



## PRUEBAS SELECTIVAS 2013

### 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, integrado por 225 preguntas más 10 de reserva, 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. **El área que actúa como conexión entre las respuestas emocionales automáticas y el control de las conductas complejas, guiando la conducta para controlar la manifestación de las respuestas emocionales, es:**
  1. La circunvolución angular del sistema límbico.
  2. La circunvolución o lóbulo de la insula.
  3. La corteza prefrontal orbitofrontal o ventromedial.
  4. El tálamo.
  5. La corteza de asociación somatosensorial.
  
2. **Se puede activar el circuito del refuerzo mediante la estimulación eléctrica del sistema mesolímbico, originando en el área tegmental ventral y que proyecta:**
  1. Al hipocampo, inhibiendo la liberación de dopamina.
  2. Al núcleo accumbens, provocando liberación de dopamina.
  3. A la corteza prefrontal, estimulando la liberación de glutamato.
  4. A la formación reticular mesencefálica, provocando liberación de glutamato.
  5. A la hipófisis, inhibiendo la liberación de dopamina.
  
3. **Los islotes de Langerhans del páncreas secretan y liberan:**
  1. Colecistoquinina.
  2. Insulina y glucagón.
  3. Vasopresina.
  4. Adrenalina y noradrenalina.
  5. Prolactina.
  
4. **Con respecto al Sistema Nervioso Simpático o SNS, señala la alternativa INCORRECTA:**
  1. Interviene en la respuesta de estrés, definida como “lucha o huida”.
  2. Aumenta la presión arterial y la frecuencia cardíaca.
  3. Dilata los bronquios.
  4. Aumenta la actividad de las glándulas sudoríparas.
  5. Estimula la motilidad gastrointestinal.
  
5. **La exposición a andrógenos en un período sensible o crítico, al inicio del desarrollo, provoca masculinización de los órganos sexuales y del comportamiento. Este efecto ha recibido el nombre de:**
  1. Efecto motivacional.
  2. Efecto de las feromonas.
  3. Efecto activador.
  4. Efecto organizador.
  5. Efecto biológico.
  
6. **Cuando las conductas aprendidas por repetición, como por ejemplo ir en coche, se vuelven automáticas y rutinarias, pasan a estar controladas por:**
  1. La corteza motora primaria.
  2. La corteza prefrontal.
  3. Los ganglios o núcleos basales.
  4. El núcleo central de la amígdala.
  5. El hipocampo.
  
7. **Los ovillos neurofibrilares son estructuras anómalas que se observan en pacientes de alzheimer y que constan de:**
  1. Neuronas en proceso de extinción por acumulaciones de filamentos entrelazados de proteína tau que alteran el transporte de sustancias, en el citoplasma.
  2. Depósitos extracelulares que contienen un núcleo de proteína beta-amilácea rodeada de axones y dendritas en degeneración.
  3. Proteínas que sirven para facilitar la producción y transporte de un factor neurotrópico cerebral.
  4. Acumulación de astrocitos y microglíocitos con la capacidad de reaccionar ante agentes patógenos externos.
  5. Proteínas producidas por un gen defectuoso que aumenta la probabilidad de la enfermedad de Parkinson.
  
8. **En torno al año y medio de edad, durante el período sensoriomotor, el niño se entrega a “experimentos” para descubrir nuevas propiedades de los objetos (tira las cosas para observar el movimiento de caída, por ejemplo). A este tipo de conductas repetidas se les denomina:**
  1. Esquemas de segundo orden.
  2. Estructuras circulares de experimentación.
  3. Reacciones circulares secundarias.
  4. Reacciones circulares terciarias.
  5. Esquemas de acción.
  
9. **En el período preoperatorio (2-6 años) el niño suele pensar que las cosas de la naturaleza (ríos, montañas, etc.) han sido construidas por el ser humano. Esta característica se denomina:**
  1. Animismo.
  2. Realismo.
  3. Artificialismo.
  4. Utilitarismo.
  5. Error preoperatorio.
  
10. **El patrón de apego que se observa de manera más frecuente en los niños es:**
  1. Apego ansioso.
  2. Apego ansioso evitativo.
  3. Apego ambivalente.
  4. Apego seguro.
  5. Desapego.

11. **Desde la epistemología de Piaget, los individuos son capaces de construir nuevos esquemas porque han heredado dos funciones intelectuales que son:**
1. Refuerzo y castigo.
  2. Organización y adaptación.
  3. Asimilación y acomodación.
  4. Autorregulación y asimilación.
  5. Reacción circular primaria y secundaria.
12. **Si no consigo aprenderme mi nuevo número de teléfono ya que siempre me aparecen los tres primeros dígitos del antiguo, ¿cómo se denomina ese tipo de interferencia?**
1. Proactiva.
  2. Retroactiva.
  3. Coactiva.
  4. Reactiva.
  5. Protoactiva.
13. **¿Cuáles son las características que favorecen la motivación intrínseca?**
1. Autodeterminación y competencia.
  2. Condescendencia y complejidad.
  3. Rutina y condescendencia.
  4. Novedad e imprevisibilidad.
  5. Sencillez y recompensa.
14. **¿Cuáles son las atribuciones al fracaso que más posibilidades tienen de producir indefensión?**
1. Las atribuciones internas, inestables y generales.
  2. Las atribuciones internas, estables y específicas.
  3. Las atribuciones externas, estables y generales.
  4. Las atribuciones internas, estables y generales.
  5. Las atribuciones externas, estables y específicas.
15. **¿Qué tipo de memoria podemos utilizar para planificar lo que tenemos que hacer para llegar a tiempo a una cita el próximo martes?**
1. Memoria prospectiva.
  2. Memoria autobiográfica.
  3. Memoria episódica.
  4. Memoria semántica.
  5. Memoria procedimental.
16. **¿A qué se denomina “Coste oculto” de la recompensa?**
1. A que no se conoce el valor real que tiene la recompensa o refuerzo.
  2. A la reducción de la conducta motivada intrínsecamente, que puede darse si se proporciona una recompensa externa.
3. Al hecho de que la conducta motivada intrínsecamente no precisa de recompensa externa para llevarse a cabo.
4. A no fijar de antemano el valor de la recompensa por realizar una tarea.
5. A un castigo asociado intrínsecamente a una recompensa.
17. **¿Cuál de las siguientes emociones facilita más intensamente las conductas de escape?**
1. Tristeza.
  2. Ira.
  3. Asco.
  4. Culpa.
  5. Rabia.
18. **La cantidad mínima de estimulación auditiva necesaria para comenzar a identificar la letra de un tema musical constituye un umbral:**
1. Absoluto.
  2. Subliminal.
  3. Diferencial.
  4. Relativo.
  5. Musical.
19. **¿Qué tipo de aprendizaje se manifiesta sin que exista un refuerzo obvio?**
1. Aprendizaje latente.
  2. Aprendizaje vicario.
  3. Aprendizaje por insight.
  4. Aprendizaje instrumental.
  5. Ninguno.
20. **Si le propongo a un amigo que resuelva un problema como el de la torre de Hanoi, estaré proponiéndole un problema de:**
1. Transformación.
  2. Inducción de estructuras.
  3. Ordenación.
  4. Relaciones sociales.
  5. Analogías complejas.
21. **¿Qué trastorno del sueño con inicio en la infancia y adolescencia presenta menor incidencia familiar?**
1. Síndrome de Kleine-Levin.
  2. Narcolepsia.
  3. Trastorno del ritmo circadiano, tipo sueño retrasado.
  4. Terrores nocturnos.
  5. Sonambulismo.
22. **¿Qué característica o dimensión de la atención es más relevante cuando el niño busca una pintura de color rojo en su estuche escolar lleno de pinturas de otros colores?**
1. Orientación.

2. Flexibilidad.
  3. Concentración.
  4. Alerta.
  5. Persistencia.
23. **¿Cuál de los siguientes NO es un componente del entrenamiento en cama seca para la enuresis?**
1. La utilización de la alarma.
  2. La práctica positiva.
  3. El despertar programado.
  4. El reforzamiento positivo.
  5. Los ejercicios esfintéricos.
24. **Según la teoría de Rehm, ¿qué fallo del proceso de autocontrol explica en mayor medida la visión pesimista de la vida en la depresión adolescente?**
1. La atención selectiva a las consecuencias inmediatas.
  2. El establecimiento de metas poco realistas.
  3. Las atribuciones erróneas.
  4. El autorreforzamiento deficitario.
  5. El castigo excesivo.
25. **¿Qué grado de discapacidad mental corresponde a un cociente intelectual de treinta y seis?**
1. Discapacidad mental límite.
  2. Discapacidad mental leve.
  3. Discapacidad mental moderada.
  4. Discapacidad mental grave.
  5. Discapacidad mental profunda.
26. **¿En qué fases del sueño se producen los episodios enuréticos?**
1. En las fases de sueño ligero.
  2. En las fases de sueño profundo.
  3. En las fases de sueño paradójico.
  4. En las fases de ensoñación.
  5. Indistintamente en cualquier fase del sueño.
27. **¿Con qué teoría explicativa de las fobias infantiles se relaciona más estrechamente el efecto Napalkov?**
1. La teoría de los dos factores de Mowrer.
  2. La teoría de la incubación de Eysenck.
  3. La teoría del aprendizaje social de Bandura.
  4. La teoría bioinformacional de la emoción de Lang.
  5. La teoría de la sensibilidad a la ansiedad de Reiss.
28. **El martes después de cenar un niño de ocho años pide permiso para jugar con la videoconsola, pero los padres se niegan porque es tarde y debe acostarse para ir al colegio al día siguiente. El niño empieza a dar la murga hasta conseguir que los padres cedan. Según el planteamiento teórico del proceso de coacción familiar de Paterson, ¿qué le sucede a la conducta de ceder de los padres?**
1. Se castiga positivamente.
  2. Se castiga negativamente.
  3. Se extingue.
  4. Se refuerza positivamente.
  5. Se refuerza negativamente.
29. **¿Qué déficit mineral especialmente se ha observado en casos de pica?**
1. Déficit de calcio.
  2. Déficit de cinc.
  3. Déficit de plomo.
  4. Déficit de potasio.
  5. Déficit de sodio.
30. **¿En qué tipo de tareas se manifiestan especialmente los problemas atencionales característicos del trastorno por déficit de atención con hiperactividad?**
1. Tareas simples, novedosas y de focalización.
  2. Tareas complejas, novedosas y de capacidad.
  3. Tareas simples, rutinarias y de selección.
  4. Tareas complejas, novedosas y de organización.
  5. Tareas complejas, rutinarias y de vigilancia.
31. **Un adolescente con trastorno obsesivo-compulsivo telefona al Servicio Médico de Información Toxicológica para preguntar si puede utilizar sin peligro un insecticida para cucarachas. ¿Cómo se denomina esta conducta de escape?**
1. Averiguación.
  2. Racionalización.
  3. Reaseguración.
  4. Ritualización.
  5. Comprobación.
32. **¿Qué pruebas de la Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños-Revisada (WISC-R) componen el “factor libre de distractibilidad”, en el que rinden peor los niños con trastorno por déficit atencional con hiperactividad?**
1. Comprensión, Cubos y Claves.
  2. Aritmética, Historietas y Rompecabezas.
  3. Semejanzas, Dígitos y Figuras Incompletas.
  4. Aritmética, Dígitos y Claves.
  5. Información, Aritmética y Laberintos.
33. **¿Qué autor propone que la estructura y funciones de la personalidad se organizan en tres niveles: rasgos disposicionales, intereses o preocupaciones personales e historia de vida?**
1. Pelechano.
  2. Cantor.
  3. Costa.

4. McAdams.  
5. Pervin.
34. **¿A qué variable de personalidad alude la definición “tendencia a experimentar emociones negativas junto con una elevada inhibición social”?**
1. Depresión.
  2. Personalidad Tipo D.
  3. Indefensión.
  4. Patrón de conducta Tipo A.
  5. Hostilidad.
35. **Según la teoría del aprendizaje social de J.B. Rotter, tanto las expectativas generales como las específicas son:**
1. Metas u objetivos.
  2. Predisposiciones innatas.
  3. Juicios o creencias.
  4. Probabilidades objetivas.
  5. Incentivos o reforzadores.
36. **¿A qué dimensión (factor) del NEO-PI-R corresponden las facetas de “sentimientos, ideas y valores”?**
1. Neuroticismo.
  2. Apertura a la experiencia.
  3. Amabilidad.
  4. Responsabilidad.
  5. Extraversión.
37. **¿Qué constructo hace referencia al grado en que las personas son capaces de expresar compromiso, control y desafío en sus acciones, pensamientos y sentimientos?**
1. Estrategias de afrontamiento.
  2. Personalidad resistente.
  3. Bienestar subjetivo.
  4. Patrón de conducta Tipo A.
  5. Extraversión.
38. **¿Qué autor ha hipotetizado que “el hecho de enfrentarse activamente a experiencias preocupantes, mediante el diálogo o la escritura, permitiría reducir los efectos negativos de la inhibición de la emoción”?**
1. Friedman.
  2. Pennebaker.
  3. Pervin.
  4. Costa.
  5. Kobasa.
39. **¿En qué Tipo (nivel 4) de Eysenck se incluyen los rasgos (nivel 3) “agresivo, frío, egocéntrico, impersonal e impulsivo”?**
1. Extraversión.
  2. Neuroticismo.
  3. Estabilidad.
4. Introversión.  
5. Psicoticismo.
40. **El modelo de autocomplejidad de P. Linville, propone la “hipótesis del extremismo efectivo” por el que:**
1. Las personas con alta autocomplejidad del yo (muchos yoes y muy diferenciados) tendrán más problemas de ajuste psicológico.
  2. Una mayor autocomplejidad se relaciona con más fluctuaciones en el estado de ánimo de las personas.
  3. Las personas con un número mayor de yoes sentirán más intensamente los acontecimientos negativos.
  4. Una baja autocomplejidad (pocos yoes y poco diferenciados) se relaciona con más fluctuaciones en el estado de ánimo.
  5. Las personas con alta autocomplejidad experimentarán más malestar en situaciones negativas y más bienestar en situaciones positivas.
41. **El Life Orientation Test (LOT desarrollado por Scheier y Carver en 1985) es un test que mide:**
1. Expectativas generales relacionadas con el optimismo.
  2. Bienestar psicológico a lo largo del ciclo vital.
  3. Estilos de afrontamiento emocionales.
  4. Orientación y preferencias sexuales.
  5. Emociones positivas y felicidad.
42. **En el marco de la Teoría de la Autodiscrepancia (E.T. Higgins), a los aspectos del yo que contienen información sobre las aspiraciones, metas, expectativas o deseos, se les denomina:**
1. Yo Real.
  2. Yo Ideal.
  3. Yo Debería.
  4. Autoconcepto.
  5. Ego.
43. **¿Qué autor propone un modelo de personalidad con dimensiones de temperamento y de carácter?:**
1. H.J. Eysenck.
  2. J.A. Gray.
  3. P.T. Costa y R.R. McCrae.
  4. C.R. Cloninger.
  5. G. Kelly.
44. **Los Cinco Grandes son dimensiones del funcionamiento personal que se han obtenido del análisis de:**
1. La conducta registrada en el laboratorio.
  2. Los polimorfismos genéticos del individuo.
  3. El lenguaje común presente en el diccionario.
  4. La observación en el contexto clínico.
  5. El funcionamiento eléctrico del Sistema Ner-

vioso.

**45. Para R.B. Cattell, los datos T corresponderían a la información recogida a través de:**

1. Autoinformes.
2. Escalas de evaluación de terceros.
3. Tests objetivos.
4. Un cuestionario como el 16PF.
5. La técnica de rejilla.

**46. Teniendo en cuenta las relaciones entre la teoría de los cuatro temperamentos y el modelo de personalidad de H.J. Eysenck, un temperamento colérico corresponderá a una persona:**

1. Introversa y Estable Emocional.
2. Apática y Estable Emocional.
3. Introversa e Inestable Emocional.
4. Extroversa e Inestable Emocional.
5. Introversa y Ansiosa.

**47. ¿Quién fue el primer autor al que se le atribuye el planteamiento de “Batería de pruebas” para la Evaluación psicológica?:**

1. Mckeen Cattell.
2. Francis Galton.
3. Alfred Galton.
4. Alfred Binet.
5. Theodore Spearman.
6. Hans J. Eysenck

**48. ¿Qué características definen la aplicación y corrección de las Escalas de Inteligencia de Wechsler?**

1. Primero se aplican todos los tests verbales y luego todos los manipulativos.
2. Se deben aplicar todos los ítems, con independencia de la edad del niño.
3. En las pruebas no se utiliza el cronómetro.
4. Las puntuaciones típicas obtenidas en cada test tienen una media=100 y una desviación típica =15.
5. En niños más pequeños la velocidad pesa más que el acierto en la ejecución.

**49. ¿Qué características aumentan la fiabilidad de la evaluación psicofisiológica?**

1. La ley de los valores iniciales.
2. El balance autonómico y homeostasis.
3. La latencia y duración de las respuestas.
4. El control de artefactos ambientales y del organismo.
5. La reactividad.

**50. ¿Qué caracteriza a las técnicas objetivas de evaluación psicofisiológica?**

1. Son pruebas con una elevada validez ecológica.

2. Los factores ambientales (p.e. luz, temperatura) pueden afectar a la fiabilidad del registro.
3. Los sujetos ansiosos suelen tener un mismo nivel de activación que los no ansiosos.
4. Los sujetos con distintos trastornos de ansiedad suelen tener similares patrones de activación a nivel basal.
5. Los sujetos con distintos trastornos de ansiedad suelen tener similares respuestas ante diferentes estímulos.

**51. La *Reactividad* es considerada como una fuente de error al utilizar la Observación como método de obtención de información ¿de dónde procede?**

1. Del contexto en el que se genera la Observación.
2. Del sujeto observado.
3. Del procedimiento elegido.
4. Del observador.
5. Del tipo de instrumento elegido.

**52. El *Informe psicológico* debe tener la posibilidad de:**

1. Ser redactado como el formato de una entrevista estructurada.
2. Utilizar cualquier prueba psicológica aunque no se encuentren adaptadas y baremadas en nuestro país.
3. Ser replicado o contrastado.
4. Ser vinculante para el Juez (en caso de Informe judicial).
5. Ser impersonalizado.

**53. El informe de tipo verbal puede ser también considerado como:**

1. El Efecto Barnum.
2. Una entrevista de Devolución.
3. Una entrevista estructurada.
4. Como un simple recuento de los datos obtenidos de las pruebas.
5. Nunca es aconsejable un informe de este tipo.

**54. Siguiendo la clasificación de Pervin (1979) y Campbell (1953-1957) sobre los Métodos de recogida de información, señale una de las técnicas representativa de la metodología psicométrica:**

1. La Escala de Inteligencia de Wechsler.
2. Frases incompletas, de Kelly y Fisher.
3. Test de Apercepción Temática, de Murray.
4. Test de Constructos personales, de Kelly (1955).
5. Los autorregistros.

**55. ¿En qué tipo de técnica puede ser encuadrado el Cuestionario Multifásico de Evaluación de la Personalidad de Minnesota?**

1. De Autoinforme.
  2. Técnicas Escalares.
  3. Como una técnica de Autorregistro.
  4. Dentro de las técnicas Proyectivas.
  5. De Constructos personales.
56. **¿En qué tipo de puntuaciones se encuentra baremado el Cuestionario Multifásico de Evaluación de la Personalidad de Minnesota para que nos pueda permitir elaborar un juicio diagnóstico?**
1. En puntuaciones Tasa Base (TB).
  2. En Puntuaciones Estándar (S).
  3. En puntuaciones percentiles.
  4. En puntuaciones directas.
  5. En puntuaciones típicas "T".
57. **¿De qué modelo de la Evaluación psicológica son propias la Técnica de Rejilla y otras apropiadas para evaluar los significados del sujeto?**
1. Modelo Constructivista o Construcccionista.
  2. Modelo Conductual.
  3. Modelo Clínico-dinámico, perspectiva Médico-psiquiátrica.
  4. Modelo Correlacional.
  5. Modelo Clínico-dinámico, perspectiva Psicoanalítica.
58. **¿Qué modelo de Evaluación psicológica contempla conjuntamente los objetivos básicos de: Descripción, Clasificación, Comparación y Predicción?**
1. Modelo Clínico-dinámico, perspectiva médico-psiquiátrica.
  2. Modelo Humanista.
  3. Modelo Clínico-dinámico, perspectiva Psicoanalítica.
  4. Modelo Conductual.
  5. Modelo Psicométrico, Correlacional o del Atributo.
59. **¿Cuál es el modelo de Evaluación psicológica cuyo supuesto básico es que la conducta anormal está asociada a factores endógenos o internos, ya sean biológicos o intrapsíquicos, cuyo objeto de estudio es el síntoma, que nos va a permitir construir síndromes y posteriormente poder aplicar un tratamiento?**
1. El modelo Conductual.
  2. El modelo del Atributo.
  3. El modelo Clínico-dinámico, perspectiva Psicoanalítica.
  4. El modelo Clínico-dinámico, perspectiva Médico-Psiquiátrica.
  5. El modelo Constructivista.
60. **En la historia de la Evaluación Psicológica, la Fisiognomía aristotélica deja sentir su influencia en los trabajos posteriores de los autores:**
1. Krestschmer y Sheldon.
  2. Binet y Simon.
  3. Descartes.
  4. Juan Huarte de S. Juan.
  5. Hermann Rorschach.
61. **¿Qué afirmación es correcta respecto a las técnicas objetivas en evaluación psicológica?**
1. El Electroencefalógrafo permite recoger respuestas del sistema nervioso somático.
  2. El aparato de precisión manual de Purdue permite recoger respuestas del sistema nervioso central.
  3. La mayor parte de las respuestas que miden estas técnicas son fácilmente controlables por el evaluado.
  4. La administración, registro y puntuación suele realizarse mediante aparatos.
  5. El polígrafo permite recoger respuestas cognitivas.
62. **¿Cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA respecto a las técnicas subjetivas?**
1. La evaluación, potencia y actividad son dimensiones características de la técnica de la rejilla.
  2. En el Diferencial Semántico los constructos o adjetivos son elegidos por el evaluado.
  3. Es posible obtener "constructos dilemáticos" con el diferencial semántico.
  4. Es posible obtener "dilemas implicativos" con la técnica de la rejilla interpersonal.
  5. Con el Diferencial semántico se obtienen índices cognitivos.
63. **Para evaluar el desarrollo social en la infancia y adolescencia, ¿qué factores influyen en la selección de los procedimientos idóneos?**
1. La disponibilidad de instrumentos que permitan la obtención de medidas válidas y fiables en esta área.
  2. La edad del niño y de sus habilidades de expresión lingüística.
  3. La naturaleza de la conducta o habilidad a evaluar, nivel de desarrollo y la forma de manifestación de la conducta, individual o en grupo.
  4. Las habilidades y experiencia del evaluador con los procedimientos y las técnicas de evaluación empleadas habitualmente en esta área.
  5. El acceso a pruebas estandarizadas según edad, sexo y por condiciones especiales.
64. **¿Respecto a qué problemas psicológicos son más elevadas las correlaciones entre los distintos informantes consultados en evaluación infantil?**
1. Problemas interiorizados.
  2. Problemas de conducta.

3. Problemas de personalidad.
  4. Problemas de socialización.
  5. En relación al inicio temporal e intensidad de los problemas informados.
- 65. ¿Cuáles de las siguientes pruebas se encuadra dentro de los Test de factor G?**
1. El test de habilidades mentales primarias (PMA).
  2. El test de matrices progresivas (Raven).
  3. La batería de aptitudes diferenciales (DAT).
  4. Las escalas McCarthy (MSCA).
  5. Las escalas Bayley de desarrollo infantil.
- 66. ¿Qué ventajas tienen los inventarios empleados habitualmente en evaluación infantil?**
1. Proporcionan puntuaciones estandarizadas y reducen los costes de evaluación.
  2. Facilitan la obtención de información detallada sobre el problema.
  3. Proporcionan eneatisos.
  4. Permiten recabar información de distintas áreas relacionadas con el problema actual.
  5. Pueden ser aplicados tanto a los adultos como a los niños.
- 67. ¿Qué aspecto/s caracteriza/n la evaluación de los problemas infantiles en comparación con la evaluación de adultos?**
1. Emplear técnicas e instrumentos con garantías psicométricas de fiabilidad y validez.
  2. Utilizar especialmente observación, enfatizar las conductas manifiestas y subrayar los determinantes externos de las mismas.
  3. Posibilitar la planificación del tratamiento posterior.
  4. Asegurar la confidencialidad de la información obtenida.
  5. Efectuar la evaluación a través de la aplicación de distintas técnicas e instrumentos.
- 68. ¿Qué estrategias de muestreo podemos utilizar cuando llevamos a cabo una observación?**
1. La de “intervalo total”, que implica que no se registra la conducta si no se produce en el total del intervalo fijado.
  2. La de “intervalo parcial”, que implica que no se registra la conducta si no se produce en el total de intervalo fijado.
  3. La de “muestras momentáneas”, que implica que no se registra la conducta si no se produce en el total del intervalo fijado.
  4. La de “intervalo substractivo”, que implica que el observador anota toda conducta que ocurre en una fracción del intervalo de observación.
  5. La de “intervalo parcial”, que implica que tan sólo se registran conductas que aparecen en un momento predeterminado del intervalo de ob-
- servación.
- 69. La Tendencia de respuesta es una importante fuente de error que merman la calidad de:**
1. Las técnicas Proyectivas.
  2. La Entrevista semiestructurada.
  3. La metodología de la Observación.
  4. Los Autoinformes.
  5. Las Técnicas Objetivas.
- 70. ¿Qué actitud debe mostrar el evaluador en la primera entrevista?**
1. Debe comenzar utilizando preguntas cerradas.
  2. Debe utilizar preguntas que vayan de lo particular a lo general.
  3. Debe cuidar los aspectos verbales (intensidad, tono, etc.) para propiciar la comunicación.
  4. No debe centrarse en el problema o problemas por el que se consulta.
  5. Debe interrumpir al entrevistado y limitar sus interacciones.
- 71. Atendiendo a la finalidad de la entrevista ¿cuál sería la respuesta CORRECTA?**
1. La entrevista diagnóstica tiene como objetivo prioritario orientar.
  2. La entrevista de investigación tiene como objetivo prioritario operar un cambio.
  3. La entrevista terapéutica tiene como objetivo prioritario establecer un diagnóstico.
  4. La entrevista de orientación vocacional tiene como objetivo prioritario asesorar sobre estudios o profesiones futuras.
  5. La entrevista consultiva tiene como objetivo prioritario investigar sobre la propia técnica de evaluación.
- 72. ¿Qué criterios de calidad debe cumplir un instrumento de evaluación psicológica?**
1. Validez, o grado en que las puntuaciones de una prueba están libres de error de medida.
  2. Fiabilidad, o grado en que las puntuaciones de una prueba están libres de error de medida.
  3. Tener un coeficiente de consistencia interna por encima de 0,40.
  4. Contar con una baja proporción de la varianza observada explicada por la varianza real.
  5. Incluir una elevada varianza de error.
- 73. ¿Qué caracteriza a las técnicas proyectivas?**
1. La escasa ambigüedad del estímulo.
  2. El formato de respuesta cerrada.
  3. El tratarse de técnicas objetivas de evaluación.
  4. Que el análisis de sus respuestas es fundamentalmente cuantitativo.
  5. Que son técnicas “enmascaradas” de evaluación.



74. **Dentro de la Evaluación psicológica, los *Auto-registros*, como estrategia para obtener información, ¿cómo pueden ser considerados?**
1. Como un tipo de técnica Experimental.
  2. Como un tipo de Autoinformes.
  3. Como una modalidad de las técnicas objetivas.
  4. Como una técnica Observacional.
  5. Como una modalidad del Diferencial Semántico de Osgood.
75. **¿Qué característica es cierta con respecto a los test referidos al criterio?**
1. La finalidad es describir al sujeto en el continuo de algún rasgo.
  2. El objetivo es maximizar las diferencias individuales.
  3. Las puntuaciones obtenidas sólo tienen significado en relación a los resultados del grupo normativo.
  4. Permiten interpretar las puntuaciones en sentido absoluto, sin referencia a ningún grupo.
  5. Los ítems suelen derivarse de alguna teoría de rasgos.
76. **¿Cuál de los siguientes métodos de cálculo de la fiabilidad no puede llevarse a cabo con una sola aplicación del test?**
1. Coeficiente Alfa de Cronbach.
  2. Guttman-Flanagan.
  3. Rulon.
  4. Método de las formas paralelas.
  5. Método de las dos mitades.
77. **En una distribución de frecuencias, ¿cómo denominamos al número de veces que se repite en la muestra un determinado valor de la variable o cualquier otro valor inferior?**
1. Proporción.
  2. Frecuencia absoluta acumulada.
  3. Porcentaje acumulado.
  4. Frecuencia absoluta.
  5. Frecuencia relativa acumulada.
78. **¿Cuál de estas igualdades es INCORRECTA?**
1. Decil 1=Centil 10.
  2. Cuartil 1=Percentil 25.
  3. Cuartil 2=Centil 20.
  4. Decil 5=Mediana.
  5. Cuartil 3=Centil 75.
79. **Si obtuviéramos un Coeficiente de Correlación de Pearson de  $r=0.60$  para dos variables “x” e “y” ¿Cuál de estas conclusiones podríamos establecer?**
1. Existe una relación causal entre ambas variables de manera que incrementar los valores de la variable “x” en la muestra daría lugar a un incremento de los valores de “y”.
  2. Existe una relación causal entre ambas variables de manera que incrementar los valores de la variable “y” en la muestra daría lugar a un incremento de los valores de “x”.
  3. El grado de asociación lineal entre ambas variables es del 60 por ciento.
  4. Se trata de una correlación lineal con un valor medio, independientemente de la naturaleza de las variables.
  5. Existe un patrón de covariación lineal positiva entre ambas variables.
80. **¿Cuál es el modelo de muestreo cuyo principio es acceder directamente a las aglomeraciones naturales de unidades en la población? (obreros en fábricas, estudiantes en universidades...):**
1. Muestreo estratificado.
  2. Muestreo aleatorio simple.
  3. Muestreo de conglomerados.
  4. Muestreo sistemático.
  5. Muestreo en el tiempo.
81. **¿Cuál de estas representaciones gráficas emplearía para examinar la relación entre dos o más variables cuantitativas?**
1. Diagrama de sectores.
  2. Gráfico de dispersión.
  3. Histograma.
  4. Gráfico de cajas.
  5. Diagrama de barras.
82. **¿Cuál de las siguientes técnicas de análisis multivariado analiza la covariación presentada por un conjunto de variables métricas, susceptibles de ser sintetizadas en un conjunto de factores comunes que subyacen tras ellas?**
1. Análisis discriminante múltiple.
  2. Regresión lineal múltiple.
  3. Análisis multivariable de la varianza.
  4. Análisis factorial.
  5. Análisis de ecuaciones estructurales.
83. **¿A qué tipo de validez hace referencia el grado de confianza con el que puede inferirse que las relaciones de causa-efecto entre las variables de una investigación son interpretables en el sentido sugerido por el investigador?**
1. Validez interna.
  2. Validez externa.
  3. Validez discriminante.
  4. Validez ecológica.
  5. Validez de constructo.
84. **Los diseños de cuadrado latino son un tipo de:**
1. Diseños aleatorios.
  2. Diseños de bloques.
  3. Diseños intra-sujetos.

4. Diseños mixtos.
  5. Diseños unifactoriales.
85. **¿Qué tipo de formato tiene este ítem?**  
**El alcohol es bueno tomado con moderación**
- **Totalmente en desacuerdo.**
  - **En desacuerdo.**
  - **Me es indiferente.**
  - **De acuerdo.**
  - **Totalmente de acuerdo. :**
1. Escala de clasificación.
  2. Formato “cloze”.
  3. Emparejamiento.
  4. Elección múltiple.
  5. Listado.
86. **En un diseño cuasiexperimental:**
1. No hay una intervención específica del investigador sobre la variable independiente o tratamiento.
  2. Se estudia la conducta espontánea en situaciones naturales.
  3. Constituye el grado máximo de intervención y control interno.
  4. Los grupos de estudio no se pueden organizar por asignación aleatoria.
  5. Representa el grado máximo de naturalidad y el mínimo control interno.
87. **¿A qué conclusión se llega en la teoría de Asch sobre los efectos del contexto en la percepción social?**
1. Si un rasgo se define como central, será central en cualquier contexto.
  2. Los rasgos, periféricos o centrales, son independientes del contexto en el que aparezcan.
  3. Un mismo rasgo puede ser central en un contexto y periférico en otro.
  4. La impresión final es el resultado de la suma de cada uno de los rasgos por separado.
  5. La impresión final es el resultado de la media aritmética de los valores de cada uno de los rasgos por separado.
88. **En determinadas ocasiones, cuando nos formamos una impresión de los demás, nos influyen nuestras creencias acerca de los rasgos que van unidos en las personas. ¿Qué teorías ponen este hecho de relieve?**
1. Teorías Implícitas de la Personalidad.
  2. Teorías de las Inferencias Correspondientes.
  3. Teorías de la Integración de la Información.
  4. Teorías de los Rasgos Centrales.
  5. Teoría de la Identidad Social.
89. **¿Cómo se denomina la tendencia a pensar que los demás se comportan como uno mismo en una determinada situación?**
1. Selección perceptiva.
  2. Error último de atribución.
  3. Falso consenso.
  4. Error egocéntrico de atribución.
  5. Tendencias confirmatorias.
90. **Imagine que se encuentra en el supermercado con su vecina y observa que tiene un moratón en el ojo. ¿Qué heurístico estaría aplicando si sobrestima la posibilidad de que se deba a un problema de maltrato?**
1. Representatividad.
  2. Disponibilidad/ Accesibilidad.
  3. Simulación.
  4. Anclaje-Ajuste.
  5. Falso consenso.
91. **¿Qué teoría explicaría nuestra necesidad de reducir o eliminar el malestar psicológico producido cuando tenemos que elegir entre dos alternativas igualmente atractivas?**
1. Teoría Ingenua de la Acción.
  2. Teoría de la Disonancia Cognitiva.
  3. Teoría de la Comparación Social.
  4. Teoría de la Reactancia Psicológica.
  5. Teoría de la Respuesta Cognitiva.
92. **De acuerdo con la Teoría de la Acción Planificada de Ajzen, ¿cuál sería el determinante directo de la conducta?**
1. La intención.
  2. La definición de la situación.
  3. La definición del evento.
  4. La actitud hacia la conducta.
  5. El control conductual percibido.
93. **En relación con el proceso de formación de impresiones, ¿a qué hace referencia el fenómeno de la Defensa Perceptiva?**
1. Bajo umbral para percibir estímulos amenazadores.
  2. Bajo umbral de reconocimiento ante estímulos que satisfacen nuestras necesidades.
  3. Alto umbral para percibir estímulos amenazadores.
  4. Alto umbral de reconocimiento ante estímulos positivos.
  5. Bajo umbral para percibir tanto estímulos negativos como positivos.
94. **Señale la afirmación CORRECTA acerca del programa de tratamiento del trastorno negativista desafiante creado por Barkley:**
1. Su principal ámbito de aplicación es el aula.
  2. Hace un uso intensivo del modelado.
  3. Se trata de un programa de entrenamiento de padres.

4. La comorbilidad con el TDAH desaconseja la aplicación de este programa.
  5. Se compone de doce pasos.
- 95. ¿Para qué tipo de intervenciones en los problemas de conducta infantiles y juveniles ha servido como modelo conceptual la teoría de la coerción de Patterson?**
1. Para el entrenamiento de padres de niños con trastornos de conducta.
  2. Para las intervenciones rehabilitadoras de base cognitivo-conductual.
  3. Para las intervenciones llevadas a cabo en comunidades terapéuticas.
  4. Para los programas de derivación que intentan evitar los efectos estigmatizadores del etiquetado.
  5. Para las economías de fichas llevadas a cabo en prisiones y reformatorios.
- 96. ¿Para cuál de los siguientes problemas infantiles se ha demostrado la eficacia de la técnica del modelado simbólico?**
1. La depresión infantil.
  2. Los trastornos de conducta asociados al TDAH.
  3. El autismo.
  4. La timidez.
  5. El mutismo selectivo.
- 97. ¿En qué modelo se basan los programas de intervención empleados con más éxito en el tratamiento temprano del autismo infantil?**
1. En el análisis aplicado de la conducta.
  2. En el conductismo neomediacional.
  3. En la teoría del aprendizaje social.
  4. En el psicoanálisis lacaniano.
  5. En la teoría del apego.
- 98. ¿Qué técnica, fundamentada en la teoría del aprendizaje social, se considera bien establecida para el tratamiento de los miedos infantiles?**
1. La práctica reforzada.
  2. Las autoinstrucciones de valentía.
  3. El modelamiento.
  4. El modelado con participación.
  5. La exposición en vivo.
- 99. ¿Cuáles se consideran los componentes del procedimiento de inversión del hábito para el tratamiento de los tics?**
1. El autorregistro de los tics y la relajación.
  2. El autocontrol y el manejo de contingencias por parte de los padres.
  3. La exposición con prevención de respuesta y reestructuración cognitiva.
  4. El entrenamiento en aumentar la conciencia de ocurrencia de los tics y la práctica de una res-  
puesta competitiva.
- 100. ¿Cuál de las siguientes es una ventaja del método de la alarma para el tratamiento de la enuresis?**
1. Se conoce bien su mecanismo de acción.
  2. No requiere despertar al niño de forma programada a lo largo de la noche.
  3. Actúa de forma más rápida que la desmopresina.
  4. No requiere la ingesta extra de líquidos (sobreadrendizaje) como parte del protocolo de tratamiento.
  5. Actúa de forma más rápida que el entrenamiento en cama seca.
- 101. El programa de Deblinger y Heflin (1996) para el tratamiento de menores que han sufrido abuso sexual se fundamenta en diferentes módulos, entre los que se encuentra:**
1. El entrenamiento en habilidades de afrontamiento.
  2. Evitación activa de situaciones aversivas.
  3. Inundación.
  4. Evitación de conductas estereotipadas.
  5. Sobrecorrección.
- 102. El tratamiento de elección para el Trastorno por Estrés Postraumático en la infancia es:**
1. La reestructuración cognitiva.
  2. La exposición, tanto en imaginación como en vivo.
  3. No se ha demostrado ningún tratamiento más eficaz que el resto.
  4. Planificación de actividades agradables y entrenamiento en habilidades sociales.
  5. La técnica de relajación por sí sola, ha demostrado ser más eficaz que el resto.
- 103. ¿Con qué autor o autores se asocia La Entrevista Motivacional?**
1. Marlatt y Gordon.
  2. Hunt y Azrin.
  3. Carroll.
  4. Miller y Rollnick.
  5. Prochaska y Diclemente.
- 104. ¿Para qué tipo de adicción se ha demostrado ser un tratamiento bien establecido el programa de reforzamiento comunitario más terapia de incentivo?**
1. Alcohol.
  2. Cocaína.
  3. Heroína.
  4. Tabaco.
  5. Cannabis.

- 105. En el tratamiento de alcoholismo, ¿en qué se basa la Terapia de Exposición a pistas de la conducta de beber?**
1. En el Condicionamiento respondiente.
  2. En el Condicionamiento operante.
  3. En el Aprendizaje social.
  4. En la Saciación.
  5. En la Reatribución cognitiva.
- 106. Desde la perspectiva cognitivo comportamental, para el tratamiento del trastorno esquizotípico de la personalidad se recomienda:**
1. La terapia de exposición.
  2. Las técnicas operantes.
  3. La terapia interpersonal.
  4. El entrenamiento en mindfulness.
  5. El entrenamiento en habilidades sociales.
- 107. La terapia basada en la mentalización se centra en:**
1. El fomento de la flexibilización del patrón de funcionamiento desadaptativo.
  2. Las interpretaciones transferenciales que emergen en la relación entre paciente y terapeuta.
  3. La promoción de la motivación para relacionarse con los otros significativos y establecer límites seguros.
  4. La regulación de las emociones.
  5. La capacidad para adquirir un sentido de sí mismo y de los otros en términos de estados subjetivos y procesos mentales.
- 108. La terapia de esquemas de Young para los trastornos de personalidad deriva de:**
1. La terapia de aceptación y compromiso.
  2. La terapia racional emotiva.
  3. La terapia cognitiva de Beck.
  4. La terapia de valoración cognitiva.
  5. La terapia interpersonal.
- 109. Entre las estrategias de Regulación Emocional, ¿cuál de las siguientes sería una estrategia de aceptación dentro de las terapias cognitivo-conductuales?**
1. Distracción.
  2. Activación Conductual.
  3. Exposición con Prevención de Respuesta.
  4. Expresión Emocional Ajustada.
  5. Inhibición Emocional.
- 110. La terapia de Aceptación y Compromiso se estructura en torno a dos conceptos centrales, ¿cuáles son?**
1. La Evitación Experiencial y los Valores personales.
  2. La Aceptación y la Validación.
  3. La Activación y el Compromiso.
  4. La Evitación Experiencial y la Reestructuración Cognitiva.
  5. La Vulnerabilidad emocional y la defusión cognitiva.
- 111. Cuando el entrenamiento en autoinstrucciones se realiza en niños pequeños, ¿cuál de las siguientes indicaciones puede NO ayudar al éxito del entrenamiento?**
1. Comenzar el entrenamiento con actividades de juego.
  2. Trabajar con dos niños.
  3. Utilizar técnicas de imaginación.
  4. Potenciar que el niño memorice y utilice mecánicamente las autoinstrucciones.
  5. Combinar con técnicas de reforzamiento.
- 112. ¿Cuál es la última fase en el procedimiento básico del entrenamiento en autoinstrucciones de Meichenbaum?**
1. Autoinstrucciones enmascaradas (en voz baja).
  2. Modelado cognitivo.
  3. Autoinstrucciones encubiertas.
  4. Autoinstrucciones en voz alta.
  5. Modelado cognitivo participante.
- 113. ¿En qué fase de la terapia de resolución de problemas se utilizan los principios de cantidad, aplazamiento de juicio y variedad?**
1. Toma de decisiones.
  2. Orientación hacia el problema.
  3. Definición y formulación del problema.
  4. Generación de soluciones alternativas.
  5. Puesta en práctica y verificación de la solución.
- 114. Respecto a la técnica de moldeamiento, ¿cuál de las siguientes características es VERDADERA?**
1. Se requiere un ambiente estructurado.
  2. Se puede llevar a cabo hacia delante y hacia atrás.
  3. Implica la aplicación sucesiva del reforzamiento y la extinción.
  4. Las aproximaciones sucesivas forman parte necesariamente de la conducta final.
  5. La conducta meta puede ser simple o compleja.
- 115. Respecto a la utilización de la realidad virtual en exposición, ¿cuál es la respuesta correcta?**
1. Sustituye totalmente a la exposición real.
  2. Cualquier estímulo real puede programarse con exactitud de forma virtual.
  3. La realidad virtual permite que el terapeuta construya un entorno clínicamente significativo.

4. Los estudios indican mejores resultados frente a las técnicas imaginativas.
  5. Los pacientes no suelen presentar dificultades en el contexto virtual.
- 116. En la práctica de la relajación progresiva, ¿cuál de las siguientes indicaciones específicas es CORRECTA?**
1. El tiempo de duración de la tensión debe ser de unos 10 segundos.
  2. Si se olvida tensar o relajar algún músculo se aconseja volver a él.
  3. Al relajar hay que soltar el músculo poco a poco, no de repente.
  4. No se debe tensar con demasiada fuerza.
  5. La secuencia puede no ser la misma en todas las ocasiones.
- 117. Respecto a la prevención de recaídas en el trastorno depresivo mayor, los datos actuales indican que la terapia cognitiva de la depresión de Beck:**
1. Es un tratamiento eficaz.
  2. Es un tratamiento eficaz sólo si se aplica de forma combinada con medicación antidepressiva.
  3. Es un tratamiento menos eficaz que la medicación antidepressiva de continuación.
  4. Es un tratamiento que todavía no ha sido examinado en su eficacia en comparación con la medicación antidepressiva de continuación.
  5. Es eficaz para el tratamiento agudo del trastorno antidepressivo mayor, pero no para prevenir su recaída.
- 118. Actualmente, ¿cuál de los siguientes tratamientos conductuales es considerado un tratamiento eficaz para el trastorno depresivo mayor?**
1. La relajación aplicada.
  2. La terapia de solución de problemas.
  3. La inundación.
  4. La terapia interpersonal.
  5. La detención del pensamiento.
- 119. El “Curso para el afrontamiento de la depresión” (CAD) de Lewinsohn es un programa de tratamiento de la depresión:**
1. Específico para adolescentes.
  2. Diseñado con un programa educativo para ser realizado individualmente.
  3. Consistente en una modalidad de la terapia cognitiva de Beck para su aplicación en grupos.
  4. Dirigido a enseñar ciertas habilidades como, por ejemplo, el aumento de actividades agradables y las habilidades sociales.
  5. Altamente estructurado y breve, con una duración de solo 6 sesiones.
- 120. ¿En qué cuatro áreas problemáticas se centra la terapia interpersonal para la depresión?**
1. Las disputas interpersonales, las relaciones sexuales, los déficits interpersonales y las relaciones madre-hijo durante la infancia.
  2. Los déficits interpersonales, las relaciones madre-hijo durante la infancia, las relaciones sexuales y la transición de rol.
  3. El duelo, las disputas interpersonales, la transición de rol y los déficits interpersonales.
  4. Las relaciones sexuales, las relaciones madre-hijo durante la infancia, los problemas de pareja y los problemas familiares actuales.
  5. El duelo, las relaciones madre-hijo durante la infancia, las disputas interpersonales y las relaciones sexuales.
- 121. ¿Qué es la terapia interpersonal del ritmo social (o terapia interpersonal y del ritmo social)?**
1. Una adaptación de la terapia interpersonal al tratamiento del trastorno distímico.
  2. Una adaptación de la terapia interpersonal al tratamiento del trastorno depresivo mayor grave.
  3. Una terapia resultante de combinar la terapia interpersonal, la terapia de activación conductual y la terapia de solución de problemas sociales.
  4. Una adaptación de la terapia interpersonal para los pacientes con trastorno depresivo mayor que tienen problemas graves en sus relaciones sociales.
  5. Una adaptación de la terapia interpersonal al tratamiento del trastorno bipolar.
- 122. Señale la RESPUESTA INCORRECTA sobre el protocolo de tratamiento psicológico para la fobia social propuesto por D.M. Clark, A.Wells y colaboradores:**
1. Recurre con frecuencia a experimentos conductuales.
  2. Incluye el abandono de comportamientos de seguridad.
  3. Se aplica casi siempre en formato grupal.
  4. Utiliza técnicas para modificar la autoimagen distorsionada.
  5. Se instiga al paciente a que pregunte a otras personas sobre sus creencias.
- 123. La siguiente frase “No encuentro trabajo porque soy un desastre”, ¿de qué distorsión cognitiva es ejemplo?**
1. Etiquetado.
  2. Magnificación.
  3. Catastrofismo.
  4. Inferencia arbitraria.
  5. Personificación.
- 124. ¿Qué técnica cognitiva se utiliza en la terapia**

**Racional Emotiva Conductual para ayudar a las personas que tienen dificultades intelectuales?**

1. Reducción al absurdo.
2. Distracción cognitiva.
3. Entrenamiento en habilidades sociales.
4. Imaginación racional-emotiva.
5. Entrenamiento en autoinstrucciones.

**125. ¿Qué aspecto relacionado con el estilo terapéutico NO adoptaría un terapeuta en la terapia Racional Emotiva Conductual?**

1. Fomentar la catarsis.
2. Ser activo y directivo.
3. Ser verbalmente muy activo.
4. Ser didáctico.
5. Ser empático.

**126. Cuando la persona únicamente observa la conducta del modelo y aprende su conducta o pautas de acción, sin reproducirla durante la sesión de entrenamiento ¿qué tipo de modelado es?**

1. Modelado in vivo.
2. Modelado participante.
3. Modelado simbólico.
4. Modelado pasivo.
5. Modelado de autoinstrucciones.

**127. ¿Qué modelo de Terapia Familiar plantea que el cambio se produce cuando se reemplaza el juego familiar patológico por otro juego menos perjudicial?**

1. Terapia del grupo de Milán.
2. Terapia de MRI de Palo Alto.
3. Terapia centrada en soluciones.
4. Terapia estructural.
5. Terapia estratégica.

**128. ¿Para qué sirve la técnica de la flecha descendente en la terapia cognitiva de la depresión?**

1. Para identificar los supuestos y creencias (esquemas cognitivos) que subyacen tras los problemas depresivos del paciente.
2. Para programar un número cada vez mayor de actividades agradables.
3. Para identificar situaciones de alto riesgo de recaída.
4. Para poner nombre a las distorsiones cognitivas que comete el paciente.
5. Para establecer el orden del día o agenda de la sesión.

**129. ¿Qué aspecto en común tienen los tratamientos conductuales para el trastorno depresivo mayor?**

1. La utilización de técnicas de exposición a las situaciones estresantes.
2. El objetivo principal de modificar las creen-

cias y suposiciones desadaptativas que hacen a una persona vulnerable a la depresión.

3. Que son terapias no estructuradas y sin un número limitado de sesiones.
4. El objetivo principal de aumentar el refuerzo positivo que recibe la persona deprimida.
5. El objetivo principal de relacionar la depresión con situaciones interpersonales problemáticas.

**130. En el tratamiento del trastorno depresivo mayor, ¿qué ventajas tienen los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) en comparación a los antidepresivos tricíclicos?**

1. Son más eficaces.
2. Llevan utilizándose desde hace más tiempo, mientras que los antidepresivos tricíclicos son más modernos y no se conocen bien.
3. Presentan menos efectos secundarios.
4. Su eficacia ha sido probado en estudios controlados, mientras que los antidepresivos tricíclicos todavía no han sido evaluados en estudios controlados.
5. No tienen ninguna ventaja clara.

**131. Entre las diferencias en el tratamiento de los trastornos afectivos entre la terapia cognitiva de Beck y la terapia interpersonal, ¿cuál de las siguientes es CORRECTA?**

1. La terapia interpersonal ha sido aplicada al tratamiento del trastorno bipolar, pero la terapia cognitiva de Beck todavía no.
2. La terapia cognitiva de Beck es una terapia estructurada con un número breve de sesiones, mientras que la terapia interpersonal no.
3. La terapia cognitiva de Beck fue creada por un psiquiatra, mientras que la terapia interpersonal fue creada por un psicólogo.
4. La terapia interpersonal está basada en la noción de vínculo afectivo de la psicología evolutiva, mientras que la terapia cognitiva de Beck no.
5. La terapia cognitiva de Beck es uno de los tratamientos psicológicos que tienen bien establecida su eficacia en el trastorno depresivo mayor en adultos, mientras que la terapia interpersonal todavía no.

**132. ¿Cuál de las siguientes intervenciones NO forma parte del entrenamiento en hábitos defecatorios para el tratamiento de la encopresis?**

1. La utilización de enemas para conseguir la desimpactación inicial y prevenir el estreñimiento.
2. El establecimiento de un momento determinado del día para llevar a cabo la defecación de modo regular.
3. El castigo positivo contingente a la defecación en lugares no apropiados (ropa interior).
4. Proporcionar restricciones y recomendaciones dietéticas.

5. El refuerzo por mantener las ropas limpias al final del día.
- 133. En el tratamiento de la depresión, la terapia o entrenamiento en habilidades sociales se centra principalmente en mejorar clases o repertorios de conductas especialmente relevantes para los individuos deprimidos y entre los cuales está la aserción positiva. ¿A qué tipo de conductas se refiere la aserción positiva?**
1. Conductas que permiten a la persona defender sus derechos e intereses.
  2. Conductas de iniciar conversaciones, hacer preguntas y realizar autorrevelaciones apropiadas.
  3. Conductas relativas a la expresión de afecto, aprobación y alabanza hacia otras personas.
  4. Conductas para imponer los propios intereses por encima de los intereses de los demás.
  5. Conductas para autogenerarse emociones positivas cuando una persona está sola.
- 134. ¿Cuál es el objetivo del programa de tratamiento *Coping Cat* “El gato que se las arregla” de Kendall?**
1. La mejoría de las habilidades de solución de problemas interpersonales.
  2. La mejoría del estado de ánimo.
  3. La disminución de los síntomas de ansiedad.
  4. La disminución de las conductas impulsivas.
  5. El tratamiento de la fobia a animales.
- 135. ¿Para qué trastorno se emplea frecuentemente la técnica del desvanecimiento estimular?**
1. La enuresis.
  2. El mutismo selectivo.
  3. El asma infantil.
  4. El trastorno por estrés postraumático secundario a abuso sexual.
  5. La encopresis.
- 136. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones acerca de la técnica de las imágenes emotivas es FALSA?**
1. Es una variante de la desensibilización sistemática.
  2. Fue desarrollada para tratar las fobias de niños pequeños o con dificultades para relajarse.
  3. Es un programa multicomponente para el tratamiento de las fobias infantiles.
  4. Se suele inducir una respuesta inhibitoria a la ansiedad diferente a la relajación.
  5. Puede utilizarse para el tratamiento de los miedos médicos.
- 137. ¿Cuál de las siguientes alternativas es CORRECTA en relación al tratamiento del sonambulismo?**
1. Se recomienda la intervención temprana ya que es un trastorno que suele cronificarse.
  2. No requiere ninguna intervención ya que la seguridad del niño nunca corre peligro.
  3. Se ha empleado con éxito la técnica de los despertares programados.
  4. Se suele pedir al niño que dibuje los sueños que tiene durante los episodios para disminuir la angustia.
  5. No se debe intentar tranquilizar al niño y llevarle de vuelta a la cama por el peligro que supone que se despierten en ese estado.
- 138. ¿Cuál de las siguientes es una característica del tratamiento psicofarmacológico del TDAH?**
1. Para disminuir la inquietud motora se suelen emplear fármacos ansiolíticos.
  2. Entre sus posibles efectos secundarios se encuentran el empeoramiento de la conducta a última hora del día (efecto rebote) y la intensificación de tics ya existentes.
  3. El efecto del metilfenidato se mantiene a medio plazo una vez interrumpido el tratamiento.
  4. Puede mejorar la atención y disminuir la hiperactividad pero no es efectivo para manejar las conductas impulsivas.
  5. Cuando es efectivo en mejorar la atención y controlar la hiperactividad hace innecesaria la intervención psicológica.
- 139. Una de las técnicas más eficaces que se incluyen en los programas de intervención psicológica para la disfunción orgásmica femenina primaria es:**
1. La terapia de vacío.
  2. La exposición en imaginación.
  3. El entrenamiento del músculo pubocoxígeo.
  4. La desensibilización sistemática.
  5. La técnica de parada y arranque.
- 140. En la primera etapa del tratamiento cognitivo comportamental de Fairburn para la bulimia nerviosa uno de los objetivos es:**
1. Modificar los patrones de interacción social desadaptativos.
  2. Instaurar patrones de comunicación eficaces.
  3. Trabajar en la supresión del seguimiento de dietas.
  4. Modificar los patrones de funcionamiento familiar desadaptativos.
  5. Presentar el modelo que explica el mantenimiento del problema.
- 141. Uno de los objetivos bien establecidos del tratamiento de la anorexia nerviosa es:**
1. Sustituir la restricción alimentaria por ejercicio físico.
  2. Conseguir el apoyo familiar y proporcionar a la familia asesoramiento.
  3. Realizar intervenciones intensivas y breves.

4. Potenciar las estrategias de autoayuda desde el inicio del tratamiento.
  5. Separar al paciente de su entorno familiar mientras dura el tratamiento.
- 142. Existe consenso sobre que el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria debe tener un enfoque:**
1. Psicodinámico.
  2. De terapia familiar.
  3. Cognitivo.
  4. Multidisciplinar.
  5. Farmacológico.
- 143. ¿Cuál de los siguientes tratamientos NO ha mostrado ser efectivo en el tratamiento de la esquizofrenia?**
1. El tratamiento asertivo comunitario.
  2. Procedimientos de empleo protegido para la rehabilitación laboral.
  3. Los programas integrados de rehabilitación cognitiva.
  4. La intervención familiar psicoeducativa.
  5. La terapia psicoanalítica de tiempo limitado.
- 144. La evaluación del constructo de *emoción expresada* es especialmente significativa en el tratamiento de la esquizofrenia cuando se aplica la siguiente intervención:**
1. Cognitivo conductual de síntomas psicóticos.
  2. Entrenamiento en Habilidades Sociales.
  3. Intervención familiar.
  4. Rehabilitación cognitiva.
  5. Rehabilitación laboral.
- 145. En el tratamiento farmacológico de las alucinaciones y los delirios, ¿cuál es la respuesta correcta?**
1. Entre un 30-50% de personas con psicosis tratadas con antipsicóticos continúan presentando dificultades derivadas de los síntomas clínicos.
  2. Los antipsicóticos actúan sobre los síntomas positivos de la psicosis, pero principalmente eliminan los síntomas negativos.
  3. Los efectos secundarios extrapiramidales que provocan son intratables.
  4. Cuando un antipsicótico no mejora los síntomas, cambiar el tratamiento no es aconsejable.
  5. Es aconsejable no combinarlo con el tratamiento psicológico hasta que no hayan desaparecido los síntomas psicóticos.
- 146. ¿Qué clase de fármaco es la clozapina?**
1. Un ansiolítico.
  2. Un antidepresivo.
  3. Un antipsicótico.
  4. Una benzodiacepina.
  5. Un hipnótico.
- 147. ¿El objetivo de las técnicas de focalización para el tratamiento de las alucinaciones auditivas es?**
1. Que los pacientes se distraigan de las alucinaciones.
  2. Que los pacientes reatribuyan gradualmente el origen de las alucinaciones auditivas a sí mismos.
  3. Que los pacientes no atiendan a las voces.
  4. Que los pacientes con alucinaciones tomen la medicación.
  5. Que los pacientes no piensen en las alucinaciones.
- 148. En el ámbito de la esquizofrenia señale cuál de los módulos de habilidades sociales para vivir de forma independiente NO forma parte del programa desarrollado por Liberman y colaboradores:**
1. Módulo de reintegración en la comunidad.
  2. Módulo de control/manejo de abuso de sustancias (patología dual).
  3. Módulo de relaciones interpersonales e íntimas.
  4. Módulo de ocio y tiempo libre.
  5. Módulo de manejo de crisis.
- 149. Los tratamientos psicológicos en el trastorno bipolar comparten varios objetivos terapéuticos, entre los cuales NO está:**
1. Entrenar a los pacientes en la detección de los síntomas iniciales que preceden al trastorno.
  2. Sustituir la necesidad de un tratamiento farmacológico a largo plazo.
  3. Enseñar a los pacientes estrategias para afrontar los estímulos estresantes que pueden desencadenar o exacerbar los síntomas.
  4. Mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico.
  5. Proporcionar a los pacientes técnicas para el manejo de los síntomas iniciales evitando así que empeoren.
- 150. La fototerapia o terapia lumínica se utiliza para el tratamiento de:**
1. Crisis de pánico.
  2. Depresión mayor.
  3. Trastorno bipolar.
  4. Trastorno por estrés postraumático.
  5. Trastorno afectivo estacional.
- 151. Uno de los siguientes elementos de la terapia cognitivo-conductual para el trastorno de pánico (o trastorno de angustia) ha sido especialmente cuestionado y su utilidad se ha minimizado. Indique cuál:**
1. Exposición interoceptiva.



2. Educación.
  3. Exposición en vivo.
  4. Entrenamiento en respiración.
  5. Reestructuración cognitiva.
- 152. ¿Cuál de los siguientes fármacos ha mostrado en estudios controlados que puede aumentar la eficacia de la terapia de exposición en el tratamiento de las fobias específicas?**
1. Alprazolam.
  2. Quetiapina.
  3. D-cicloserina.
  4. Bupropion.
  5. Buspirona.
- 153. ¿En cuál de los siguientes trastornos de ansiedad se considera que no existe un tratamiento farmacológico de elección?**
1. Trastorno obsesivo-compulsivo.
  2. Trastorno de pánico (trastorno de angustia).
  3. Fobia social.
  4. Fobia específica.
  5. Trastorno de estrés postraumático.
- 154. La “práctica programada” es un tipo de intervención psicológica que se ha utilizado principalmente en:**
1. La agorafobia.
  2. El trastorno obsesivo-compulsivo.
  3. La anorexia nerviosa.
  4. La hipocondría.
  5. La fobia social.
- 155. El entrenamiento sistemático para la redirección de la atención a aspectos o estímulos externos positivos para contrarrestar el exceso de autoconciencia, forma parte de los protocolos de tratamiento psicológico especialmente para:**
1. El trastorno obsesivo-compulsivo.
  2. La agorafobia.
  3. El trastorno de angustia (trastorno de pánico).
  4. La fobia social.
  5. El trastorno del estrés postraumático.
- 156. El tratamiento psicológico del trastorno de ansiedad generalizada centrado en el abordaje de las creencias negativas sobre las preocupaciones (p.e., que las preocupaciones son incontrolables) y de las creencias positivas disfuncionales sobre la utilidad de preocuparse (p.e., que la preocupación mejora los resultados) se conoce como:**
1. Terapia de regulación de las emociones.
  2. Terapia metacognitiva.
  3. Terapia conductual basada en la aceptación.
  4. Terapia integradora.
  5. Terapia de conciencia somática.
- 157. ¿Cuál de los siguientes fármacos sería el más indicado inicialmente en un paciente con un trastorno obsesivo-compulsivo?**
1. Buspirona.
  2. Risperidona.
  3. Alprazolam.
  4. Clomipramina.
  5. Metilfenidato.
- 158. Las benzodiacepinas disminuyen la ansiedad debido a que funcionan como:**
1. Antagonistas de los receptores GABA.
  2. Agonistas de los receptores GABA.
  3. Antagonista de los receptores noradrenérgicos.
  4. Agonista de los receptores noradrenérgicos.
  5. Antagonistas de los receptores serotoninérgicos.
- 159. ¿Cuáles son los líderes de la Escuela Estructural/Estratégica de la Terapia Sistémica?**
1. O’Hanlon y Weiner-Davis.
  2. Haley y Minuchin.
  3. Weakland y Fisch.
  4. Keeney y Ross.
  5. Stierlin y Weber.
- 160. ¿Qué autor psicoanalítico trabajaba de una manera diferente a Freud, sentándose frente a frente, con sesiones de una vez por semana y su tratamiento rara vez excedía de un año?**
1. Alfred Adler.
  2. Carl Jung.
  3. M. Klein.
  4. A. Freud.
  5. J. Lacan.
- 161. ¿Cuál de los siguientes tratamientos psicofarmacológicos NO estaría indicado en el tratamiento a largo plazo de una persona con un diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada?**
1. Pregabalina.
  2. Venlafaxina.
  3. Escitalopram.
  4. Alprazolam.
  5. Duloxetina.
- 162. ¿Con qué autor se asocia el desarrollo y evaluación de la terapia cognitivo-conductual en grupo como tratamiento de referencia (*gold standard*) para la fobia social?**
1. Clark.
  2. Wells.
  3. Hayes.
  4. Beck.
  5. Heimberg.
- 163. ¿Cuál de las siguientes técnicas corresponde a una estrategia de *afrentamiento paliativo* en el**

**entrenamiento de inoculación de estrés?**

1. Relajación.
2. Toma de perspectiva.
3. Entrenamiento en habilidades sociales.
4. Reestructuración cognitiva.
5. Exposición en imaginación.

**164. La mejor estrategia para proporcionar información a los pacientes con cáncer es:**

1. No informarles para que el paciente no se desespere.
2. Darles toda la información posible para reducir al máximo la incertidumbre que la situación provoca.
3. Centrarse exclusivamente en proporcionar información relevante a los aspectos directamente vinculados con la enfermedad.
4. Adecuar la información a las demandas informativas de los pacientes.
5. Limitarse a ofrecer información a los familiares para que ellos la proporcionen en el momento adecuado al paciente.

**165. ¿Cuál de las siguientes alteraciones se encuentra dentro de las alteraciones de la conciencia corporal?**

1. Estado crepuscular.
2. Estado asténico-apático.
3. Disociación hipnótica.
4. Astereognosia.
5. Automatismo.

**166. La “visión en túnel” es un fenómeno que la psicología cognitiva atribuye al papel que cumple la atención como:**

1. Selección.
2. Activación.
3. Concentración.
4. Vigilancia.
5. Expectativa.

**167. En el funcionamiento de la atención en sujetos ansiosos, si lo comparamos con las personas no ansiosas, ¿qué se puede decir?**

1. Que existen diferencias en cuanto al contenido de la información a la que dirige la atención.
2. Que es un procesamiento en “espiral”.
3. Que no se cometen sesgos preatencionales.
4. Que mantienen una atención autofocalizada.
5. Que no presentan mayor selectividad atencional.

**168. ¿Cuál es el término más utilizado para designar el grado más intenso de distraibilidad y la ausencia completa de atención?**

1. Perplejidad atencional.
2. Indiferencia atencional.

3. Hiperprosexia.
4. Ausencia mental.
5. Aproxia.

**169. ¿Qué tipo de anomalías son la Micropsia y autometamorfopsia?**

1. Anomalías en la percepción de la cualidad.
2. Anomalías en la percepción del tamaño/forma.
3. Anomalías en la percepción de la intensidad.
4. Engaños perceptivos.
5. La misma distorsión perceptiva.

**170. ¿Qué tipo de imagen aparece cuando el individuo no fija su atención en ella y, por el contrario, desaparece cuando se concentra en la experiencia?**

1. Imágenes consecutivas.
2. Imágenes mnémicas.
3. Imágenes alucinoides.
4. Imágenes anómalas.
5. Imágenes parásitas.

**171. ¿Cuál es una de las diferencias entre enfermos de Alzheimer y subcorticales (especialmente Huntington y Parkinson)?**

1. La capacidad para codificar semánticamente la información parece preservada en las subcorticales, mientras que Alzheimer parece bastante deteriorada.
2. Hay mayor pérdida de la memoria de reconocimiento en las subcorticales.
3. La tasa de olvido es más lenta en Alzheimer.
4. La amnesia retrograda está graduada temporalmente en enfermos subcorticales.
5. Hay menor pérdida de la memoria de reconocimiento en Alzheimer.

**172. En caso de convulsiones de tipo epiléptico, ¿cuál de estos datos nos permitiría afirmar que se trata de crisis histéricas, y no de crisis epilépticas?**

1. La presencia de apnea.
2. Que el registro de EEG sea normal.
3. Que aparezcan tanto estando el individuo solo como acompañado.
4. Que aparezcan mordeduras en la lengua o lesiones por caídas.
5. Que aparezca incontinencia urinaria.

**173. Los tics pueden asociarse a conductas alteradas que surgen en un momento determinado. Cuando los síntomas aparecen entre los 35 y los 45 años, según la clasificación de Shapiro, ¿a qué tic nos referimos?**

1. Tic agudo simple.
2. Tic crónico simple.
3. Corea de Huntington.
4. Tic múltiple crónico.

5. Tic múltiple del adulto.

**174. ¿Cómo se denomina el trastorno psicomotor que puede aparecer en un individuo que ha consumido fenotiacinas durante un periodo prolongado de tiempo?**

1. Discinesia aguda.
2. Hiperminimia.
3. Hipominimia.
4. Manierismos.
5. Discinesia tardía.

**175. ¿Qué es el estupor catatónico?**

1. Una de las respuestas de paralización por el miedo ante situaciones catastróficas o ante la sensación de incapacidad para hacer frente a situaciones estresantes o amenazantes.
2. Perplejidad producida por un sentimiento de angustia, abatimiento, culpa y una sensación de total incapacidad por la decisión.
3. Una respuesta de sobrecogimiento y rigidez por terror, angustia y perplejidad, cuyo origen difícilmente demostrable, ha sido interpretado como debido a "alguna amenaza grave a la conciencia a cerca de sí mismo, obvia para él".
4. Disminución (e incluso ausencia) de respuestas verbales y motoras a los estímulos.
5. Movimientos musculares en forma de contracciones violentas e incontrolables de la musculatura voluntaria, que se manifiestan en uno o varios grupos musculares o bien de forma generalizada en todo el cuerpo.

**176. Según la Escala de Trastornos del Pensamiento, el Lenguaje y la Comunicación (Andreasen, 1979), cual es la definición de Habla Distraída:**

1. Respuestas de una duración mayor de lo adecuado y que proporcionan poca información.
2. El paciente se para en medio de una frase o idea y cambia el tema en respuesta a estímulos inmediatos.
3. El paciente responde de forma oblicua, tangencial o incluso relevante.
4. Un patrón de habla espontánea en el que las ideas se escabullen unas de otras.
5. El paciente habla rápidamente y es difícil interrumpirle.

**177. La característica de los delirios que hace referencia al mantenimiento del delirio a lo largo del tiempo, a pesar de las evidencias en contra es:**

1. La intensidad o convicción.
2. La inmodificabilidad, incorregibilidad o fijeza.
3. Presencia de apoyos culturales.
4. Preocupación.
5. Desviación comunicacional.

**178. Indica cuales de los siguientes es un Delirio Primario según Jaspers:**

1. Intuición delirante.
2. Control delirante.
3. Ritual delirante.
4. Crisis delirante.
5. Obsesión delirante.

**179. La atmosfera delirante se define como:**

1. La interpretación delirante de una percepción normal.
2. Una idea autorreferencial, de gran importancia para el paciente.
3. Experiencia subjetiva de que el mundo ha cambiado de un modo sutil pero siniestro, inquietante y difícil o imposible de definir.
4. La construcción delirante de un recuerdo.
5. Una idea racional y fácilmente modificable sobre un tema ambiental.

**180. La idea delirante corporal se define como:**

1. Idea delirante cuyo contenido principal se refiere al funcionamiento del propio cuerpo.
2. Idea delirante de que el sujeto ha perdido o perderá todas o casi todas sus posesiones físicas.
3. Ideal delirante en la que los sentimientos, impulsos, pensamientos o actos son vividos como si no fuesen propios y estuviesen impuestos por alguna fuerza externa.
4. Idea delirante cuyo contenido implica una exagerada valoración de la importancia, el poder, el conocimiento o la identidad personales.
5. Idea delirante en torno a la no existencia del yo.

**181. ¿En qué estadio está la persona cuando comienzan a equilibrarse las consecuencias positivas y negativas del consumo de drogas y, como consecuencia de ello, empiezan a plantearse dejar de consumir, aunque básicamente mantienen su ambivalencia en este balance decisional?**

1. Estadio de acción.
2. Estadio de contemplación.
3. Estadio de recaída.
4. Estadio de pre-contemplación.
5. Estadio de post-recaída.

**182. ¿Qué nombre recibe el episodio con síntomas psicóticos que se produce tras una fuerte intoxicación alcohólica en la que el individuo ha estado consumiendo dosis grandes de alcohol durante varios días?**

1. Delirium tremens.
2. Amnesias parciales.
3. Alucinosis alcohólica.
4. síndrome de abstinencia.
5. Síndrome de Korsakoff.

**183. Cuando la memoria se adapta a la presencia de**

**una droga (por ej., subsensibilizando receptores, sintetizando nuevas proteínas de membrana) de tal forma que la capacidad de la droga (ej., en el alcohol para desordenar las membranas neuronales) es cada vez menor, estamos hablando de:**

1. Tolerancia psicológica.
2. Tolerancia cruzada.
3. Tolerancia metabólica.
4. Tolerancia farmacológica.
5. Tolerancia reducida.

**184. El dolor opresivo/tirante, de ligera a moderada intensidad, de localización bilateral y que no empeora con la actividad física rutinaria, es el que ocurre en:**

1. El dolor pélvico.
2. El burnout.
3. El asma.
4. El síndrome del intestino irritable.
5. La cefalea tensional.

**185. ¿La actividad neural aferente de los nociceptores periféricos está modulada en el asta dorsal de la médula, que actúa como una puerta que impide o no el paso de los impulsos nerviosos que proceden de los nociceptores y del córtex, se refiere a?**

1. El sistema nervioso periférico.
2. La teoría de la puerta.
3. El estrés crónico.
4. La teoría de la escalada.
5. El proceso biológico de la relajación.

**186. ¿Qué es lo que favorece la aparición de placas ateroscleróticas?**

1. El estrés.
2. El asma.
3. La angina de pecho.
4. El cannabis.
5. El ejercicio físico.

**187. ¿Cuál es el modelo que afirma que las conductas de salud están determinadas por la percepción de susceptibilidad personal a la enfermedad y a la gravedad percibida de las consecuencias de la enfermedad?**

1. El de la acción razonada.
2. El de las creencias de salud.
3. El de la medicina psicosomática.
4. El de la vulnerabilidad al estrés.
5. El del efecto placebo.

**188. El estudio de los factores psicológicos relacionados con cualquiera de los aspectos de la salud física, la enfermedad y su tratamiento a nivel del individuo, del grupo y los sistemas, es una de las definiciones amplias de:**

1. La psicología de la salud.
2. La medicina comportamental.
3. La medicina psicosomática.
4. La psicología médica.
5. La psicología clínica de la salud.

**189. ¿A qué nos referimos cuando un médico cree con firmeza en su tratamiento, a pesar de que los estudios controlados hayan demostrado su ineficacia, los resultados que obtenga con el mismo serán mejores, sus pacientes se encontrarán mejor, y tendrá más pacientes?**

1. El proceso oponente de Solomon.
2. El efecto suelo.
3. La paradoja de Asher.
4. El efecto de contemplación de Prochaska.
5. La teoría de la puerta de control.

**190. Cuando el organismo pasa sucesivamente por las fases de reacción de alarma, fase de resistencia y fase de agotamiento, nos referimos a:**

1. El sistema nervioso autónomo.
2. El efecto placebo.
3. El biofeedback electrokinesiológico.
4. La anorexia nerviosa restrictiva.
5. El síndrome general de adaptación.

**191. Entre los predictores de un mal pronóstico en la esquizofrenia, están:**

1. Síntomas positivos y surgimiento tardío.
2. No tener factores precipitantes y tener un ajuste premórbido bueno.
3. Surgimiento temprano y factores precipitantes identificables.
4. Estar casado y con mal sistema de apoyo.
5. Un ajuste premórbido malo y síntomas negativos.

**192. Entre los criterios de DSM-IV para el diagnóstico del Trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad, están:**

1. Un patrón general de preocupación por el orden, el perfeccionismo, el control mental e interpersonal a expensas de la eficacia, así como tendencia a delegar en otros tareas o trabajo.
2. Muestra rigidez y obstinación, así como tendencia a dilapidar el dinero.
3. Preocupación por los detalles, las reglas, las normas, las listas, el orden, la organización, los horarios, hasta perder de vista el objetivo principal de la actividad.
4. Dedicación laxa al trabajo y la productividad, con exclusión de las actividades de ocio, poco escrupuloso en cuestiones de moral y ética.
5. Tendencia a deshacerse de los objetos inútiles, aunque tengan un valor sentimental. Estilo avaro en cuanto a los gastos, tanto para él como para los demás.

- 193. ¿Cuál de las siguientes creencias forma parte de los esquemas nucleares de un trastorno de personalidad esquizoide, según el modelo de la Terapia Cognitiva?**
1. Soy mejor que los otros.
  2. Los otros son tontos.
  3. Ser controlado por otros es intolerable.
  4. Necesito a la gente para sobrevivir.
  5. Los otros no me compensan.
- 194. La sintomatología negativa de la esquizofrenia parece estar causada por:**
1. La actividad excesiva de algunos circuitos neurales dopaminérgicos.
  2. La actividad excesiva de las neuronas gabaérgicas.
  3. La existencia de daños cerebrales.
  4. Tener un gen de la esquizofrenia que provoque sintomatología negativa.
  5. Insuficiente actividad de las neuronas serotoninérgicas del lóbulo frontal.
- 195. ¿Qué funciona mejor para mejorar el cumplimiento de los tratamientos médicos mediante intervención psicológica?**
1. Dejar completa libertad al paciente para organizar su tratamiento una vez que le expliquemos en qué consiste la causa de su enfermedad y su tratamiento.
  2. Que sepa cómo hacer minuciosamente un análisis funcional de su conducta y pase a hacerlo con todas sus conductas problema, especialmente aquellas relacionadas con su conducta de dolor y malestar.
  3. Negociar los cambios procurando, siempre que la terapéutica lo permita, que el paciente realice la menor cantidad de conductas en las mínimas ocasiones posibles y fijando secuencialmente las metas o tareas.
  4. Entrenarlo en los procesos de negación, negociación, afrontamiento, recuerdo y desesperanza.
  5. Controlar los eventos vitales estresantes que se relacionan con su vida, sobre todo a nivel familiar, y con su enfermedad.
- 196. Según el DSM-IV-TR, el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno obsesivo de la personalidad, comparten semejanzas nominales, pero ¿en qué difieren las manifestaciones clínicas?**
1. El trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad no se caracteriza por la presencia de obsesiones o compulsiones.
  2. El trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad se caracteriza por la presencia de obsesiones sin compulsiones.
  3. El trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad se caracteriza por la presencia de compulsiones.
  4. El trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad no se caracteriza por la presencia de obsesiones o compulsiones al menos durante 6 meses.
  5. El trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad no se caracteriza por la presencia de obsesiones o compulsiones al menos durante 1 año.
- 197. Cuando el individuo es incapaz de recordar información personal importante, generalmente un acontecimiento traumático o estresante ¿en qué trastorno podemos pensar, dentro del grupo de los trastornos disociativos (DSM-IV-TR)?**
1. El trastorno de identidad disociativa.
  2. El trastorno de trance disociativa.
  3. La amnesia generalizada.
  4. La amnesia disociativa.
  5. La fuga disociativa.
- 198. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta con respecto a la dispareunia?**
1. Este trastorno sólo afecta a las mujeres.
  2. La característica esencial es la contracción involuntaria de los músculos perineales del tercio externo de la vagina, frente a la introducción del pene, los dedos, los tampones, o los espéculos.
  3. Este trastorno aparece de toda la vida, no puede ser adquirido.
  4. Este trastorno consiste en dolor genital durante el coito, aunque puede aparecer antes o después de la relación sexual.
  5. Esta alteración no provoca malestar en las relaciones interpersonales.
- 199. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto a los Trastornos de la Conducta Alimentaria es cierta?**
1. En la anorexia nerviosa tipo restrictivo existen estrategias compensatorias de carácter no purgativo, como la cumplimentación de dietas/ayuno y el ejercicio intenso.
  2. El paciente con anorexia nerviosa no presenta en ningún caso episodios de atracón.
  3. El paciente con bulimia nerviosa al contrario que el paciente con anorexia nerviosa con su conducta no tiene intención de adelgazar.
  4. Las alteraciones en la conducta alimentaria no afectan a la cognición de los pacientes.
  5. Las relaciones interpersonales son una de las pocas áreas que no se ven alteradas en los trastornos de la conducta alimentaria.
- 200. En la práctica clínica se utiliza cada vez con más frecuencia el diagnóstico informal de “Depresión doble”, ¿a qué se refiere este concepto?**
1. Pacientes que presentan conjuntamente un episodio depresivo y un trastorno distímico.

2. Pacientes que presentan conjuntamente un episodio mixto y un trastorno ciclotímico.
3. Pacientes que presentan conjuntamente un trastorno bipolar y un trastorno depresivo mayor.
4. Pacientes que presentan conjuntamente un trastorno depresivo mayor y un trastorno distímico.
5. Pacientes que presentan conjuntamente un trastorno ciclotímico y un trastorno depresivo mayor.

**201. En la clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento (CIE-10), el grupo “Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresante y somatomorfos”, está comprendido por los trastornos de ansiedad fóbica, otros trastornos de ansiedad, el trastorno obsesivo-compulsivo, las reacciones a estrés grave y de adaptación, otros trastornos neuróticos y ¿cuál de los siguientes?**

1. Los trastornos somatomorfos.
2. Los trastornos disociativos.
3. Los episodios depresivos maníacos.
4. Los trastornos disociativos y los trastornos somatomorfos.
5. El trastorno bipolar.

**202. ¿Cuándo no debe efectuarse el diagnóstico de trastorno de angustia, según el criterio C del DSM-IV-TR?**

1. Cuando las crisis de angustia son recidivantes.
2. Cuando las crisis de angustia son inesperadas.
3. Cuando las crisis de angustia se acompañan de la aparición, durante un mínimo de un mes, de preocupaciones persistentes de padecer nuevas crisis.
4. Cuando las crisis de angustia se acompañan de la aparición, durante un mínimo de un mes, de posibles implicaciones o consecuencias.
5. Cuando las crisis de angustia se consideran secundarias a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad.

**203. El trastorno de despersonalización, según el DSM-IV-TR, forma parte de:**

1. Los trastornos esquizofrénicos.
2. Los trastornos disociativos.
3. Los trastornos somatomorfos.
4. Los trastornos del estado de ánimo.
5. Los trastornos de personalidad.

**204. ¿Cuál es la característica esencial de los trastornos disociativos, según el DSM-IV-TR?**

1. Una alteración de las funciones integradoras de la conciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno, pudiendo ser esta alteración repentina o gradual, transitoria o crónica.

2. La presencia de uno o más estados de identidad o personalidad que controlan el comportamiento del sujeto de forma recurrente con la incapacidad de recordar información personal importante.
3. La sensación persistente y recurrente de distanciamiento de los procesos mentales y del propio cuerpo con la conservación del sentido de realidad.
4. La incapacidad para recordar la información personal importante de naturaleza traumática.
5. La presencia de viajes repentinos e inesperados lejos del hogar con la incapacidad para recordar el pasado propio, confusión sobre la propia identidad y asunción de una nueva identidad.

**205. ¿Cuál es el curso más frecuente del trastorno de somatización (DSM-IV-TR)?**

1. Es una enfermedad aguda.
2. Es una enfermedad crónica que siempre remite de manera completa.
3. Es una enfermedad crónica y fluctuante que pocas veces remite de forma completa.
4. Es muy frecuente que pase un año y el individuo que padece este trastorno ya no busque ayuda médica por síntomas somáticos inexplicables.
5. No es una enfermedad fluctuante pero no se considera crónica.

**206. Cuando aparecen criterios para el diagnóstico de un tipo de fobia en la que se da miedo a situaciones como transportes públicos, túneles, puentes, ascensores, aviones, coches o recintos cerrados, teniendo un pico de mayor incidencia en la segunda infancia y otro a mitad de la tercera década de la vida, podemos pensar en ¿qué diagnóstico del DSM-IV-TR?**

1. Fobia social.
2. Fobia específica situacional.
3. Fobia específica tipo ambiental.
4. Ansiedad de separación.
5. Crisis de angustia.

**207. El criterio A para el diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo (DSM-IV-TR) se cumple para las obsesiones y las compulsiones, las obsesiones se definen por las siguientes características, menos por una de ellas, ¿cuál es la FALSA?**

1. Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes experimentadas, en algún momento del trastorno, como intrusos y causan ansiedad o malestar significativo.
2. Los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real.
3. La persona intenta ignorar o suprimir esos pensamientos, impulsos o imágenes o neutralizarlos.

4. La persona no reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente.
5. La persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente y no vienen impuestos.
- 208. ¿Dentro de qué diagnóstico, del DSM-IV-TR, se encuadra el trastorno disfórico premenstrual?**
1. Como un trastorno mixto de ansiedad y depresión.
  2. Como un trastorno depresivo no especificado.
  3. Como un trastorno distímico.
  4. Como un trastorno ciclotímico.
  5. Trastorno de ansiedad no especificado.
- 209. Cuando se dan dos o más episodios depresivos mayores, separados por un periodo de al menos dos meses, durante los cuales el individuo no se deprime ¿qué se diagnostica?**
1. Trastorno depresivo mayor.
  2. Trastorno distímico.
  3. Trastorno ciclotímico.
  4. Trastorno depresivo mayor recurrente.
  5. Episodio depresivo.
- 210. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta con respecto a la eyaculación precoz?**
1. Este trastorno es adquirido.
  2. Es un trastorno de la fase de excitación del ciclo de la respuesta sexual.
  3. Según la CIE-10, puede producirse por la ausencia de erección suficiente.
  4. El DSM-IV-TR, incluye un límite temporal para clasificarlo como eyaculación precoz.
  5. Esta alteración no provoca malestar en las relaciones interpersonales.
- 211. ¿En qué trastorno de la conducta alimentaria, la personalidad de los pacientes se caracteriza por ser personas impulsivas, con tendencia a tomar decisiones rápidas y actuar de forma impredecible?**
1. Anorexia nerviosa de tipo restrictivo.
  2. Pica.
  3. Obesidad.
  4. Bulimia nerviosa.
  5. Comedor nocturno.
- 212. ¿Cuál de las siguientes características define a una depresión endógena?**
1. Su curso es continuo.
  2. Existe un empeoramiento vespertino.
  3. Existe un despertar precoz.
  4. Existe una buena respuesta al placebo.
  5. En la etiopatogenia interviene una personalidad neurótica.
- 213. ¿Qué trastorno mental se define por la presencia de atracones junto con el uso de métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso?**
1. Anorexia Nerviosa sin amenorrea.
  2. Trastorno por atracón.
  3. Bulimia nerviosa.
  4. Obesidad.
  5. Comedor compulsivo.
- 214. En la anorexia nerviosa, y en lo relativo a la función menstrual / reproductora, ¿cuál de las afirmaciones es cierta según los criterios del DSM-IV-TR?**
1. La existencia de amenorrea es un criterio diagnóstico básico.
  2. No consideramos que la amenorrea es significativa hasta que la paciente no haya presentado la misma durante al menos un año.
  3. La amenorrea, cuando existe, siempre es primaria, nunca secundaria.
  4. La amenorrea es una característica de este trastorno pero no un criterio diagnóstico básico.
  5. Sin la presencia de amenorrea, se puede diagnosticar una anorexia nerviosa.
- 215. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto al Trastorno Bipolar II es cierta?**
1. La característica esencial es un curso clínico caracterizado por uno o más episodios maníacos o episodios mixtos.
  2. La presencia de un episodio maníaco o mixto impide que se realice el diagnóstico.
  3. Los episodios de trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias o debidos a enfermedad médica se consideran válidos para establecer el diagnóstico de trastorno bipolar II.
  4. La información que nos ofrecen otras personas no ayuda mucho a establecer el diagnóstico.
  5. El trastorno bipolar II se caracteriza por la aparición de uno o más episodios depresivos mayores acompañados por al menos un episodio maníaco.
- 216. ¿Cómo se denomina las contracciones musculares breves, repentinas, simples, semejantes a descargas o sacudidas que afectan a músculos o grupos musculares?**
1. Movimientos hemibalísmicos.
  2. Movimientos atetósicos.
  3. Movimientos espasmódicos.
  4. Movimientos mioclónicos.
  5. Movimientos distónicos.
- 217. Los Criterios Diagnósticos de Investigación (CIE- 10) para la crisis de angustia:**
1. Son idénticos al DSM-IV, no hay variación.
  2. Son idénticos a los del DSM-IV, excepto que

la CIE-10 incluye la boca seca y exige que, al menos uno de los síntomas presentes, sea palpitaciones, sudoración, temblores o boca seca.

3. Difieren en su totalidad al de los del DSM-IV.
4. Los Criterios Diagnósticos de la CIE- 10 no requieren la aparición de un mínimo de crisis.
5. Los Criterios Diagnósticos de la CIE- 10 no requieren un periodo de duración.

**218. Las alteraciones cerebrales que caracterizan la enfermedad del Alzheimer son:**

1. Hiperactivación de las neuronas dopaminérgicas de los ganglios basales, provocando muerte neuronal.
2. Degeneración del hipocampo, y de la corteza de los lóbulos frontal y temporal.
3. Deterioro de las neuronas serotoninérgicas de los lóbulos parietal y occipital.
4. Presencia de los cuerpos de Lewy en toda la sustancia blanca subcortical.
5. Acumulación de proteínas prión desnaturalizadas que provocan inflamación en los lóbulos frontal y parietal.

**219. El trastorno neurológico degenerativo que se produce como consecuencia de una degeneración y pérdida de las neuronas dopaminérgicas nigroestriales se denomina:**

1. Fenilcenoturia.
2. Encefalopatía espongiiforme transmisible o EET.
3. Esclerosis múltiple.
4. Enfermedad de Huntington.
5. Enfermedad de Parkinson.

**220. La afasia de conducción se caracteriza por:**

1. Habla fluida y con significado, comprensión relativamente buena y repetición alterada.
2. Habla no fluida, comprensión relativamente buena y repetición alterada.
3. Habla fluida con poco significado, comprensión alterada y repetición alterada.
4. Habla no fluida, comprensión alterada y repetición alterada.
5. Habla fluida con poco significado, comprensión buena y repetición no alterada.

**221. La incapacidad para reconocer los rostros, preservando el sentido de la vista, se denomina:**

1. Disparidad binocular.
2. Hemiplejía.
3. Disfasia.
4. Prosopagnosia.
5. Apraxia.

**222. Si un paciente presenta a la vez un trastorno depresivo mayor y problemas de pareja, los datos disponibles actualmente indican que en esos casos, entre la terapia conductual de pareja**

**y la terapia cognitiva de Beck, el tratamiento psicológico de elección sería:**

1. Cualquiera de las dos terapias, ya que ambas son iguales de eficaces en reducir la sintomatología depresiva y en mejorar la satisfacción de la pareja.
2. La terapia cognitiva de la depresión de Beck, ya que es más eficaz que la terapia conductual de pareja en reducir la sintomatología depresiva.
3. La terapia conductual de pareja, ya que la terapia cognitiva de Beck no es eficaz para la depresión cuando hay problemas de pareja.
4. La terapia conductual de pareja, ya que es igual de eficaz que la terapia cognitiva de Beck en reducir la sintomatología depresiva, pero mejora más la satisfacción de la pareja.
5. La terapia cognitiva de Beck, ya que la terapia conductual de pareja no ha demostrado empíricamente su eficacia para la depresión.

**223. ¿Cómo se denomina el conjunto de disregulaciones del sistema nervioso neurovegetativo y de las funciones psíquicas básicas, que persisten durante un largo periodo de tiempo, meses o años, después de conseguirse la abstinencia?**

1. Tolerancia cruzada.
2. Síndrome de Korsakoff.
3. Intoxicación aguda.
4. Síndrome de abstinencia tardío.
5. Trastorno dual.

**224. ¿Con qué suele asociarse la cataplejía característica de la narcolepsia?**

1. Con parálisis de sueño.
2. Con emociones intensas.
3. Con alucinaciones hipnagógicas e hipnopómpicas.
4. Con somnolencia diurna.
5. Con horarios irregulares.

**225. ¿Qué sonidos consonánticos del castellano se adquieren más tarde por su dificultad de articulación originando un trastorno fonológico?**

1. Africados, líquidos y nasales.
2. Fricativos, nasales y oclusivos.
3. Líquidos, fricativos y africados.
4. Nasales, oclusivos y africados.
5. Oclusivos, fricativos y líquidos.

**226. El troncoencéfalo o el tronco del encéfalo es la parte del Sistema Nervioso formada por:**

1. El mesencéfalo, la protuberancia y el bulbo raquídeo.
2. La médula espinal y los 31 pares de nervios craneales.
3. El tálamo y la médula espinal.
4. El telencéfalo, con los hemisferios cerebrales.



5. El cuerpo calloso y el sistema límbico.
- 227. ¿Con qué concepto etológico se vincula el fenómeno del “apego”?**
1. Señales disparadoras.
  2. Troquelado.
  3. Patrones fijos de adaptación.
  4. El fenómeno reverie.
  5. Las pulsiones.
- 228. ¿Qué permite conseguir un refuerzo negativo?**
1. Disminuir la conducta reforzada.
  2. Eliminar la conducta reforzada.
  3. Aumentar la conducta reforzada.
  4. Extinguir la conducta reforzada.
  5. No hace variar la conducta.
- 229. En el experimento de la situación extraña de Ainsworth, si el niño no se resiste al contacto físico, pero no muestra señales de alegría cuando la madre regresa, ¿qué tipo de apego es?**
1. Apego seguro.
  2. Apego evitador.
  3. Apego ambivalente.
  4. Apego desorganizado.
  5. Apego contradictorio.
- 230. Por lo que respecta a las funciones adaptativas de las emociones, indique qué emoción de las siguientes “despierta simpatía y atención” para el sistema interpersonal:**
1. Tristeza.
  2. Alegría.
  3. Culpabilidad.
  4. Miedo.
  5. Desdén.
- 231. ¿Qué característica aumenta la veracidad de los autoinformes?**
1. Solicitar información sobre eventos del pasado.
  2. Solicitar información sobre eventos sobre los que el evaluado tenga poca experiencia.
  3. Utilizar preguntas genéricas y abiertas.
  4. Solicitar información sobre temas que impliquen poco al evaluado.
  5. Utilizar preguntas específicas y poco ambiguas.
- 232. ¿En cual de los siguientes trastornos de ansiedad es más probable que un terapeuta utilice la exposición interoceptiva como técnica de tratamiento psicológico?**
1. Trastorno obsesivo-compulsivo.
  2. Trastorno de ansiedad generalizada.
  3. Trastorno de pánico (o trastorno de angustia).
  4. Trastorno de estrés posttraumático.
5. Fobia social.
- 233. La alteración del proceso de lectura en la que se ve afectado el reconocimiento global de las palabras, quedando preservada la capacidad para reconocer las letras de las palabras, se denomina:**
1. Dislexia directa.
  2. Dislexia fonológica.
  3. Dislexia superficial.
  4. Alexia pura.
  5. Alexia anómica.
- 234. ¿Qué factores/variables diferenciales en la infancia determinan la evaluación infantil?**
1. Diversidad y heterogeneidad de problemas psicológicos.
  2. Disparidad de la información proporcionada por distintas fuentes consultadas (padres, profesores, etc.).
  3. Influencia del sexo y edad en la aparición de los problemas infantiles.
  4. Escasez de instrumentos y técnicas de evaluación sensibles a las características del niño.
  5. Carácter evolutivo del menor, plasticidad infantil que hace al niño sensible a las influencias del entorno e interpretación por parte de los adultos del problema a evaluar.
- 235. El principal tratamiento farmacológico para el trastorno obsesivo-compulsivo o TOC es:**
1. Agonistas dopaminérgicos.
  2. Bloqueadores de los receptores NMDA.
  3. Inhibidores de la monoaminoxidasa o IMAOs.
  4. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina o 5-HT.
  5. Neurolépticos.