo actividades propositivas que exijan secuenciar y coordinar una serie de movimientos.

2. Movimientos involuntarios y raros de la lengua, la boca y la cara, como por ejemplo, muecas masticatorias, golpeteo o fruncimiento de los labios, movimiento de mandíbula.
 3. Estado de sobreabundancia de movimientos, con deambulaci3n e incapacidad para descansar, pararse y con movimientos involuntarios de las piernas.
 4. Movimientos musculares en forma de contracciones violentas e incontrolables de la musculatura involuntaria.
 5. Repeticiones continuas e innecesarias de movimientos o gestos.
- 23. Las ilusiones son:**
1. Percepciones de algo inexistente que adquieren, para el que las experimenta, las mismas cualidades que la percepci3n real.
 2. Fen3menos perceptivos en una modalidad sensorial que est3n determinados por est3mulos que inciden sobre un sentido diferente al que est3 alterado.
 3. Alucinaciones visuales o auditivas complejas.
 4. Percepciones err3neas de los est3mulos externos, resultado de la atribuci3n de un significado incorrecto a est3mulos reales.
 5. Pseudo-alucinaciones.
- 24. La alteraci3n sem3ntica pero no sint3ctica en la expresi3n de un discurso es propia de la:**
1. Glosoman3a.
 2. Habla disgregada.
 3. Habla incoherente.
 4. As3ndesis.
 5. Perseveraci3n.
- 25. Un paciente sufre porque cuando va a misa le vienen a la cabeza insultos hacia las im3genes de los Santos y la Virgen. Es una persona muy religiosa. Destaca no poder controlarlo aunque sabe que son sus propios pensamientos. Se trata de un ejemplo de:**
1. Idea sobrevalorada de tipo religioso.
 2. Intermetamorfosis.
 3. Delirio religioso.
 4. Idea obsesiva.
 5. Delirio on3rico.
- 26. La respuesta emocional desproporcionada o exagerada caracter3stica de algunos procesos demenciales y accidentes cerebro-vasculares es la:**
1. Paratimia.
 2. Incontinencia afectiva.
 3. Par3lisis afectiva.
 4. Aprosodia.
 5. Labilidad afectiva.
- 27. Al pensar en un episodio de su vida, un paciente comenta que, s3bitamente, ha comprendido que cuando el Rey estuvo el a3o pasado en su ciudad y salud3 a los congregados, le transmiti3 un poder especial que ahora nota que posee. Se trata de un ejemplo de:**
1. Percepci3n delirante.
 2. Recuerdo del delirio.
 3. Sonoridad del pensamiento.
 4. Recuerdo delirante.
 5. Robo del pensamiento.
- 28. La moria es observable en:**
1. El episodio maniaco.
 2. El episodio hipomaniaco.
 3. Afecciones cerebro-vasculares.
 4. Esquizofrenia paranoide.
 5. La dismorfofobia.
- 29. La pobreza del habla ser3a una forma o ejemplo de:**
1. Lenguaje paral3gico.
 2. Descarrilamiento.
 3. Alogia.
 4. Lenguaje prolijo.
 5. Lenguaje circunstancial.
- 30. En el llamado s3ndrome de Capgras:**
1. Lo caracter3stico es la ilusi3n mn3sica significativa.
 2. Se trata de una prosopagnosia.
 3. Se trata de una forma de criptomnesia.
 4. Falla el reconocimiento (familiaridad) y despu3s hay una interpretaci3n delirante.
 5. Es una forma de paramnesia reduplicativa.
- 31. ¿Qu3 es la catalepsia?:**
1. Estado de actitud inm3vil en el que el individuo permanece en una posici3n forzada, inc3moda y antigravitatoria.
 2. S3ndrome que incluye una actitud inm3vil junto con estupor, mutismo, estereotipias y ecos3ntomas.
 3. Movimientos musculares en forma de contracciones violentas e incontrolables de la musculatura voluntaria.
 4. Movimientos musculares en forma de contracciones violentas e incontrolables de la musculatura involuntaria.
 5. Repeticiones continuas e innecesarias de movimientos o gestos.
- 32. ¿Qu3 es la confabulaci3n?:**
1. Son conductas realizadas para confirmar que determinadas acciones o tareas han sido realmente llevadas a cabo.

2. La fabricación de recuerdos para rellenar lagunas amnésicas.
 3. La sensación de familiaridad (reconocimiento) respecto a una situación pese a ser la primera vez que el individuo se encuentra en ella.
 4. Un tipo de ausencia mental.
 5. Un fallo en el reconocimiento de un recuerdo, que no es experimentado como tal sino como una producción original, vivida por primera vez.
- 33. ¿Qué es la paramnesia?:**
1. Errores, aparentemente sin importancia, como el olvido de nombre y fechas.
 2. La dificultad para recordar una palabra que es conocida.
 3. Una distorsión patológica de la memoria debido a la inclusión de detalles falsos o por una referencia temporal incorrecta.
 4. La dificultad para almacenar información incongruente con el estado de ánimo.
 5. La incapacidad para adquirir nueva información.
- 34. ¿Qué es la amnesia anterógrada?:**
1. La incapacidad para recordar el pasado.
 2. La dificultad para recordar a corto plazo definida operacionalmente como incapacidad para almacenar más de 7 elementos en 20 segundos.
 3. La incapacidad para almacenar información con independencia del contexto temporal y espacial en el que se adquiere.
 4. La dificultad para almacenar información incongruente con el estado de ánimo.
 5. La incapacidad para adquirir nueva información.
- 35. ¿Qué es una alucinación funcional?:**
1. Una alucinación activada y/o desencadenada por un estímulo, el cual es percibido al mismo tiempo que la alucinación y en una modalidad sensorial diferente.
 2. Una alucinación activada y/o desencadenada por un estímulo, el cual es percibido al mismo tiempo que la alucinación y la misma modalidad sensorial.
 3. Una alucinación activada y/o desencadenada por un estímulo, el cual es percibido antes de que tenga lugar la alucinación y en una modalidad sensorial diferente.
 4. Una alucinación activada y/o desencadenada por un estímulo, el cual es percibido antes de que tenga lugar la alucinación y en la misma modalidad sensorial.
 5. Una alucinación que representa un beneficio secundario para el paciente.
- 36. La dismegalopsia es:**
1. Un tipo de hiperestesia.
 2. Una anomalía en la integración perceptiva.
 3. Un tipo de hipoestesia.
 4. Un tipo de sinestesia.
 5. Un tipo de metamorfopsia.
- 37. Un estado crepuscular se caracteriza por:**
1. Un estrechamiento del campo de la consciencia, con disminución de respuestas a los estímulos externos y atención enfocada hacia vivencias internas.
 2. Un estrechamiento del campo de la consciencia, con aumento de respuestas a los estímulos externos y disminución de la atención hacia vivencias internas.
 3. Percepción de ilusiones y alucinaciones.
 4. Presencia de fiebre, deshidratación, fatiga, taquicardia y oliguria.
 5. Presencia de imágenes eidéticas.
- 38. ¿Qué es la “ausencia mental”?:**
1. Grado más intenso de distraibilidad y ausencia completa de atención.
 2. Una gran concentración sobre una cuestión concreta, que lleva a desatender el resto de estímulos.
 3. Una incapacidad intensa para enfocar, fijar y mantener concentrada la atención hacia un objeto.
 4. Escudriñamiento continuo del ambiente en busca de determinadas señales o indicios.
 5. Ausencia de registro de acontecimientos mientras se está realizando una tarea controlada por procesos automáticos.
- 39. ¿Qué es la despersonalización?:**
1. Un estrechamiento del campo de la consciencia, con disminución de la atención enfocada hacia vivencias internas.
 2. Un estrechamiento del campo de la consciencia, con aumento de respuestas a los estímulos externos y disminución de la atención hacia vivencias internas.
 3. La percepción de los demás como extraños, desvitalizados o irreales.
 4. Aparecerse a sí mismo como extraño, desvitalizado o irreal.
 5. Un sentimiento de exaltación, euforia y descontrol del comportamiento.
- 40. Las alucinaciones que se presentan ocasionalmente en personas sanas durante el tránsito de la vigilia al sueño se denominan:**
1. Imágenes eidéticas.
 2. Pareidolias.
 3. Hipnagógicas.

4. Sinestésicas.
 5. Hipnoplómpicas.
- 41. El consumo de tabaco “Light” (bajo en nicotina):**
1. Es una buena medida como parte de una estrategia para dejar de fumar.
 2. Reduce la cantidad total de nicotina que inhala el fumador.
 3. Reduce la cantidad total de alquitrán que inhala en fumador.
 4. Suele llevar al dependiente del tabaco a fumar más para compensar la menor dosis de nicotina.
 5. Reducen el riesgo de cáncer.
- 42. Para que un programa de ejercicio físico aeróbico sea beneficioso:**
1. El ejercicio debe ser suficientemente intenso como para elevar la frecuencia cardíaca un 5%.
 2. La elevación de la frecuencia cardíaca debe permanecer al menos 12 minutos e idealmente entre 15 y 30 minutos.
 3. La práctica del ejercicio debe realizarse al menos dos veces por semana.
 4. No es necesario un calentamiento previo a alcanzar la intensidad máxima.
 5. Se debe interrumpir cada cierto tiempo y tomarse unas “vacaciones” para que el organismo no se habitúe excesivamente al ejercicio.
- 43. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la dieta y el control de peso es correcta?:**
1. En una dieta saludable la pérdida de peso semanal debería estar en torno a los 4 Kg.
 2. Cuando una dieta ha estado bien diseñada, la pérdida de peso no va seguida de una tendencia a su recuperación.
 3. Las dietas que buscan una pérdida rápida del peso son más eficaces.
 4. Las dietas pueden ser más o menos eficaces pero nunca son perjudiciales para el sistema cardiovascular.
 5. Un sobrepeso estable es más sano que una continua fluctuación del peso.
- 44. ¿A partir de qué Índice de Masa Corporal (IMC) se considera que una persona es obesa?:**
1. IMC=18.
 2. IMC=25.
 3. IMC=30.
 4. IMC=35.
 5. IMC superior a 40.
- 45. ¿Cómo se denomina el efecto de las dietas por el cual es necesario un continuo incremento de la restricción calórica para que se mantenga la pérdida de peso?:**
1. Efecto techo.
 2. Efecto setpoint.
 3. Efecto suelo.
 4. Efecto habituación.
 5. Efecto tolerancia.
- 46. La Escala de Ansiedad Social para Niños-Revisada (SASC-R; Social Anxiety Scale for Children-Revised); de La Greca y Stone (1993), entre las variables siguientes evalúa:**
1. Medio a la evaluación negativa.
 2. Asertividad.
 3. Conversación general.
 4. Actuación en público.
 5. Habilidades sociales.
- 47. Un niño/adolescente al que se le ha asignado un diagnóstico de trastorno de pánico, suele caracterizarse por presentar:**
1. Bajo afecto positivo y bajo afecto negativo.
 2. Bajo afecto positivo y alto afecto negativo.
 3. Alto afecto negativo y baja activación fisiológica.
 4. Bajo afecto negativo y alta activación fisiológica.
 5. Alto afecto negativo y alta activación fisiológica.
- 48. Se ha identificado en la etiología de los trastornos del estado de ánimo:**
1. Que un 80% se debe a la vulnerabilidad genética subyacente, especialmente en mujeres.
 2. Principalmente se debe a altos niveles de serotonina y bajos niveles de potasio.
 3. Que se deba a un desequilibrio electrolítico debido a la alteración del sueño.
 4. Que se produce por experiencias tempranas adversas y apenas hay una transmisión genética familiar.
 5. Una interacción de sucesos vitales estresantes y cierta vulnerabilidad combinada de influencias genéticas y procesos psicológicos.
- 49. La teoría de la indefensión aprendida en depresión explica que:**
1. El sentido de desamparo y tristeza se debe a sucesos adversos controlados y esperables.
 2. Se debe a un estilo atribuido externo, estable y se generaliza a una amplia variedad de sucesos.
 3. El sentimiento de falta de control y desamparo es debido a un estilo pesimista de atribuir los sucesos negativos a defectos propios.
 4. El estilo atribucional negativo en la infancia determina el trastorno depresivo en vida adulta.

5. La falta de apoyo social y sentimientos de pérdida reducen los niveles de serotonina, y por lo tanto, mayor indefensión ante la vida.
- 50. ¿Cuál es el tratamiento psicológico para la depresión infantil con apoyo empírico?:**
1. La terapia conductual basado en desensibilización sistemática.
 2. La terapia basada en la teoría del apego.
 3. La terapia sistemática y entrevista motivacional.
 4. La terapia de la compasión.
 5. La terapia cognitivo-conductual, basada en autocontrol
- 51. El trastorno mixto ansioso-depresivo se caracteriza por:**
1. Ser un diagnóstico que tiene una prevalencia casi inexistente.
 2. Entorno al 80% de los pacientes depresivos presentan un trastorno de pánico.
 3. Tener el riesgo de suicidio más alto al presentar más motivos.
 4. Un solapamiento de síntomas de ansiedad y depresión que no tienen intensidad suficiente para ser entidades separadas.
 5. Una menor tasa metabólica de glucosa en área frontal.
- 52. ¿A qué se denomina síntomas de afecto negativo?:**
1. Son los síntomas compartidos en los trastornos depresivos y de ansiedad, no específicos.
 2. Se refiere a la idea suicida y de hacerse daño.
 3. Se refiere a la preocupación excesiva por sufrir alguna enfermedad médica.
 4. Se refiere a los sentimientos obsesivos por el cuerpo.
 5. A la ruptura del ritmo circadiano o anormalidad.
- 53. ¿Qué síntoma o rasgo es característico en el trastorno depresivo infantil, que no suele estar presente en los adultos?:**
1. Bajo desempeño académico.
 2. Insomnio.
 3. Falta de apetito.
 4. Género, mayor prevalencia en varones.
 5. Conducta agresiva e irritabilidad.
- 54. Según el DSM-IV-TR, se diagnostica un trastorno depresivo mayor recurrente cuando:**
1. Se producen dos o más episodios depresivos mayores separados por un periodo de al menos un año sin depresión menor.
 2. Se produce un episodio maniaco seguido de otro depresivo separado por un periodo de dos meses sin ninguna alteración.
3. Se produce un episodio depresivo aislado seguidos de varios episodios maniacos.
 4. Se producen dos o más episodios depresivos mayores separados por un periodo de al menos dos meses sin un episodio depresivo mayor.
 5. Se produce varios episodios depresivos mayores en distintos miembros de familia.
- 55. Una persona adulta de 40 años, soltera, refiere que en lo últimos diez días se siente radiante, pasa la mayor parte del tiempo comprando, no para de hablar de diversos planes futuros en su trabajo, presenta fuga de ideas, incoherentes muchas de ellas, planea ir a Las Vegas y gastar sus ahorros allí, apenas puede dormir porque quiere llevar a cabo muchas actividades, ¿a qué diagnóstico nos orienta?:**
1. Trastorno de estrés postraumático.
 2. Episodio maniaco.
 3. Trastorno dismórfico.
 4. Trastorno por ansiedad generalizada.
 5. Episodio facticio.
- 56. ¿Cómo se denomina el modelo sobre el condicionamiento de la ansiedad que plantea que la ansiedad se adquiere y se mantiene de acuerdo con los principio del condicionamiento pavloviano tipo B?:**
1. Teoría del condicionamiento clásico.
 2. Teoría de la preparación.
 3. Teoría de la incubación.
 4. Teoría de la expectativa de la ansiedad.
 5. Teoría de la atención selectiva.
- 57. En el ámbito de las fobias específicas ¿qué plantea la teoría de la preparación?:**
1. Las fobias no son arbitrarias, sino que están limitadas a un determinado rango de estímulos.
 2. Los estímulos que pueden ser condicionados son equivalentes.
 3. El número de ensayos para producir el condicionamiento es menor si el experimentador está preparado.
 4. Existe una desproporción entre las respuestas de ansiedad y el tiempo de preparación del condicionamiento.
 5. Las personas están preparadas para poder afrontar sus fobias.
- 58. En la fase inicial de los modelos bifactoriales mediacionales de las fobias se establece una respuesta condicionada de miedo, ¿qué sucede en la segunda fase del modelo?:**
1. El miedo se intensifica a medida que el condicionamiento progresa temporalmente.

2. El condicionamiento se debilita por la extinción de la respuesta.
 3. Existe un carácter traumático en la situación de condicionamiento.
 4. Existe un proceso de evitación activa que queda reforzado negativamente por la reducción del miedo.
 5. Los estímulos condicionados quedan modulados cognitivamente por las estrategias de control
- 59. ¿En qué consistía el principio de equipotencialidad planteado por Watson y Rayner para la explicación de la génesis de las fobias?:**
1. En que cualquier estímulo podría ser asociado a respuestas de ansiedad.
 2. En que los reforzadores de las respuestas de ansiedad debían ser equivalentes.
 3. En que los estímulos incondicionados podían ser intercambiables.
 4. En que las respuestas condicionadas de ansiedad eran similares en cuanto a intensidad.
 5. En que los estímulos más intensos provocaban respuestas condicionadas más frecuentes.
- 60. ¿Cuál se considera que es la sintomatología primaria en el trastorno de ansiedad generalizada?:**
1. Los síntomas disociativos.
 2. Los ataques de pánico.
 3. El miedo irracional
 4. La conducta de escape.
 5. La preocupación crónica.
- 61. ¿En qué tipo de fobia específica se presenta un patrón fisiológico de la respuesta difásico, con un incremento inicial de la presión sanguínea y de la tasa cardíaca, seguido por un descenso de estos parámetros?:**
1. Agorafobia.
 2. Tipo animal.
 3. Tipo sangre-inyección-daño.
 4. Tipo ambiente natural.
 5. Tipo situacional.
- 62. ¿Cuáles son los rasgos característicos de la agorafobia?:**
1. Miedo a las alturas.
 2. Miedo generalizado y ataques de pánico.
 3. Miedo a estímulos específicos y conductas de escape.
 4. Miedo a los lugares públicos y conductas de evitación ante dichas situaciones.
 5. Miedo a los lugares abiertos.
- 63. ¿Cuáles deben ser las características de los síntomas de ansiedad para poder calificar una alteración como trastorno de ansiedad?:**
1. Que no exista ningún otro cuadro clínico simultáneamente.
 2. Que sean irracionales, excesivamente intensos, persistentes y perturbadores para la persona.
 3. Que se presenten conjuntamente con conducta de evitación.
 4. Que esté presente el miedo a morir, a perder el control y la desrealización.
 5. Que sean experimentados en forma de pánico.
- 64. ¿Cuál es el trastorno de ansiedad más concurrente como diagnóstico secundario de otros trastornos de ansiedad?:**
1. Trastorno de pánico.
 2. Agorafobia.
 3. Fobia específica.
 4. Fobia social.
 5. Trastorno de ansiedad generalizada.
- 65. ¿Cuál se considera que es la relación entre las tres modalidades en el triple sistema de respuesta de la ansiedad?:**
1. El sistema motor-conductual está muy vinculado al sistema fisiológico-somático.
 2. No existe ningún tipo de relación entre las modalidades.
 3. El sistema de respuesta subjetivo – cognitivo es el único realmente importante.
 4. Están estrechamente relacionadas entre sí.
 5. Pueden estar disociadas, es decir, pueden no covariar entre sí.
- 66. ¿En qué consiste la hipótesis de la dependencia del estado de ánimo propuesta por Bower?:**
1. En que cierto tipo de material, por el hecho de poseer una valencia afectiva en su contenido, es más probable que sea procesado cuando el individuo se encuentra en un estado de ánimo congruente.
 2. En que las imágenes emocionales son conceptualizadas como estructuras proposicionales y no como representaciones sensoriales.
 3. En que el material memorizado se recuerda mejor cuando existe acoplamiento entre las condiciones en que se aprendió originalmente dicho material y las condiciones bajo las que se pretende recordar.
 4. En que las redes de la memoria asociativa están altamente organizadas.
 5. En que algunos miedos están motivados parcialmente por expectativas y sensibilidades a la ansiedad.
- 67. Junto al reconocimiento del carácter irracional, el componente de evitación y el grado de malestar que producen ¿qué otro criterio se tiene en cuenta para distinguir un miedo de una fobia?:**

1. La especificidad del estímulo temido.
 2. La existencia de un miedo desproporcionado en relación con el carácter amenazante de la situación.
 3. La intensidad de la respuesta de ansiedad.
 4. El mayor número de síntomas presentes en el momento de enfrentarse a la situación temida.
 5. Los antecedentes previos de experiencias similares.
- 68. ¿En cuál de los siguientes trastornos se suele revivir intensamente la experiencia vivida en forma de imágenes, recuerdos constantes involuntarios o pesadillas?:**
1. Trastorno de ansiedad generalizada.
 2. Trastorno de agorafobia con ataques de pánico.
 3. Trastorno obsesivo compulsivo.
 4. Fobia específica.
 5. Trastorno por estrés postraumático.
- 69. ¿Qué tipo de ataque de pánico, según el DSM-IV, suele ocurrir casi siempre de forma inmediata tras la exposición a la señal?:**
1. Limitado situacionalmente.
 2. Inesperado.
 3. Predispuesto situacionalmente.
 4. No señalado y esperado.
 5. Modulado situacionalmente.
- 70. ¿Cómo se denominan las teorías que consideran el estrés como un conjunto de relaciones particulares entre la persona y la situación, siendo ésta valorada por la persona como algo que excede sus propios recursos?:**
1. Teorías basadas en la respuesta.
 2. Teorías basadas en la interacción.
 3. Teorías basadas en el estímulo.
 4. Teorías basadas en la valoración
 5. Teorías basadas en la amenaza.
- 71. ¿Cuál es la característica distintiva y específica de las personas con fobia social?:**
1. La interferencia en la vida habitual de la persona.
 2. La ausencia de etiología orgánica o médica que explique mejor el trastorno.
 3. El temor al escrutinio por parte de los demás.
 4. Una alta activación (arousal) fisiológica en la situación temida.
 5. La rumiación catastrofista.
- 72. Indique cuál de las siguientes conclusiones deriva del modelo de Holmes y Rae sobre el estrés psicosocial:**
1. Los sucesos vitales estresantes guardan relación con la predisposición a enfermar físicamente (cualquier enfermedad).
 2. Los sucesos vitales estresantes pueden predecir la probabilidad de padecer una determinada enfermedad si son evaluados negativamente por el sujeto.
 3. La falta de apoyo social es una variable protectora de los efectos del estrés.
 4. Los sucesos vitales estresantes se identifican con el “estrés diario”.
 5. Los sucesos vitales estresantes solo actúan cuando ya la persona se encuentra en una situación de vulnerabilidad individual.
- 73. ¿Cuál de las siguientes variables psicológicas ha mostrado en numerosas investigaciones ser un factor de riesgo importante de hipertensión?:**
1. La introspección.
 2. La autoatención corporal.
 3. El neuroticismo.
 4. El patrón de conducta tipo A.
 5. La hostilidad.
- 74. ¿Qué patología asociada al alcoholismo se caracteriza por un fuerte deterioro de la memoria anterógrada y de la memoria retrógrada, y preservación relativa de otras funciones intelectuales?:**
1. El síndrome de alcoholico fetal.
 2. El delirium tremens.
 3. El síndrome de Korsakoff (o Korsakov).
 4. La encefalopatía de Wernicke.
 5. La alucinosis alcohólica.
- 75. Según el DSM-IV-TR, ¿qué signo se incluye entre los criterios para el diagnóstico de intoxicación por cocaína?:**
1. Dilatación pupilar.
 2. Sequedad de boca.
 3. Insomnio.
 4. Deterioro de la memoria.
 5. Lenguaje farfullante.
- 76. Según el DSM-IV-TR, para el diagnóstico del trastorno de somatización, además de cuatro síntomas de dolor, un síntoma sexual y un síntoma pseudoneurológico, se requiere/n:**
1. Un síntoma facticio.
 2. Dos síntomas cardio-respiratorios.
 3. Un síntoma dermo-capilar.
 4. Dos síntomas gastro-intestinales.
 5. Un síntoma músculo-esquelético.
- 77. La amnesia disociativa caracterizada por la imposibilidad de recordar los hechos ocurridos durante un período de tiempo específico (por lo general las primeras horas que siguen a un suceso traumático), se denomina:**

1. Amnesia localizada.
 2. Amnesia continua.
 3. Amnesia sistematizada.
 4. Amnesia selectiva.
 5. Amnesia generalizada.
- 78. Según el DSM-IV-TR, ¿qué criterio se requiere para el diagnóstico del trastorno de despersonalización?:**
1. Existe amnesia selectiva para los acontecimientos previos a la experiencia de despersonalización.
 2. Durante la experiencia de despersonalización permanece intacto el sentido de la realidad.
 3. Durante la experiencia de despersonalización existe parálisis motora completa.
 4. Después la experiencia de despersonalización se produce amnesia generalizada.
 5. Después la experiencia de despersonalización se produce un cambio de identidad.
- 79. ¿Cómo se denomina el estado de adaptación caracterizado por la disminución de la respuesta a la misma cantidad de droga o por la necesidad de una dosis mayor para provocar el mismo efecto farmacodinámico?:**
1. Abstinencia.
 2. Tolerancia.
 3. Intoxicación.
 4. Consumo.
 5. Abuso.
- 80. Uno de los siguientes trastornos presenta una marcada pasividad para que los demás asuman las responsabilidades y las decisiones:**
1. Trastorno evitativo de la personalidad.
 2. Trastorno esquizotípico de la personalidad.
 3. Trastorno límite de la personalidad.
 4. Trastorno por dependencia de la personalidad.
 5. Ninguno de ellos.
- 81. ¿Cuál de las siguientes es una característica esencial del trastorno de personalidad de evitación?:**
1. Perfeccionismo.
 2. Inestabilidad en el estado de ánimo, la identidad y la autoimagen.
 3. Excesiva devoción al trabajo.
 4. Desconfianza excesiva.
 5. Hipersensibilidad al rechazo.
- 82. ¿Cuál de los siguientes subtipos de esquizofrenia se caracteriza por tener un inicio más precoz, comportamiento errático o desorganizado, afectividad inadecuada y un lenguaje desorganizado, divagatorio o incoherente?:**
1. Esquizofrenia catatónica.
 2. Esquizofrenia desorganizada.
 3. Esquizofrenia paranoide.
 4. Esquizofrenia residual.
 5. Esquizofrenia simple.
- 83. ¿Cuál de los siguientes es un indicador de mal pronóstico en el trastorno esquizofrénico?:**
1. Inicio de la enfermedad caracterizado por la presencia de alucinaciones y delirios.
 2. Inicio de la enfermedad caracterizado por la presencia de síntomas negativos.
 3. Inicio agudo con factores precipitantes obvios.
 4. Aparición de sintomatología en edades tardías.
 5. Ausencia de complicaciones o dificultades perinatales.
- 84. Aunque los miedos son bastante comunes en los niños y adolescentes, no todos los miedos son temidos igualmente por éstos. Los niños y adolescentes suelen indicar (sobre la base de cuestionarios de autoinforme) que los miedos que más suelen temer corresponden mayoritariamente a temores relacionados con:**
1. El fracaso y la crítica.
 2. Lo desconocido.
 3. Los daños menores y pequeños animales.
 4. El peligro y la muerte.
 5. Situaciones médicas.
- 85. ¿Cuál de los siguientes trastornos expresa una alta predisposición a la psicosis tipo esquizofrénica?:**
1. Trastorno paranoide de la personalidad.
 2. Trastorno esquizotípico de la personalidad.
 3. Trastorno límite de la personalidad.
 4. Trastorno histriónico de la personalidad.
 5. Ninguno de ellos.
- 86. ¿Cuál es el trastorno psicopatológico que tiene como característica la preocupación del sujeto por preservar la invariabilidad del medio?:**
1. Esquizofrenia.
 2. Trastorno obsesivo-compulsivo.
 3. Trastorno delirante.
 4. Autismo infantil.
 5. Psicosis epiléptica del lóbulo temporal.
- 87. ¿Qué trastorno generalizado del desarrollo ha sido diagnosticado solo en mujeres?:**
1. Síndrome de Haller.
 2. Síndrome de Rett.
 3. Síndrome de West.
 4. Síndrome de Cornelia de Lange.

5. Síndrome de Angelman.
88. **¿Qué hipótesis mantiene que el tratamiento con fármacos estimulantes de niños hiperactivos logra un efecto paradójico: incrementa el nivel de activación cerebral y reduce el nivel de actividad?:**
1. Inhibición cortical frontal.
 2. Inhibición subcortical.
 3. Arousal cortical.
 4. Infractivación.
 5. Sobreactivación.
89. **¿Qué trastorno comórbido sufren también un porcentaje considerable de niños con TDAH?:**
1. Encopresis.
 2. Enuresis.
 3. Trastorno negativista desafiante.
 4. Trastorno depresivo.
 5. Trastorno límite de la personalidad.
90. **¿Cuál es el perfil más frecuente en el WISC de los niños hiperactivos?:**
1. Altas puntuaciones en Cubos, Dígitos y Rompecabezas.
 2. Bajas puntuaciones en Comprensión, Rompecabezas y Vocabulario.
 3. Altas puntuaciones en Comprensión, Cubos y Claves.
 4. Bajas puntuaciones en Dígitos, Claves y Aritmética.
 5. Bajas puntuaciones en Comprensión, Historietas y Dígitos.
91. **¿Qué es cierto en relación con el Trastorno Disocial (TD)?:**
1. La idea suicida, las tentativas de suicidio y los suicidios consumados se dan con frecuencia superior a lo esperado en población normal.
 2. En bastantes estudios se ha observado una conductancia dérmica más alta de los sujetos diagnosticados con este trastorno.
 3. Las tasas de prevalencia son mayores en mujeres que en hombres.
 4. El CI Manipulativo de los sujetos con TD suele ser inferior al promedio.
 5. No debe diagnosticarse antes de los siete años.
92. **¿Cuál es el diagnóstico más probable para un niño de tres años que, aunque comprende el lenguaje, no habla nada. Las pruebas aplicadas demuestran que es un niño de inteligencia normal y que no presenta déficits sensoriales, motores, emocionales y ambientales?:**
1. Retraso simple del habla.
 2. Disfasia evolutiva, tipo expresivo.
 3. Dislalia funcional.
 4. Retraso severo del habla.
 5. Disfunción cerebral mínima.
93. **¿Qué prueba de la Batería Luria-Diagnóstico Neuropsicológico Infantil (Luria-DNI) es la mejor discrimina entre los niños con TDAH y los niños normales?:**
1. Regulación verbal del acto motor.
 2. Memoria inmediata.
 3. Lectura.
 4. Comprensión.
 5. Operaciones numéricas.
94. **¿Con qué se asocia el Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)?:**
1. Disfunción de los lóbulos frontales.
 2. Disfunción temporoparietal.
 3. Disfunción frontotemporal.
 4. Disfunción parietooccipital.
 5. Disfunción temporal y de los ganglios basales.
95. **Un niño presenta desde hace 3 semanas síntomas de insomnio, ideación suicida, fatiga y disminución del apetito. Cabría la posibilidad de efectuar un diagnóstico de episodio depresivo mayor si, junto a estos síntomas, presentase también:**
1. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse.
 2. Sentimientos de inutilidad o de culpa inapropiados.
 3. Pérdida de interés o de capacidad para el placer.
 4. Aumento importante de peso.
 5. Agitación y lentitud psicomotores.
96. **Indique, entre las siguientes variables referidas a la infancia o adolescencia, cuál de ellas ha sido surgida por diversos autores (D. F. Klein, D. Silove, etc.) como factor de vulnerabilidad específico para el desarrollo del trastorno de pánico con agorafobia en el adulto:**
1. La enuresis.
 2. La depresión infantil.
 3. La falta de apego.
 4. La ansiedad de separación.
 5. La inhibición conductual.
97. **Los miedos son fenómenos comunes en los niños y adolescentes y se desarrollan según un curso evolutivo. Indique cuál de los siguientes miedos se origina fundamentalmente durante el primer año de vida:**
1. Miedo a las alturas.

2. Miedo a los fantasmas o monstruos.
 3. Miedo a los animales.
 4. Miedo a la sangre.
 5. Miedo a la oscuridad.
- 98. Aunque muchos niños/adolescentes con fobia social suelen manifestar ansiedad ante tipos diversos de estímulos sociales, la mayor parte de ellos experimentan ansiedad ante situaciones del tipo:**
1. Asertividad social (p.ej., expresar desacuerdo).
 2. Interaccionar en situaciones informales (p.ej. en una fiesta).
 3. Comer en lugares públicos.
 4. Usar los aseos públicos.
 5. Hablar en situaciones formales (p.ej. En una reunión).
- 99. La sensibilidad al asco se ha asociado a ciertos tipos de fobias como posible factor causal o de vulnerabilidad. Indique a cuál de las siguientes fobias se ha asociado de forma más específica:**
1. Fobia a la oscuridad.
 2. Fobia a la sangre-inyección-daño.
 3. Fobia a los animales depredadores (p.ej. leones, tiburones).
 4. Fobia a los monstruos.
 5. Fobia social.
- 100. Son factores de riesgo de suicidio en la esquizofrenia todas las siguientes EXCEPTO:**
1. Los estados catatónicos.
 2. La depresión postpsicótica.
 3. Las voces imperativas y egodistónicas.
 4. La ansiedad en los primeros episodios.
 5. Pertenecer al sexo masculino.
- 101. ¿Qué debe evitarse cuando se aplica la técnica de exposición?:**
1. La duración larga (dos horas).
 2. La aplicación brusca (sin graduación).
 3. La distracción (escape cognitivo).
 4. La retroalimentación (del terapeuta)
 5. Las sesiones diarias (en vez de semanales).
- 102. ¿Cómo se llama el estímulo antecedente que favorece la aparición de una conducta operante?:**
1. Incondicionado.
 2. Aversivo.
 3. Reforzador.
 4. Discriminativo.
 5. Delta.
- 103. ¿Cómo se presentan los estímulos fóbicos en las escenificaciones emotivas?:**
1. En vivo.
 2. En Biofeedback.
 3. En grabación de vídeo.
 4. En grabación de audio.
 5. En imaginación.
- 104. ¿Cuándo se debe proporcionar reforzamiento social en los ensayos del entrenamiento en retención voluntaria?:**
1. Inmediatamente antes de la micción.
 2. Durante la micción.
 3. Inmediatamente después de la micción.
 4. Indistintamente, en cualquier momento de la micción.
 5. No conviene reforzar en ningún momento.
- 105. ¿Qué estrategia o procedimiento concreto del entrenamiento en habilidades sociales utiliza la frase clave “si, pero...”, para expresar siempre lo mismo y persistir en la postura personal?:**
1. La aserción negativa.
 2. El disco rayado.
 3. La inversión.
 4. El recorte.
 5. La técnica del sándwich.
- 106. ¿Qué tipo de atribución es: “El cáncer que me han diagnosticado es un castigo que Dios me manda por ser mala persona”?:**
1. Interna, estable, global.
 2. Externa, estable, global
 3. Interna, inestable, específica.
 4. Externa, inestable, específica.
 5. Interna, estable, específica.
- 107. ¿Cómo se denomina los reforzadores por los que se cambian las fichas ganadas?:**
1. Reforzadores de canje.
 2. Reforzadores generalizados.
 3. Reforzadores de apoyo.
 4. Reforzadores secundarios.
 5. Reforzadores materiales.
- 108. ¿Qué respuesta del sistema nervioso autónomo aumenta con la relajación?:**
1. La frecuencia respiratoria.
 2. La contracción de los músculos del corazón.
 3. La producción de saliva.
 4. La actividad de glándulas ecrinas.
 5. La concentración de ácido láctico en la sangre arterial.
- 109. ¿Qué característica define el contrato conductual?:**
1. Acuerdo escrito.

2. Acuerdo privado.
 3. Acuerdo multilateral.
 4. Acuerdo estándar.
 5. Acuerdo permanente.
- 110. ¿De qué clase son la mayoría de las técnicas de condicionamiento encubierto?:**
1. Técnicas de control de la activación.
 2. Técnicas aversivas.
 3. Técnicas operantes.
 4. Técnicas de modelado.
 5. Técnicas cognitivas.
- 111. ¿Qué técnica es una modalidad de castigo negativo?:**
1. Reprimenda.
 2. Coste de respuesta.
 3. Práctica negativa.
 4. Saciación.
 5. Sobrecorrección.
- 112. ¿Qué clase de técnica es el bloqueo facial?:**
1. Técnica de relajación.
 2. Técnica aversiva.
 3. Técnica de biofeedback.
 4. Técnica de condicionamiento encubierto.
 5. Técnica cognitiva.
- 113. ¿Qué antidepresivo debe usarse como tratamiento farmacológico de elección para la depresión mayor en la infancia y en la adolescencia?:**
1. Imipramina.
 2. Maprotilina.
 3. Fenzina.
 4. Fluoxetina.
 5. Venlafaxina.
- 114. ¿Qué procedimiento de terapia cognitiva es realizar una tarea conductual para modificar una distorsión cognitiva?:**
1. Discusión.
 2. Práctica cognitiva.
 3. Prueba de realidad.
 4. Reatribución.
 5. Proyección temporal.
- 115. ¿Qué procedimiento encubierto es que un cirujano novel practique en imaginación los pasos de operación de cáncer de páncreas que realizará al día siguiente?:**
1. Sensibilización encubierta.
 2. Reforzamiento positivo encubierto.
 3. Reforzamiento negativo encubierto.
 4. Imaginación guiada.
 5. Ensayo encubierto.
- 116. ¿Qué técnica se considera una variación del entrenamiento en relajación muscular progresiva de Jacobson?:**
1. Respiración profunda.
 2. Visualización relajante.
 3. Entrenamiento autógeno.
 4. Relajación diferencial.
 5. Meditación trascendental.
- 117. La principal aplicación clínica de la realidad virtual se ha llevado a cabo en los:**
1. Trastornos psicóticos.
 2. Trastornos del estado de ánimo.
 3. Trastornos de ansiedad.
 4. Trastornos somatoformes.
 5. Trastornos disociativos.
- 118. ¿Qué tipo de programa de reforzamiento es más recomendable para el mantenimiento de la conducta?:**
1. De razón fija.
 2. De razón variable.
 3. De duración fija.
 4. De intervalo variable.
 5. De intervalo fijo.
- 119. ¿Cómo se denomina también el aprendizaje por aproximaciones sucesivas?:**
1. Modelamiento.
 2. Encadenamiento.
 3. Desvanecimiento.
 4. Moldeamiento.
 5. Encubrimiento.
- 120. ¿Qué clase de modelado es más eficaz para tratar las fobias específicas?:**
1. El modelado sin participación más que el participante.
 2. El modelado sin contrastar más que el contrastado o mixto.
 3. El modelado encubierto más que el filmado.
 4. El modelado simple más que el múltiple.
 5. El modelado de afrontamiento más que el de dominio o maestría.
- 121. ¿Con qué objetivo se introducen las técnicas cognitivas en la segunda fase del tratamiento cognitivo-comportamental de Fairburn (1993) para la Bulimia Nerviosa?:**
1. Establecer una adecuada relación terapéutica.
 2. Reducir la frecuencia de los atracones.
 3. Modificar las ideas distorsionadas presentes en las relaciones familiares.
 4. Conseguir un aumento del peso y de la ingesta del paciente.
 5. Modificar las ideas distorsionadas respecto a

la figura y el propio cuerpo.

122. ¿Con qué finalidad se utiliza la técnica de prevención de respuesta en el marco del tratamiento psicológico de la Anorexia Nerviosa (AN)?:

1. Para reducir la frecuencia de atracones en el subtipo de AN purgativa.
2. Para manejar los rituales de comprobación (p.ej. pesarse o mirarse al espejo repetidamente).
3. Para mejorar la autoestima del paciente.
4. Para conseguir un aumento del peso y de la ingesta del paciente.
5. En el tratamiento de la anorexia nerviosa no está indicada la prevención de respuesta.

123. ¿Cuál es el objetivo prioritario de un programa de tratamiento para la Anorexia Nerviosa?:

1. La mejora de las relaciones familiares.
2. La modificación de hábitos y creencias disfuncionales respecto a la comida y el peso.
3. La mejora de la imagen corporal.
4. La recuperación nutricional y la normalización dietética.
5. La mejora de la autoestima y autoconfianza del paciente.

124. Cuando las siguientes situaciones a las que estamos exponiendo a un paciente con diagnóstico de fobia específica tienen una duración limitada (p.ej. subir en un ascensor) y ésta resulta insuficiente para que la ansiedad disminuya, ¿qué solución puede dar el terapeuta?:

1. Utilizar la exposición en imaginación.
2. Repetir sistemáticamente la exposición a dichas situaciones.
3. Optar por una exposición poco o nada graduada.
4. Utilizar la desensibilización sistemática.
5. Buscar una situación alternativa de exposición de mayor duración.

125. 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. Las sesiones de exposición más largas son igual de eficaces que las sesiones breves.
2. La ingesta de ansiolíticos facilita la exposición en las primeras sesiones a los pacientes que tienen fobias graves.
3. La exposición en vivo ha demostrado ser más eficaz que la exposición en imaginación.
4. Los resultados indican que la presencia del terapeuta facilita claramente la reducción del temor.
5. La exposición parece funcionar mejor si hay

mucho distanciamiento entre sesiones.

126. ¿En qué consiste la técnica de tensión muscular aplicada (Kozak y Montgomery, 1981; Öst y Stener, 1987) que se aplica como acompañante de la terapia de exposición en el tratamiento de la fobia a la sangre?:

1. Entrenar al paciente en tensar y relajar los grupos musculares que el paciente no necesita antes de la exposición al estímulo fóbico.
2. Entrenar al paciente en evocar sensaciones de tensión asociadas a un grupo amplio de músculos antes de la exposición al estímulo fóbico.
3. Entrenar al paciente a contar hasta 10 mientras el paciente se va tensando cada vez más.
4. Entrenar al paciente en tensar un grupo amplio de músculos antes de la exposición al estímulo fóbico.
5. Entrenar al paciente en combinar ejercicios de tensión y respiración profunda antes de la exposición al estímulo fóbico.

127. ¿Cuál es el tratamiento más eficaz en la actualidad para una persona diagnosticada de claustrofobia (APA,1994; Barlow, 1988; Barlow, Raffa y Cohen, 2002)?:

1. La exposición en imaginación.
2. La desensibilización sistemática.
3. La exposición en vivo.
4. La terapia sistemática.
5. La terapia implosiva.

128. Señale la alternativa correcta en relación al tratamiento farmacológico de las Fobias Específicas:

1. Las benzodiazepinas utilizadas como complemento de la exposición han demostrado ser eficaces.
2. La evidencia disponible indica que el uso de fármacos potencia la eficacia de la exposición y el mantenimiento de los logros obtenidos a largo plazo.
3. Los betabloqueantes utilizados como complemento de la exposición ha demostrado ser eficaces.
4. La escasa evidencia existente parece indicar que el uso de fármaco aporta poco frente a la terapia psicológica de exposición.
5. La evidencia disponible indica que la terapia farmacológica constituye una alternativa de tratamiento igual de eficaz que la terapia de exposición.

129. En el marco del tratamiento cognitivo-conductual del Trastorno de Pánico, ¿qué técnica tiene como objetivo reducir el temor de los pacientes en respuesta a las sensaciones físicas, mediante la evocación deliberada de síntomas

de pánico?:

1. La exposición en vivo.
2. La exposición en imaginación.
3. La exposición interoceptiva.
4. La exposición cognitiva.
5. La exposición virtual situacional.

130. En el marco del tratamiento cognitivo-conductual del Trastorno de Pánico, ¿qué utilidad tiene la técnica de hiperventilación?:

1. Resulta contraproducente utilizar la técnica de hiperventilación como prueba terapéutica.
2. Hiperventilar reduce la intensidad de las sensaciones corporales.
3. Proporciona una base de información al paciente sobre la que apoyarse para cuestionar las interpretaciones incorrectas de sus sensaciones.
4. Constituye una herramienta de control de ansiedad.
5. Proporciona una base de información a paciente sobre la que apoyarse para cuestionar las interpretaciones catastróficas de las situaciones estresantes.

131. Señale en qué trastorno de la conducta alimentaria está indicado como tratamiento eficaz el programa de tratamiento cognitivo-comportamental desarrollado por Fairburn, Marcus y Wilson (1993):

1. Obesidad.
2. Bulimia Nerviosa.
3. Anorexia Nerviosa
4. Pica.
5. Trastorno de rumiación.

132. ¿En cuál de las siguientes fobias específicas la técnica de exposición por medio de la realidad virtual ha mostrado ser una alternativa eficaz y útil para su tratamiento debido a las dificultades que hay con el acceso al estímulo fóbico?:

1. La fobia a la sangre.
2. La fobia a la enfermedad.
3. La fobia a volar.
4. La fobia a la muerte.
5. La fobia a la oscuridad.

133. ¿Qué fármacos son los más frecuentemente utilizados para el tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada?:

1. Los antidepresivos.
2. Los bloqueantes beta-adrenérgicos.
3. Las benzodiacepinas.
4. La buspirona.
5. Los hipnóticos.

134. ¿Cuál de las siguientes técnicas terapéuticas,

incluida en el programa de tratamiento cognitivo-conductual propuesto por Douglas y Ladoucer (1997) para la intervención del Trastorno de Ansiedad Generalizada, se dirige a tratar las preocupaciones sobre problemas basados en la realidad e inmodificables?:

1. El entrenamiento en darse cuenta.
2. El entrenamiento en solución de problemas con objetivos concentrados en la aceptación de la situación y el manejo de las emociones.
3. El entrenamiento en solución de problemas con objetivos centrados en el problema.
4. La exposición funcional cognitiva.
5. La reestructuración cognitiva.

135. ¿En qué trastorno el proceso de recaída ocurre con frecuencia y hay que poner en práctica un tratamiento específico para que no se produzca?:

1. La eyaculación retardada.
2. El trastorno de pánico.
3. La dependencia de la cocaína.
4. El insomnio.
5. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

136. Eliminar la ansiedad de ejecución es un componente importante del tratamiento de:

1. La depresión mayor.
2. El trastorno de pánico.
3. La esquizofrenia.
4. Las disfunciones sexuales.
5. La dependencia del alcohol.

137. Cuando un paciente drogodependiente tiene patología dual, su tratamiento debe realizarse:

1. Mediante un modelo de intervención secuencial.
2. Mediante un modelo de intervención en paralelo.
3. Mediante un modelo de intervención dinámico.
4. Mediante un modelo de intervención mixto.
5. Mediante un modelo de intervención integral.

138. Las intervenciones motivacionales en el tratamiento de las drogas ilegales:

1. Deben utilizarse después de la fase de desintoxicación.
2. Forman parte del entrenamiento en habilidades sociales.
3. Comienzan a aplicarse con la prevención de la recaída.
4. No son suficientes por sí mismas para que la persona abandone el consumo de drogas.
5. Han dejado de usarse por el alto abandono del tratamiento que acarrea su uso.

139. **¿Cuál es la primera indicación educativa que se suele hacer en las terapias sexuales a los pacientes?:**
1. Tener muchos orgasmos.
 2. Tener orgasmos simultáneos.
 3. Disfrutar del coito.
 4. Disfrutar de la vida sexual.
 5. Desbloquear la represión sexual.
140. **Las terapias más estudiadas en el tratamiento de los trastorno adictivos, y con mayor apoyo empírico, son:**
1. Las sistémicas.
 2. Las psicodinámicas.
 3. Las cognitivo-conductuales.
 4. Las humanistas.
 5. Las gestálticas.
141. **El tratamiento para la dependencia del alcohol que utiliza, entre otros componentes, el disulfiram, entrenamiento en habilidades de comunicación, entrenamiento en afrontar las urgencias y deseos de beber, se denomina:**
1. Manejo de contingencias.
 2. Aversión al alcohol.
 3. Desvanecimiento.
 4. Aproximación de reforzamiento comunitario.
 5. Tratamiento anti-craving.
142. **La identificación de situaciones de alto riesgo tiene su máxima relevancia en:**
1. El manejo de contingencias.
 2. La terapia aversiva.
 3. La intención paradójica.
 4. La desensibilización sistemática.
 5. La prevención de la recaída.
143. **Cuando hablamos de la aserción negativa, dentro de los programas de entrenamiento en habilidades sociales, nos referimos a:**
1. Hacer preguntas de forma negativa.
 2. La expresión de sentimientos negativos.
 3. Terminar las conversaciones adecuadamente.
 4. La expresión de sentimientos positivos.
 5. Conductas que permitan a las personas de defender sus derechos y actuar según sus intereses.
144. **Dentro de la teoría de la depresión de Beck, ¿cuál es el elemento que dirige el proceso por medio del cual una persona organiza y estructura la información sobre el mundo?:**
1. Las actitudes.
 2. Las conductas.
 3. Los problemas emocionales.
 4. Los estados de ánimos.
 5. Los esquemas.
145. **La terapia que, aplicada a la depresión, considera que el trastorno se debe a déficits específicos en el manejo de la conducta de uno mismo, se denomina:**
1. Terapia cognitiva de Beck.
 2. Terapia interpersonal de Klerman.
 3. Terapia de autocontrol de Rehm.
 4. Terapia marital de Jacobson.
 5. Entrenamiento en habilidades sociales de Hersen.
146. **El estudio del NIMH (National Institute of Mental Health) sobre el tratamiento psicológico de la depresión mostró que la medicación anti-depresiva (imipramina):**
1. Era el tratamiento más eficaz en el seguimiento.
 2. Era el tratamiento con mejores resultados a corto y a largo plazo.
 3. Era el tratamiento con iguales resultados que el placebo a largo plazo.
 4. Era inaplicable en los casos de depresión grave.
 5. Reducía significativamente las recaídas.
147. **En el tratamiento del asma, los programas de automanejo se orientan a:**
1. Contrarrestar una emoción con otra emoción.
 2. Que el paciente controle adecuadamente su enfermedad, implicándose en su autocuidado y promoviendo su responsabilidad y autocontrol.
 3. Auto-prescripción de la medicación y la reducción de los efectos secundarios que la toma de ésta le produce.
 4. Adquirir nuevos patrones de comportamiento utilizando para ello técnicas operantes.
 5. Entrenar al paciente asmático en técnicas de relajación.
148. **La terapia de innovación creativa (Grossarth-Maticek, 1984) se utiliza para:**
1. Potenciar la terapia de solución de problemas en el tratamiento del asma bronquial.
 2. En pacientes diabéticas para superar sus hipoglucemias.
 3. En pacientes con TDAH y bajo nivel de rendimiento académico.
 4. Lograr mejor la visión del individuo en el mundo, en pacientes paliativos.
 5. Modificar la respuesta inmunológica del paciente oncológico por medios psicológicos.
149. **El *counselling*, cuando se aplica en cuidados paliativos:**

1. Es equivalente a la psicoterapia.
 2. Es una terapia orientada al autoconocimiento del individuo.
 3. Es el soporte emocional que proporciona todo el equipo terapéutico al individuo.
 4. Es aquella intervención orientada a los aspectos espirituales del individuo.
 5. Es aquella intervención psicológica que está orientada a la patología del enfermo.
- 150. La denominada terapia de focalización (Slade y Bentall, 1988) se utiliza en el tratamiento de:**
1. Los atracones en la bulimia nerviosa.
 2. Las alucinaciones auditivas verbales en la esquizofrenia.
 3. El conocimiento del propio cuerpo en la obesidad.
 4. El control de la respiración en el insomnio.
 5. Los tics motores en el trastorno de déficit de atención con hiperactividad.
- 151. ¿Cómo comienza Masters y Johnson el tratamiento de la disfunción orgásmica femenina?:**
1. Con ejercicios de focalización sensorial.
 2. Con el coito orientado al orgasmo.
 3. Con entrenamiento en comunicación.
 4. Con un dispositivo clitoriano.
 5. Con estimulación directa del clítoris.
- 152. ¿En qué trastorno se considera de gran relevancia llevar a cabo el tratamiento conjuntamente con los dos miembros de la pareja?:**
1. Las fobias.
 2. La esquizofrenia.
 3. Las disfunciones sexuales.
 4. La depresión mayor mínima.
 5. La bulimia.
- 153. En el tratamiento de las disfunciones sexuales, ¿qué terapia se centra no sólo en la reducción de la ansiedad sino también en el tratamiento a los pacientes en técnicas eficaces de estimulación sexual?:**
1. La terapia de solución de problemas de D'Zurilla.
 2. La desensibilización sistemática de Wolpe.
 3. La terapia de parejas de Jacobson.
 4. La psicoterapia interpersonal de Klerman.
 5. La terapia sexual moderna de Master y Johnson.
- 154. La higiene de sueño es procedimiento utilizado y recomendado para el tratamiento de:**
1. El trastorno del ritmo circadiano.
 2. Las pesadillas.
 3. El insomnio.
 4. El síndrome de apnea obstructiva.
 5. El bruxismo.
- 155. Los programas de reforzamiento comunitario junto con terapia de incentivo, han mostrado ser más eficaces en el tratamiento de:**
1. El trastorno de ansiedad generalizada.
 2. La esquizofrenia.
 3. El sonambulismo.
 4. La adicción a la cocaína.
 5. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad.
- 156. Según Fine, una diferencia entre la terapia cognitiva tradicional y la aplicada a pacientes con trastorno de identidad disociativo (o personalidad múltiple) es:**
1. La relación terapéutica pierde importancia al no haber una personalidad fija con la que establecerla.
 2. Se limita el uso del diálogo socrático a la personalidad más habitual del paciente.
 3. La detección de pensamientos se realiza mediante técnicas hipnóticas.
 4. Su componente más afectivo parece ser la activación conductual.
 5. El tratamiento sigue siendo de tipo limitado pero debe repetirse a lo largo de todos los estados del yo
- 157. ¿Cuál de los siguientes tratamientos psicológicos se considera bien establecido para el trastorno bipolar?:**
1. La terapia cognitiva de D. Clark.
 2. La terapia marital y familiar.
 3. La terapia interpersonal.
 4. El entrenamiento en habilidades sociales de afrontamiento y prevención de recaídas.
 5. El manejo de contingencias.
- 158. ¿Cuál de las siguientes alternativas es FALSA acerca de la psicoeducación para el Trastorno Bipolar?:**
1. Ha demostrado una eficacia similar al litio en estudios que han comparado ambos tratamientos.
 2. La identificación de los pródromos disminuye la tasa de recaída en los episodios maníacos.
 3. Ha demostrado su afectividad.
 4. Se puede llevar a cabo de forma grupal y de forma individual.
 5. Disminuye el número de hospitalizaciones.
- 159. ¿Cuál de los tratamientos que se relacionan está indicado para el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo, pues se incluye en el grupo de los tratamientos empíricamente validados para este trastorno?:**

1. La terapia cognitiva dialéctico-conductual.
2. La terapia sistémica.
3. El entrenamiento en habituación.
4. La exposición con prevención de respuesta.
5. La inundación o “flooding”.

160. Hemos explicado a una persona con trastorno obsesivo-compulsivo el papel de la reaseguración o búsqueda de tranquilización en el mantenimiento del problema. A las pocas horas de terminar la sesión, el paciente nos llama para pedirnos que se lo expliquemos de nuevo porque no está seguro de haberlo comprendido. La actitud terapéutica más correcta en este caso es:

1. No atender a su petición de manera explícita (p.ej., colgarle el teléfono).
2. Decirle que se lo explicaremos de nuevo en la siguiente sesión porque no podemos dedicarle más tiempo a él que a los otros pacientes.
3. Pedirle que busque información en Internet sobre ese aspecto porque eso le ayudará a ser auto-suficiente.
4. Pedirle que anote lo que ha entendido y lo que no, y el malestar que le causan las dudas sobre ese tema. En la sesión siguiente, analizar la tarea realizada y utilizarlo como ejemplo del papel de la reaseguración en el mantenimiento del problema.
5. Volverle a citar a ser posible ese mismo día y resolver las dudas que tiene.

161. Indique cuál de las siguientes instrucciones terapéuticas está CONTRAINDICADA en el tratamiento del Trastorno Obsesivo-Compulsivo:

1. “Cuando tengas la obsesión te dices a ti mismo: para, no pienses en eso”.
2. “Qué crees que es lo peor que sucedería si no hicieras el ritual?”.
3. “No evites nada, ni siquiera tus pensamientos”.
4. “Aunque tengas la obsesión en tu mente, intenta seguir con lo que estabas haciendo”.
5. “Cuando tengas la necesidad de hacer el ritual, anota la situación en la que estás y el nivel de ansiedad o malestar que sientes”.

162. La Teoría del Control de la Puerta o Teoría del control de Entrada (Melzack y Wall, 1965), es utilizada como modelo explicativo y psicoeducativo en el tratamiento de:

1. El trastorno de ansiedad generalizada.
2. El trastorno bipolar.
3. El dolor crónico
4. La depresión.
5. El trastorno de pánico.

163. Respecto al tratamiento de los denominados

“Síntomas Somáticos no Explicado Médicamente” (en los que el Trastorno de Somatización puede considerarse un extremo de gravedad), ¿cuál de los siguientes tratamientos ha alcanzado e Nivel I de evidencia (revisiones sistemáticas)?:

1. El tratamiento con benzodiacepinas.
2. La terapia psicodinámica de tiempo limitado.
3. La terapia cognitivo conductual junto con antidepresivos.
4. Únicamente el tratamiento farmacológico con antidepresivos.
5. Por el momento, no existen tratamientos eficaces de Nivel I para este problema.

164. El tratamiento del trastorno de identidad disociativo (anteriormente denominado trastorno de personalidad múltiple) debe basarse, en gran medida, en las estrategias de tratamiento que han mostrado ser efectivas para:

1. La esquizofrenia.
2. El trastorno de ansiedad generalizada.
3. El trastorno de estrés postraumático.
4. El trastorno de personalidad esquizotípico.
5. La depresión.

165. En el tratamiento cognitivo-conductual de la hipocondría es importante contar con los familiares o personas significativas con el objetivo de:

1. Enseñar a los familiares estrategias efectivas para tranquilizar respecto a las interpretaciones catastróficas de síntomas comunes.
2. Realizar terapia de pareja debido al grave deterioro que las conductas hipocondríacas suelen ocasionar en la relación de pareja.
3. Saber cómo actuar cuando el paciente busca reaseguración, para no reforzar la búsqueda de tranquilización sobre la preocupación de padecer una enfermedad grave.
4. Que los familiares no permitan que nos pacientes acudan al médico cuando presentan síntomas somáticos.
5. La intervención con familiares de pacientes con trastorno hipocondríaco, al menos en las primeras fases de tratamiento han mostrado ser contraproducentes.

166. Uno de los tratamientos psicosociales que tiene apoyo experimental de su eficacia aplicado a la esquizofrenia es:

1. La aplicación del condicionamiento clásico para el control de los delirios.
2. Los diseños de N=1 en todos los pacientes.
3. Incluir a la persona en familias múltiples para reducir las alucinaciones.
4. Los procedimientos de empleo protegido para la rehabilitación laboral.

5. Que el paciente asuma el modelo de enfermedad a lo largo de todo el tratamiento.

167. La técnica de “Tiempo fuera de reforzamiento” (time out):

1. Consiste en retirar las condiciones del medio que permiten obtener reforzamiento, o sacar a la persona de éstas por un tiempo.
2. Es una variación de las técnicas de refuerzo negativo.
3. Se emplea cuando es posible controlar las fuentes de entrega de los reforzadores.
4. No es aconsejable utilizarla en menores de cuatro años o adolescentes con trastornos psíquicos.
5. Su eficacia es mayor si no se combina con reforzamiento positivo.

168. En relación con el trastorno de déficit de atención con hiperactividad, ante un caso de un niño con este trastorno:

1. Mostrará inequívocamente síntomas de hiperactividad.
2. En el DSM-IV, se distingue entre inatención, hiperactividad e impulsividad.
3. No suele estar relacionado con anomalías físicas menores.
4. Dado que es un problema conductual, no precisa de tratamiento médico.
5. Debe ser atendido y tratado como un síndrome de trastorno disocial y trastorno de negativismo desafiante.

169. Ante un caso de “niño desobediente”, ¿qué técnica puede ser útil en un programa de tratamiento psicológico?:

1. Entrenamiento en resolución de problemas.
2. Entrenamiento en relajación.
3. Retirada de atención.
4. Técnicas aversivas.
5. Desensibilización sistemática.

170. El procedimiento de imaginación emotiva, como variación de la desensibilización sistemática:

1. No debe aplicarse en niños que presentan dificultades en el entrenamiento en relajación.
2. El terapeuta debe identificar mediante conversaciones y juegos los héroes favoritos del niño.
3. La variación más importante es que puede realizarse con los ojos abiertos.
4. Dada su complejidad, no se recomienda su uso, excepto en casos especiales.
5. El niño imagina escenas que provocan sentimientos negativos y posteriormente conversa sobre ellos.

171. La población infantil que mayor atención ha

recibido en entrenamiento de habilidades sociales es la de los niños que presentan:

1. Una baja tasa de interacción con los pares
2. Una aceptable participación con otros niños pero no con adultos.
3. Dificultades en habilidades de lecto-escritura.
4. Dificultades en tareas matemáticas.
5. Dificultades en resolución de problemas.

172. El modelado es un proceso de aprendizaje observacional en el que:

1. La conducta a instaurar se aprende a través de instrucciones.
2. Se basa en la imitación, sin necesidad de procesos cognitivos.
3. No es aconsejable para inhibición de conductas.
4. La conducta de un individuo actúa como estímulo para generar conductas semejantes en otros.
5. Cuanto mayor sea la diferencia entre el modelo y el sujeto, existe mayor posibilidad de éxito.

173. En la técnica del moldeamiento aplicada a niños o adolescentes:

1. El niño o adolescente observa la conducta de un modelo y la imita.
2. Es recomendable no dispensar refuerzos positivos ni negativos.
3. No es necesario especificar una conducta meta, es el niño quien va definiendo la conducta.
4. Resulta irrelevante el punto de partida si se tiene claro el objetivo.
5. Es un procedimiento en el que se refuerzan las aproximaciones sucesivas a una conducta meta.

174. ¿Cuál es el tratamiento de elección para los niños con conductas oposicionistas?:

1. Autocontrol.
2. Farmacológico.
3. Técnica de solución de problemas.
4. Economía de fichas.
5. Entrenamiento para padres.

175. ¿En qué trastorno infanto-juvenil es la exposición con prevención de respuesta el tratamiento de elección?:

1. Enuresis.
2. Trastorno distímico.
3. Trastorno depresivo mayor.
4. Terrores nocturnos.
5. Trastorno obsesivo compulsivo.

176. ¿En qué trastorno es considerada la terapia

interpersonal como un tratamiento “probablemente eficaz”?:

1. Depresión infantil.
2. Depresión adolescente.
3. Tics.
4. Enuresis.
5. Insomnio.

177. ¿Cuál es el procedimiento más eficaz para el tratamiento de los tics infantiles:

1. Biofeedback.
2. Práctica masiva negativa.
3. Exposición con prevención de respuesta.
4. Inversión del hábito.
5. Entrenamiento en darse cuenta de la situación.

178. Si tras haber dado un aviso previo, unos padre, tras la desobediencia de su hijo al pedirle que recoja su ropa, le dicen a su hijo: “Luisito, como no has recogido tu ropa, te quedarás en el baño hasta que te diga que puedes salir”, están aplicando la técnica llamada:

1. Coste de respuesta.
2. Saciación.
3. Reforzamiento negativo.
4. Tiempo de fuera.
5. Sobrecorrección.

179. ¿Cuál es la opción correcta respecto al procedimiento de sobrecorrección aplicado en la infancia?:

1. Contiene un elemento educativo.
2. Sus efectos son muy lentos.
3. Sus efectos son poco duraderos.
4. Se identifica con la economía de fichas.
5. Requiere muy poco tiempo para su aplicación.

180. De entre estas técnicas reductoras aplicables en la infancia, ¿cuál reduce las desventajas del castigo?:

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

181. El modelado que se realiza mostrando a un niño una grabación audiovisual para reducir, por ejemplo, su ansiedad a una intervención quirúrgica, se denomina:

1. Modelado encubierto.
2. Modelado simbólico.
3. Modelado en vivo.
4. Automodelado.

5. Modelado activo.

182. Desde la perspectiva de que los postulados de la teoría de la evolución han contribuido a los de la psicología actual, el hecho de que el ambiente imponga desafíos a los distintos organismos y que éstos deben enfrentarse a ellos para adaptarse fue planteado por primera vez por:

1. Lamarck.
2. Linneo.
3. Cuvier.
4. Darwin.
5. Buffon.

183. Las células de Sertoli tienen como una de sus funciones más importantes la de:

1. Sintetizar testosterona.
2. Facilitar la maduración de las células intersticiales.
3. La síntesis de la hormona liberadora de las gonadotropinas.
4. Proporcionar alimento a los espermatozoides durante su maduración.
5. Producir LH.

184. Se denomina “fraccionamiento según el rango” a uno de los procedimientos de codificación del estímulo sensorial mediante el que las neuronas codifican:

1. La intensidad del estímulo.
2. La modalidad sensorial.
3. La localización del estímulo.
4. La adaptación del estímulo.
5. La duración del estímulo.

185. A la vía nerviosa que regula los movimientos voluntarios de los músculos de la cabeza se llama tracto:

1. Retículoespinal.
2. Corticorrecular.
3. Corticobulbar.
4. Rubroesplinal
5. Vestibuloesplinal.

186. Las células productoras de la hormona cuya función principal es la de regular los niveles de sodio en sangre se ubican en:

1. La adenohipófisis.
2. El tiroides.
3. La corteza suprarrenal.
4. El hipotálamo.
5. La médula suprarrenal.

187. La función principal de la comisura anterior es la de unir áreas cerebrales:

1. Rostro-caudales formando parte de los pe-

- dúnculos cerebrales.
2. De los lóbulos temporales de ambos hemisferios.
 3. De los lóbulos prefrontales de los dos hemisferios.
 4. Desde el lóbulo prefrontal al temporal, dentro de cada uno de los hemisferios.
 5. Que están justo por debajo de la cisura longitudinal de ambos hemisferios.
- 188. El hipotálamo regula al sistema nervioso autónomo valiéndose de proyecciones que van hacia:**
1. La corteza somatosensorial.
 2. El tronco del encéfalo y la médula espinal.
 3. El tálamo.
 4. La corteza somatomotora.
 5. La corteza límbica.
- 189. La región cerebral neural conocida con el nombre de cápsula interna:**
1. Es la zona donde arranca la corona radiada.
 2. Forma parte del cerebelo.
 3. Conecta a los hemisferios cerebrales por encima de los ventrículos laterales.
 4. Es una parte de los ganglios basales.
 5. Es una zona de paso de vías de proyección cortical a la médula espinal.
- 190. En el análisis del desarrollo social de los niños se emplean diferentes tipos de técnicas. Una de ellas es la de “nominación de pares”. Una técnica complementaria a ésta consiste en nominar un conjunto de atributos conductuales o emocionantes del compañero nominado. ¿Cómo se denomina a esta técnica?:**
1. Expresión de rechazos.
 2. Método de *rating*.
 3. Método atribucional.
 4. Método de asociación de atributos perceptivos.
 5. Método de nominación.
- 191. ¿Qué batería o instrumento de evaluación psicológica permite relacionar los síndromes empíricos derivados por tal instrumento con los diagnósticos clínicos de DSM-IV-TR, como parte relevante del mismo instrumento?:**
1. La batería de BASC, de Reynolds y Kamphaus.
 2. Los instrumentos que forman parte del sistema ASEBA de Achenbach y Rescola.
 3. El test de JVQ, de Finkelhor.
 4. El test de MACI, de Millon.
 5. La batería de lateralidad de Harris.
- 192. En términos genéricos, ¿cuál de las siguientes pruebas psicológicas es de autoinforme?:**
1. Los test de Factor G.
 2. Los test de Factor S.
 3. Las pruebas de Aptitudes.
 4. El SCL-90-R (cuestionario).
 5. Los test de desarrollo infantil.
- 193. En el proceso de evaluación psicológica, ¿cuál es la segunda fase del proceso Interventivo-Valorativo?:**
1. Recogida de Información.
 2. Comunicación de resultados.
 3. Primera formulación de hipótesis y deducción de enunciados verificables.
 4. Seguimiento.
 5. Especificación de la demanda.
- 194. ¿Cuál de las siguientes características NO corresponde a una técnica proyectiva?:**
1. Estudian aspectos inconscientes de la conducta.
 2. Son multidimensionales.
 3. Están baremadas.
 4. Provocan respuesta no estructuradas.
 5. Provocan respuestas subjetivas.
- 195. ¿Cuál es el fundamento teórico de la batería de evaluación de Kaufman (K-ABC)?:**
1. Modelos cognitivos y neuropsicológicos.
 2. Modelos sistémicos.
 3. Modelos dinámicos y psiquiátricos.
 4. Modelos de inteligencia artificial.
 5. Modelos humanistas.
- 196. ¿A qué tipo o técnicas pertenece el test de Matrices Progresivas de Raven?:**
1. Test psicométricos de personalidad.
 2. Técnicas subjetivas.
 3. Test Factoriales de factor G.
 4. Test Factoriales de factor S.
 5. Test racionales de inteligencia.
- 197. ¿Qué instrumento de los siguientes mediría la Inteligencia Cristalizada?:**
1. Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI-2).
 2. Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos (WAIS-III).
 3. Test Beta.
 4. Escala de Inteligencia de Wechsler para Preescolar y Primaria (WPPSI-V).
 5. Test de Factor G de Cattell.
- 198. ¿Qué instrumento evaluaría la ansiedad en niños?:**
1. Inventario de personalidad MMPI-2.

2. Cuestionario de personalidad STAI.
 3. Cuestionario de personalidad STAIC.
 4. Inventario de personalidad STAXI-2.
 5. Inventario de personalidad de Beck.
- 199. Cuál sería el último paso en el proceso de elaboración de un test?:**
1. Elaboración de las normas de interpretación.
 2. Definición del constructo.
 3. Análisis de la fiabilidad y la validez.
 4. Análisis de los items.
 5. Recurrir a un tribunal de expertos.
- 200. ¿Cuál de las siguientes escalas es la más apropiada para analizar el comportamiento neonatal en niños desde los tres días hasta los 2 meses?:**
1. La escala de McCarthy.
 2. La escala de Brazelton.
 3. Las escalas Battelle.
 4. Las escalas de Vineland.
 5. La escala EOD.
- 201. En la prueba de K-ABC de Kaufman un niño de 9 años obtiene una puntuación de 105 en Procesamiento Simultáneo, de 82 en Procesamiento Secuencial y de 92 en la escala de Conocimientos. ¿Cómo repercute este perfil en las habilidades académicas del sujeto?:**
1. Gran capacidad para el aprendizaje musical.
 2. Dificultades en pensamiento gestáltico, y especialmente en dibujo.
 3. Grandes habilidades en la integración de estímulos presentado sucesivamente.
 4. Dificultades de aprendizaje lecto-escritor, y en la memoria verbal y numérica.
 5. Probablemente no presente ninguna dificultad.
- 202. ¿En qué casos los límites de la confidencialidad se rompen?:**
1. Nunca se debe romper el principio de confidencialidad.
 2. Nunca se debe revelar la identidad del cliente sin su autorización escrita.
 3. Los terapeutas nunca deben compartir información sobre sus clientes.
 4. No existen límites de confidencialidad.
 5. Los juzgados pueden ordenar a los terapeutas romper el secreto profesional.
- 203. La variable kinestésica hace referencia a:**
1. Variables extralingüísticas como el tono y ritmo del discurso.
 2. Las expresiones corporales y los movimientos.
 3. El espacio ambiental y personal.
 4. Variables extralingüísticas como el volumen y fluidez de expresión.
 5. La percepción del tiempo del cliente y del terapeuta.
- 204. La tercera etapa de la entrevista se conoce con el nombre de cierre de la entrevista y consiste en:**
1. Saber preguntar, esto es, realizar preguntas muy específicas al cliente.
 2. Consolidar los logros alcanzados durante las etapas anteriores el proceso.
 3. Realizar formulaciones en afirmativo para evitar el efecto de halo o sesgo del entrevistador.
 4. Identificar el problema para llevar a cabo la elaboración de hipótesis.
 5. Que el paciente se sienta cómodo y se favorezca la confianza.
- 205. En el tratamiento cognitivo-conductual del trastorno obsesivo-compulsivo es habitual pedir al paciente que realice tareas de exposición en casa (entre sesiones). Estas tareas deben pedirse:**
1. Desde el principio del tratamiento, una vez explicado el modelo conductual-cognitivo del TOC.
 2. Sólo cuando el paciente ha aprendido a exponerse en las sesiones con el terapeuta, y el resultado ha sido satisfactorio.
 3. Después de explicarle la relación entre ansiedad-neutralización, siempre que se pueda contar con la ayuda de un familiar.
 4. En la fase de prevención de recaídas, como un modo de mantener los logros terapéuticos alcanzados.
 5. En ningún caso se debe pedir al paciente que haga por su cuenta ese tipo de tareas.
- 206. La Terapia Dialéctica Conductual (TDC) de Marsha Linehan (1993) para el Trastorno Límite de Personalidad incluye entre sus componentes el grupo terapéutico, que se ajusta a cuatro módulos, uno de los cuales es:**
1. El desarrollo de habilidades para regular las emociones.
 2. La exposición con prevención de respuesta para el manejo de la ansiedad.
 3. La discusión cognitiva tipo Beck sobre las disfunciones emocionales de los pacientes.
 4. El desarrollo de habilidades para la imaginación guiada.
 5. El aprendizaje de estrategias para disminuir los comportamientos autolíticos.
- 207. La evaluación de expectativas se ha realizado habitualmente a través de la evaluación de variable:**

1. Extraversión-introversión.
 2. Apertura a la experiencia.
 3. Lugar de control.
 4. Neuroticismo-estabilidad emocional.
 5. Tesón.
- 208. Los tratamientos cognitivo-conductuales para los síntomas positivos de la esquizofrenia han mostrado su mayor utilidad:**
1. En la fase prodrómica del trastorno.
 2. En la fase aguda del trastorno.
 3. En la fase de estabilización del trastorno.
 4. En la fase estable del trastorno.
 5. En todas las fases anteriores del trastorno.
- 209. ¿Cuál se considera actualmente el tratamiento psicológico de elección para las cefaleas tensionales?:**
1. El biofeedback EMG.
 2. La distracción emocional.
 3. El entrenamiento en asertividad.
 4. Técnicas autoinstruccionales.
 5. Entrenamiento en relajación muscular.
- 210. ¿Cuál de las siguientes características está asociada al trastorno de identidad disociativo?:**
1. Experimentar una transición gradual de una identidad a otra, requiriendo al menos dos horas.
 2. Haber padecido abusos físicos y sexuales, sobre todo durante la infancia.
 3. Presentar antecedentes de simulación de enfermedades mentales.
 4. Tener una baja capacidad de sugestionabilidad.
 5. Convicción de estar poseído por espíritus malignos.
- 211. ¿Qué teorías defienden que el aprendizaje es fruto de la adquisición de conocimiento y relaciones entre los elementos en una situación de aprendizaje?:**
1. Las teorías funcionalistas.
 2. Las teorías neoconductistas.
 3. Las teorías psicodinámicas.
 4. Las teorías cognitivas.
 5. Las teorías innatistas.
- 212. Cualquier estímulo intenso que, antes de la conexión asociativa, ya suscita de forma regular una respuesta consistente y medible se conoce como:**
1. Estímulo neutro.
 2. Estímulo condicionado.
 3. Estímulo incondicionado.
 4. Respuesta condicionada.
 5. Respuesta incondicionada.
- 213. Las alucinaciones son:**
1. Percepciones de algo inexistente, que adquieren para el que las experimenta las mismas cualidades que la percepción real.
 2. Fenómenos perceptivos en una modalidad sensorial que están determinados por estímulos que inciden sobre un sentido diferente al que está alterado.
 3. Imágenes eidéticas.
 4. Percepciones erróneas de los estímulos externos, resultado de la atribución de un significado incorrecto a estímulos reales.
 5. Pareidolias.
- 214. ¿En el esquema A-B-C de la terapia racional-emotiva de Ellis, qué es "C"?:**
1. Contratiempos de la vida diaria.
 2. Causas del problema.
 3. Creencias irracionales.
 4. Conductas de la persona.
 5. Consecuencias emocionales y/o conductuales.
- 215. ¿A qué tipo de terapia corresponde la técnica de la silla vacía?:**
1. Terapia psicoanalítica.
 2. Terapia cognitivo-conductual.
 3. Terapia centrada en el cliente.
 4. Terapia gestáltica.
 5. Terapia sistémica.
- 216. Algunos pacientes indican experimentar ansiedad con respecto a las sensaciones físicas asociadas con el miedo, además de la ansiedad ante el objeto o la situación fóbica (p. ej., personas con acrofobia o claustrofobia). Además de la exposición a la situación fóbica, ¿qué técnica podría ser útil aplicar a estos pacientes?:**
1. La exposición en imaginación a las sensaciones.
 2. La terapia implosiva.
 3. La técnica de reestructuración cognitiva.
 4. La exposición interoceptiva.
 5. La técnica de tensión muscular aplicada.
- 217. ¿Qué es la catatonía?:**
1. Estado de actitud inmóvil en el que el individuo permanece en una posición forzada, incómoda y antigravitatoria.
 2. Síndrome que incluye una actitud inmóvil junto con estupor, mutismo, estereotipias y ecosíntomas.
 3. Movimientos musculares en forma de contracciones violentas e incontrolables de la musculatura voluntaria.
 4. Movimientos musculares en forma de con-

- tracciones violentas e incontrolables de la musculatura involuntaria.
5. Repeticiones continuas e innecesarias de movimientos o gestos.
- 218. De acuerdo con Piaget, la capacidad de representación que permite al niño utilizar significantes para referirse a significados, y que aparece hacia el final del segundo año de vida, se denomina:**
1. Función simbólica.
 2. Imaginación mental.
 3. Desarrollo de esquemas.
 4. Imitación diferida.
 5. Evocación verbal.
- 219. Dentro de la secuencia de los estadios en la teoría de Piaget, el tránsito de la etapa sensoriomotora a la etapa preoperacional viene determinado, principalmente por:**
1. La desaparición del egocentrismo.
 2. La aparición de la capacidad para realizar operaciones reversibles.
 3. La adquisición del esquema de permanencia de los objetos.
 4. El dominio de la marcha.
 5. La aparición del lenguaje.
- 220. El estudio de las primeras vivencias emocionales de los niños es un campo que presenta gran dificultad. ¿Qué autor ha defendido que los niños nacen con tres emociones básicas: el amor, la ira y el miedo?:**
1. Watson.
 2. Skinner.
 3. Freud.
 4. Piaget.
 5. Wallon.
- 221. Dentro de la teoría de Piaget sobre el desarrollo intelectual, ¿qué nombre recibe la función mediante la que los niños crean nuevas estructuras y se relacionan de manera eficaz con todo lo que les rodea?:**
1. Asimilación.
 2. Acomodación.
 3. Equilibrio.
 4. Adaptación.
 5. Organización.
- 222. Los niños, al nacer o muy poco después, presentan un conjunto de reflejos primitivos que tienden a desaparecer en distintos momentos durante el primer año de vida. ¿Qué nombre recibe el reflejo en el que al presionar suavemente la planta del pie, el niño extiende los dedos del pie en forma de abanico y dobla el pie hacia dentro?:**
1. De Babinski.
 2. De Hozar.
 3. Darwiniano.
 4. De Moro.
 5. De Galant.
- 223. De acuerdo con Piaget, uno de los logros más importantes del niño, dentro de su desarrollo, es la comprensión de identidades, esto es, que ciertas cosas son iguales aunque cambien de forma, tamaño o apariencia. ¿En qué etapa tiene lugar esta adquisición?:**
1. Preoperacional.
 2. Conceptual.
 3. De las operaciones concretas.
 4. Sensoriomotora.
 5. De las operaciones formales.
- 224. Piaget distingue una sucesión de etapas en el desarrollo cognitivo de los individuos. ¿Qué nombre recibe la etapa en la que el niño comienza a comprender y a utilizar conceptos?:**
1. Preoperacional.
 2. Sensoriomotora.
 3. De las operaciones concretas.
 4. De las operaciones formales.
 5. Conceptual.
- 225. Según Freud, la personalidad humana está integrada por tres componentes; el *id*, el *ego* y el *superego*, que se desarrollan en distintos momentos del procesos evolutivo. ¿En qué momento empieza a desarrollarse el *superego*?:**
1. A partir de la adolescencia.
 2. Cuando comienza a hacer uso del principio de realidad.
 3. Al comienzo de la escolaridad primaria.
 4. Cuando comienza a relacionarse con otros niños de su misma edad.
 5. A partir de los 4 ó 5 años.
- 226. ¿Cuál de los siguientes parámetros fue añadido posteriormente por Clark Leonard Hull, ayudado por su discípulo Spencer, en su formulación de la teoría del impulso?:**
1. El impulso.
 2. El drive.
 3. El potencial de excitación o fuerza de la conducta ante un estímulo determinado.
 4. La fuerza del hábito o probabilidad de que se dé una respuesta observable.
 5. El incentivo.
- 227. Según la teoría de Rescorla y Wagner, ¿de qué depende el grado en que un sujeto aprende el emparejamiento entre el EC y el EI?:**

1. De la sorpresividad de la ocurrencia del EC.
 2. De la sorpresividad de la ocurrencia del EC y del EI.
 3. De la sorpresividad de la ocurrencia del EI.
 4. De que el EC llegue finalmente a sustituir al EI.
 5. De la anticipación que suministra la RC para la aparición del RI.
- 228. Según la Ley General de la Psicofísica, también llamada Ley de Stevens, ¿cómo sería la curva resultante cuando el exponente k es mayor que 1 ($h>1$)?:**
1. La función es una línea curva cóncava hacia arriba.
 2. La función es una línea cóncava hacia abajo.
 3. La función se convierte en una línea recta diagonal.
 4. No se puede conocer la curva resultante si no se tiene el logaritmo neperiano correspondiente.
 5. La misma para todas las modalidades sensoriales.
- 229. ¿Cómo son los ECs (estímulos condicionados) empleados en el preconditionamiento sensorial?:**
1. Dos estímulos inductores de fuertes respuestas.
 2. Dos estímulos con propiedades motivacionales innatas.
 3. Un estímulo neutro y otro aversivo.
 4. Un estímulo neutro y otro apetitivo.
 5. Dos estímulos neutros.
- 230. ¿Qué se pretende medir en los estudios realizados con tareas de vigilancia?:**
1. La atención sostenida.
 2. La atención dividida.
 3. Los automatismos.
 4. La atención selectiva.
 5. La interferencia estructural.
- 231. Considerando que la estructura celular de la retina se compone de tres estratos, las células fotorreceptoras o los llamados conos y bastones se sitúan en:**
1. El estrato más superficial y en el que antes incide la luz, que, a su vez, es el más lejano del epitelio pigmentado del coroides y de la esclerótica.
 2. La capa retinal más profunda, más cercana al epitelio pigmentado del coroides y de la esclerótica.
 3. El mismo estrato dónde se ubican las células bipolares.
 4. La capa intermedia de tejido neural, entre el estrato más superficial y el más profundo.
 5. Ninguno de los tres estratos de tejido neural de la retina.
- 232. Según la TDS (Teoría de la Detección de Señales), ¿si no se presenta la señal y el sujeto responde que el estímulo sí ha aparecido, en la matriz de confusión se codificará su respuesta como?:**
1. Acierto.
 2. Fallo.
 3. Falsa alarma.
 4. Rechazo correcto.
 5. Recompensa.
- 233. Según la clasificación tripartita de la memoria humana de Tulving (1985b), ¿el tipo de conciencia asociado con la memoria semántica es la..?:**
1. Conciencia autooética.
 2. Conciencia anoética.
 3. Conciencia noética.
 4. Conciencia asocial.
 5. Conciencia social.
- 234. En las diferencias culturales del yo y la identidad se ha encontrado que:**
1. La gente de culturas individualistas tienden a tener un yo extendido.
 2. La gente de culturas individualistas tienden a tener un yo independiente.
 3. Lo que implica la autodistintividad no diferencia las culturas individualistas de las colectivistas.
 4. El yo independiente tiene una estructura fluida y variable, cambia según las situaciones y relaciones.
 5. La persona con un yo interdependiente se autodefiende como única, autónoma, actúa de acuerdo con sus sentimientos, es directo y autoasertivo.
- 235. Entre las técnicas o estrategias de intervención para romper prejuicios:**
1. La estrategia de la agresión-frustración se ha visto que es la más eficaz.
 2. La estrategia de la agresión-frustración es mejor que la del contacto.
 3. La “recategorización” y más específicamente el “modelo de la identidad endogrupal común” han resultado ser útiles para reducir diferentes tipos de prejuicio.
 4. Hasta el momento, ninguna de las técnicas existentes ha mostrado ser eficaz.
 5. La técnica de la recategorización es más rápida que la basada en la hipótesis de la agresión-frustración.
- 236. Según la “teoría del impacto social”, que expli-**

ca algunos de los resultados obtenidos en los experimentos de Milgram (obediencia) y Asch (conformidad), la fuerza social sentida por una persona:

1. Será mayor cuando las fuentes de influencia estén más lejos.
2. Es independiente del prestigio de la organización a la que representa la fuente de influencia.
3. La fuerza social sentida no depende de la proximidad de la fuente.
4. Será mayor si la fuente de influencia es intensa (una autoridad o experto en el tema).
5. Simplemente aumenta a medida que incrementa el número de fuentes.

237. Las personas que perciben un “locus de control interno” como causa de sus conductas:

1. Creen que lo que acontece en su vida depende de otros.
2. Creen que todo está a su alcance, sólo falta la voluntad de los otros para lograrlo.
3. No tienen control sobre lo que les sucede.
4. Fácilmente experimentarán indefensión aprendida.
5. Se esfuerzan y trabajan más para conseguir lo que quieren.

238. El estilo de líder autocrático:

1. Es el más apreciado por el grupo.
2. Es amistoso y favorece un clima grupal orientado hacia la tarea.
3. Influye creando una atmósfera grupal orientada hacia el juego.
4. La productividad grupal no se ve afectada por la presencia o ausencia del líder.
5. Influye sobre la productividad del grupo: la productividad es alta en presencia del líder y baja en ausencia del líder.

239. Por el proceso de facilitación social:

1. Las personas mejoran el aprendizaje de tareas difíciles.
2. La presencia de otras personas influye haciendo que los otros mejoren en la realización de tareas aprendidas o fáciles.
3. Se explica que la mera presencia de otras personas no influye sobre la conducta de alguien.
4. La presencia de los otros genera un estado de alerta que dificulta el desempeño de tareas aprendidas anteriormente.
5. Se entiende que los otros ayudan a desempeñar mejor la tarea si la situación es competitiva.

240. En la formación de las primeras impresiones:

1. Los rasgos centrales tienen menor influencia que los periféricos.
2. Los rasgos centrales tienen una influencia desproporcionada sobre la impresión final.
3. Los rasgos periféricos son responsables de la configuración integrada de la impresión.
4. La centralidad de un rasgo es ajena al contexto de la impresión.
5. Los rasgos centrales y los periféricos tienen igual influencia sobre la impresión final.

241. La tendencia de un grupo a tomar decisiones que son más extremas que la media de las posiciones iniciales de los individuos del grupo, se denomina, específicamente:

1. Cohesión grupal.
2. Polarización grupal.
3. Mente grupal.
4. Ilusión de efectividad grupal.
5. Cultura grupal.

242. ¿Cuándo se comete un error de tipo I?:

1. Cuando se decide mantener una hipótesis nula que en realidad es falsa.
2. Cuando se decide rechazar una hipótesis nula que en realidad es verdadera.
3. Cuando se decide mantener una hipótesis nula que en realidad es verdadera.
4. Cuando se decide rechazar una hipótesis nula que en realidad es falsa.
5. Cuando habiendo rechazado correctamente la hipótesis nula, se hace una interpretación incorrecta de los resultados.

243. ¿Qué tipo de validez hace referencia a la posibilidad de generalizar los resultados obtenidos con una determinada muestra de sujetos, a la población de interés del investigador (población de referencia)?:

1. La validez interna.
2. La validez de constructo.
3. La validez externa de población.
4. La validez externa ecológica.
5. La validez externa histórica.

244. ¿En qué consiste la regla de asignación aleatoria, también llamada aleatorización?:

1. Consiste en seleccionar aleatoriamente una muestra de sujetos de la población de origen.
2. Consiste en la asignación aleatoria de las unidades de observación a las distintas condiciones experimentales.
3. Consiste en seleccionar de manera aleatoria una secuencia de tratamientos.
4. Consiste en escoger aleatoriamente los niveles de la variable independiente.
5. Consiste en aquella variabilidad de las puntuaciones de la variable dependiente que es

debida a factores aleatorios.

245. ¿De qué nos informa el nivel crítico?:

1. Nos informa de la magnitud del impacto del tratamiento.
2. Nos informa del riesgo máximo que estamos dispuestos a asumir al tomar la decisión de rechazar una hipótesis concreta.
3. Nos informa si el estudio realizado contribuye o no de forma significativa al desarrollo de una teoría o de una línea de investigación.
4. Nos informa sobre el grado de compatibilidad o discrepancia entre la evidencia muestral observada y la hipótesis nula.
5. Nos informa del grado en que el fenómeno objeto de estudio se halla presente en la población.

246. ¿A qué hace referencia el concepto de validez interna?:

1. A la probabilidad de obtener conclusiones correctas del efecto de la(s) variable(s) independiente(s) sobre la(s) dependiente(s).
2. A la interpretación teórica de la relación causal existente entre dos variables.
3. A la posibilidad de generalizar la relación causal observada en un determinado estudio más allá de las circunstancias bajo las que se ha obtenido dicha relación.
4. Al grado de confianza con que podemos inferir o concluir que existe relación entre dos (o más) variables en base a pruebas estadísticas de significación.
5. Al grado en que un test tiene consistencia interna.

247. ¿Cuál es la principal característica del diseño cuasi-experimental que la diferencia de los diseños experimentales?:

1. Los diseños cuasi-experimentales no pretenden establecer relaciones de causa-efecto.
2. Los diseños cuasi-experimentales recogen información de manera sistemática por medio de entrevistas y cuestionarios.
3. En los diseños cuasi-experimentales no existe aleatorización.
4. En los diseños cuasi-experimentales no existe manipulación de una o más variables independientes.
5. Los diseños cuasi-experimentales se caracterizan por la observación directa de eventos que ocurren de forma natural.

248. Realizamos un análisis de la varianza con tres factores: A, B y C. Encontramos que los factores principales A, B y C son significativos, así como la interacción B x C. Ninguna de las restantes interacciones son significativas. ¿Qué debemos analizar para interpretar los datos?:

1. Sólo los factores principales A, B y C.
2. Solo la interacción B x C.
3. El factor principal A, así como la interacción B x C.
4. Tanto los factores principales B y C como la interacción B x C.
5. Los factores principales A, B y C, así como la interacción B x C.

249. ¿Qué es la tasa de error por familia de comparaciones?:

1. Es la probabilidad de cometer un error de tipo I en un conjunto de comparaciones en un experimento.
2. Es la probabilidad de cometer un error de tipo II en un conjunto de comparaciones en un experimento.
3. Es la probabilidad de cometer un error de tipo I en una sola comparación.
4. Es la probabilidad de cometer un error de tipo II en una sola comparación.
5. Es el porcentaje de comparaciones en los que ha cometido un error de tipo I en un experimento.

250. Uno de los siguientes fenómenos NO se relaciona con la etiología de la esquizofrenia:

1. Infección materna por gripe o rubéola durante el embarazo.
2. Asfixia en el momento del parto.
3. Hiperactividad dopaminérgica.
4. Ausencia de emoción expresada familiar.
5. Nacimiento prematuro.

251. ¿Quién fue el fundador de la psicofísica, sistematizando todo el conocimiento que hoy conocemos como psicofísica clásica?:

1. Helmholtz.
2. Weber.
3. Fechner.
4. Stevens.
5. Galton.

252. ¿Cuál de las siguientes variables no pertenece a la Teoría del Aprendizaje Cognoscitivo de Rotter?:

1. El potencial de conducta.
2. El valor del refuerzo.
3. Los factores situacionales.
4. Las expectativas de eficacia.
5. Las expectativas generalizadas.

253. En el desarrollo del individuo, Erikson, desde una perspectiva psicosocial, distingue, a lo largo de todo el ciclo vital, una sucesión de ocho etapas que consisten en ocho crisis o conflictos que desempeñan un papel central en el desarrollo

de la personalidad. ¿Cuál es el conflicto que corresponde a los últimos años de la adolescencia y al comienzo de la edad adulta?:

1. Confianza frente a desconfianza.
2. Intimidad frente a aislamiento.
3. Creatividad frente a ensimismamiento.
4. Integridad frente a desesperación.
5. Identidad frente a difusión del yo.

254. De acuerdo la teoría de Piaget sobre el desarrollo cognitivo del niño, el razonamiento del niño, en la etapa preoperacional, se caracteriza por ser transductivo, lo que significa que:

1. Va general a lo particular.
2. Va de la particular a lo general.
3. Va de lo particular a lo particular.
4. Es irreversible.
5. Está dominado por su egocentrismo.

255. Uno de los siguientes trastornos presenta alta impulsividad y baja tolerancia a la frustración. Identifíquelos:

1. Trastorno paranoide de la personalidad.
2. Trastorno esquizotípico de la personalidad.
3. Trastorno límite de la personalidad.
4. Trastorno narcisista de la personalidad.
5. Ninguno de ellos.

256. Entre las hormonas que se citan a continuación, la que necesariamente tiene que activar al ADN de las células diana para producir sus acciones fisiológicas en la que se denomina:

1. Adrenalina.
2. Hormona liberadora de corticotropina.
3. Vasopresina.
4. Hormona del crecimiento.
5. Triyodotironina.

257. ¿Qué son las puntuaciones “outliers”?:

1. Son puntuaciones que no dispone el investigador.
2. Son puntuaciones extremas.
3. Son aquellas puntuaciones que regresan a la media.
4. Son puntuaciones con valores cercanos a la media.
5. Son puntuaciones perdidas producto de la muerte experimental.

258. En psicología social el “efecto de adormecimiento”:

1. Explica un retroceso en el cambio de actitud a medida que transcurre el tiempo.
2. Se produce inmediatamente después del mensaje emitido por una fuente de baja credibilidad.

3. Explica, específicamente, los cambios de actitud cuando la fuente de altamente creíble.
4. Se produce, con el paso del tiempo, por una disociación (separación o desvinculación) en la memoria entre la fuente de baja credibilidad y el mensaje.
5. Se debe a que en la memoria, con el paso del tiempo, se olvida más rápidamente el mensaje que la fuente.

259. Según los estudios desarrollados a partir de la teoría del equilibrio (propuesta inicialmente por Heider, 1946), actitudinalmente:

1. Una tríada está “no equilibrada” si todas sus relaciones son positivas.
2. En las tríadas “no equilibradas” se recupera el equilibrio de manera desagradable e inestable.
3. Las personas no siempre buscan resolver las incoherencias, a veces optan por aislar el elemento disonante.
4. La gente prefiere que las actitudes sean incoherentes.
5. En las tríadas desequilibradas, las relaciones son consistentes.

260. La principal área receptora de proyecciones de la neocorteza es:

1. El neocortado.
2. La corteza límbica.
3. La sustancia negra.
4. Los núcleos talámicos.
5. La corteza parietal.