



MINISTERIO DE EDUCACION Y CULTURA

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

PRUEBAS SELECTIVAS 1999

CUADERNO DE EXAMEN

PSICÓLOGOS CLÍNICOS

1. **En el sistema visual, la región del cerebro responsable de la percepción del relieve, el movimiento y la localización espacial de los objetos es:**
 1. La corteza temporal inferior.
 2. El área V4.
 3. La corteza parietal posterior.
 4. La corteza motora.
 5. Ninguna de las anteriores.

2. **Una misión fundamental del oído medio consiste en:**
 1. Eliminar ruidos.
 2. Localizar el estímulo sonoro.
 3. Discriminar tonos.
 4. Reconocer timbres.
 5. Amplificar estímulos auditivos.

3. **Señale la afirmación correcta respecto a la leptina:**
 1. Es un neurotransmisor de los circuitos neurales del hambre.
 2. Es una hormona que regula el peso corporal.
 3. Es un tinte neurohistológico de sustancias grasas.
 4. Es un carbohidrato que regula el metabolismo energético.
 5. Es un fármaco que produce obesidad.

4. **¿Cuál de las siguientes estructuras neurales actúa como un reloj biológico?:**
 1. El núcleo supraquiasmático del hipotálamo.
 2. El cuerpo caloso.
 3. La formación reticular mesencefálica.
 4. El tálamo.
 5. El cerebelo.

5. **La potenciación a largo plazo es:**
 1. Una forma de plasticidad sináptica que podría estar implicada en la formación de memoria.
 2. Un modelo neural de amnesia.
 3. Un mecanismo de regeneración fisiológica del tejido nervioso.
 4. Un test neuropsicológico de inteligencia general.
 5. Un procedimiento de laboratorio para potenciar la formación de nuevas sinapsis.

6. **El área de Wernicke es crítica para:**
 1. La producción del habla.
 2. La prosodia.
 3. La lectura fonética.
 4. La comprensión del habla.
 5. La escritura.

7. **La lesión de la superficie medial del lóbulo pa-**
 1. rietal afectará a la percepción de estímulos sensoriales procedentes de:
 1. Cara.
 2. Extremidades superiores.
 3. Tronco.
 4. Extremidades inferiores.
 5. Cuello.

8. **La porción transmembránica de un receptor tiene gran interés en la neurofarmacología, porque:**
 1. Es donde se acopla a un sistema de segundo mensajero.
 2. Tiene una función estructural y sus características evolutivas pueden ser compartidas por otros receptores de diferentes neurotransmisores.
 3. Es donde se une el neurotransmisor o, en su caso, el psicofármaco.
 4. Es donde se une a un canal iónico, permitiendo su apertura o cierre.
 5. Es donde la señal nerviosa es moduladora de la transmisión sináptica.

9. **En numerosas ocasiones, los trastornos emocionales que cursan con ansiedad, sobre todo en niños y adolescentes, se tratan farmacológicamente con antidepresivos, mejor que con ansiolíticos, debido a que:**
 1. Los antidepresivos afectan en menor medida a varios procesos cognitivos, como el aprendizaje y la memoria.
 2. Los trastornos de ansiedad en esas edades son causados por depresión.
 3. Los antidepresivos revierten la ansiedad más rápidamente que los ansiolíticos.
 4. Son períodos en los que pueden desarrollarse conductas adictivas más fácilmente.
 5. Los ansiolíticos deben prescribirse exclusivamente en adultos.

10. **Las células receptoras del sonido se localizan en el:**
 1. Órgano de Corti.
 2. Órgano vomeronasal.
 3. Utrículo.
 4. Sáculo.
 5. Órgano otolítico.

11. **Las células ganglionares de la retina:**
 1. Utilizan una codificación tricromática del color.
 2. Utilizan una codificación del color por procesos oponentes.
 3. Sinaptan directamente con la corteza estriada.
 4. Sinaptan directamente con los fotorreceptores.
 5. Constituyen el sistema magnocelular de la

visión.

12. La afasia de conducción:

1. Se caracteriza por una mala comprensión del lenguaje hablado y escrito.
2. Se presenta tras una lesión del fascículo arqueado.
3. Se caracteriza por un lenguaje no fluido y agramatical.
4. Se observa tras una lesión bilateral del lóbulo temporal inferior.
5. Tiende a evolucionar con el tiempo a una afasia transcortical sensorial.

13. Señale cuál de los siguientes antidepresivos NO presenta como efecto secundario el aumento del apetito:

1. Amitriptilina.
2. Fluoxetina.
3. Maprotilina.
4. Imipramina.
5. Desipramina.

14. La lesión bilateral del hipocampo es la causa primaria de la:

1. Afasia de conducción.
2. Afasia transcortical mixta.
3. Amnesia anterógrada.
4. Amnesia global transitoria.
5. Alexia pura.

15. El neurotransmisor de la unión neuro-muscular es:

1. Serotonina.
2. GABA.
3. Acetilcolina.
4. Noradrenalina.
5. Adrenalina.

16. Durante el sueño:

1. La fase REM es inducida por la descarga de neuronas colinérgicas de la protuberancia.
2. En la fase REM se produce un incremento de los niveles de noradrenalina cerebrales.
3. La aparición de ondas alfa determina el inicio de la fase 3 del sueño lento.
4. Los artefactos eléctricos como los complejos K, son característicos de la fase 4 del sueño.
5. Se observa una hiperactividad serotoninérgica en el locus coeruleus y el hipocampo.

17. Los estudios psicobiológicos sobre las respuestas emocionales han puesto de manifiesto que:

1. La extirpación bilateral de la amígdala disminuye la expresión y el reconocimiento del miedo.

2. La estimulación de parte del hipotálamo inhibe las respuestas características de miedo y furia.
3. Los fármacos que incrementan la síntesis y liberación de serotonina aumentan las conductas agresivas.
4. Los andrógenos afectan principalmente a la conducta defensiva, pero no son necesarios para el ataque ofensivo.
5. Los efectos de los andrógenos en la agresión entre machos en roedores parecen estar mediados por el núcleo ventromedial.

18. ¿A qué componente de los genitales masculinos, entre los siguientes, son anatómicamente equivalentes los labios mayores de la vulva femenina?:

1. Los cuerpos cavernosos.
2. El cuerpo esponjoso.
3. El escroto.
4. El perineo.
5. El glande.

19. La tendencia a sobreestimar la tasa de comportamientos negativos en grupos relativamente pequeños, se conoce con el nombre de:

1. Correlación ilusoria.
2. Sesgo del falso consenso.
3. Efecto de acentuación intraclase.
4. Efecto de acentuación interclase.
5. Discriminación inversa.

20. Cuanto mayor es la rapidez y la facilidad con que viene a la mente una información o un conocimiento social, mayor es su influencia sobre pensamientos, decisiones y acciones. Esta propiedad se conoce con el nombre de:

1. Categorización.
2. Controlabilidad.
3. Accesibilidad.
4. Predecibilidad.
5. Distintividad.

21. Existe una tendencia a percibir a las personas pertenecientes a otros grupos distintos del propio como:

1. Muy diferentes entre sí.
2. Individuos, cada uno con su propia idiosincrasia.
3. Unidas entre sí por vínculos interpersonales, más que intragrupal, lo que se conoce como el predominio del polo interpersonal sobre el intergrupalo.
4. Todas iguales, comparadas con la mayor diversidad relativa del propio grupo, lo que se conoce como la ilusión de la homogeneidad exogrupal.
5. Miembros de un grupo meramente nominal, carente de interdependencia real y, por tanto,

más próximo a un 'agregado' que a una 'colección'.

22. Las diferencias en las atribuciones actor-observador implican que:

1. Las atribuciones de las propias conductas suelen ser externas y las atribuciones de las conductas ajenas internas.
2. Las atribuciones de las propias conductas suelen ser internas y las atribuciones de las conductas ajenas externas.
3. El actor es inconsistente en sus atribuciones y el observador no.
4. El actor es consistente en sus atribuciones y el observador no.
5. El observador es situacional y el actor disposicional en sus atribuciones.

23. La empatía centrada en el sufrimiento de la víctima, cuando es consistente y estable, genera:

1. Sentimientos de preocupación que favorecen las conductas de ayuda.
2. Ansiedad e inhibe las conductas de ayuda.
3. Sentimientos egoístas que favorecen las conductas de ayuda.
4. Miedo, que provoca la huida del donante.
5. Procesos de auto-ayuda.

24. El fenómeno del conformismo (Asch, 1951) se explica por:

1. El temor del sujeto a la sanción del grupo mayoritario.
2. El interés del sujeto en dar respuestas correctas.
3. El interés del sujeto en dar respuestas sin ambigüedad.
4. La falta de confianza del sujeto en sus propios juicios.
5. La falta de confianza del sujeto en los juicios del grupo.

25. Distintos estudios (ej.: Veroff, 1981; Porter y Stone, 1995) sugieren que las mujeres suelen solicitar más ayuda médico-sanitaria que los hombres porque:

1. Dan más importancia a los problemas personales y sociales que a los instrumentales.
2. Dan más importancia a los problemas instrumentales que a los personales y sociales.
3. No discriminan entre problemas instrumentales y problemas sociales.
4. Niegan los problemas instrumentales.
5. Ocultan los problema personales.

26. Cuando el placebo se utiliza de forma "paradójica", haciendo creer al paciente que le va a producir síntomas indeseables, ¿en qué marco teórico se encuadra dicha intervención?:

1. Teoría de la disonancia cognitiva.
2. Paradigma de atribución errónea.
3. Teoría de la evaluación cognitiva.
4. Modelo de transferencia de excitación.
5. Teoría de la acción razonada.

27. Según diversos autores (ej.: Pennebaker, 1994) la oportunidad de contar experiencias traumáticas mejora la salud física a largo plazo:

1. Si se hace inmediatamente después del hecho traumático.
2. Sólo en los casos en los que el terapeuta induce y regula el relato.
3. Si se elabora repetidas veces a lo largo de un plazo prolongado de tiempo.
4. Si se hace después de que el sujeto haya tomado cierta distancia psicológica.
5. Si se evita que el sujeto tome distancia psicológica respecto al hecho.

28. En el cambio de actitudes basado en el miedo o las amenazas (ej.: la propaganda sanitaria que vincula el tabaquismo al cáncer), un mensaje amenazante será efectivo si:

1. El mensaje no es emotivamente intenso (es decir, es amenazante pero no contiene escenas desagradables).
2. El mensaje no es emotivo sino racional (es decir, apela a argumentos razonados).
3. El miedo contenido en el mensaje difiere del miedo provocado a la audiencia.
4. La audiencia se percibe como autoeficaz (es decir, las personas de la audiencia creen que podrán adoptar de forma eficaz la acción recomendada).
5. La audiencia no se percibe como autoeficaz (es decir, las personas de la audiencia no creen, antes de recibir el mensaje, que podrán adoptar de forma eficaz la acción recomendada).

29. Según algunos trabajos clásicos, como el de Veroff, Douvan y Kulka (1981), el matrimonio:

1. Mejora el bienestar emocional y la salud física de las personas y, en particular, de los hombres.
2. Mejora el bienestar emocional y la salud física de las personas y, en particular, de las mujeres.
3. Empeora el bienestar emocional y la salud física de las personas y, en particular, de los hombres.
4. Empeora el bienestar emocional y la salud física de las personas y, en particular, de las mujeres.
5. No afecta claramente al bienestar emocional y a la salud física de las personas.

30. Cuando los límites del propio grupo se ensan-

chan hasta dar cabida a personas de grupos ajenos, de tal forma que quienes antes eran considerados como ‘ellos’ pasan ahora a ser parte del ‘nosotros’, se dice que se ha producido un proceso de:

1. Descategorización.
2. Recategorización.
3. Despersonalización.
4. Individualización.
5. Categorización cruzada.

31. Según la teoría del doble proceso de influencia, la influencia minoritaria se caracteriza por:

1. El efecto de complacencia.
2. El funcionamiento cognitivo convergente.
3. El efecto de conversión.
4. La inconsistencia.
5. Ser manifiesta.

32. El modelo que propone que hay una ruta central y otra periférica a la persuasión es el de:

1. La respuesta cognitiva.
2. La acción razonada.
3. Probabilidad de elaboración.
4. El grupo de Yale.
5. La acción planificada.

33. Los estudios sobre la disonancia producida por la conducta discrepante con la actitud muestran que se da mayor disonancia si la conducta:

1. Se elige libremente.
2. Es muy reforzada.
3. Tiene consecuencias positivas.
4. Se atribuye externamente.
5. Es privada.

34. Según las clasificaciones de la comunicación no verbal, el gesto de asentimiento inclinando repetidamente la cabeza hacia delante es:

1. Un ilustrador.
2. Un regulador.
3. Un adaptador.
4. Una gesticulación.
5. Un emblema.

35. El denominado “pensamiento grupal” se caracteriza por:

1. El pensamiento crítico.
2. El análisis detallado de las alternativas.
3. La ilusión de unanimidad.
4. La percepción de vulnerabilidad.
5. La reducción de la cohesión.

36. En los modelos psicométricos de Teoría de Respuesta a los Ítems (TRI), la función de información del test:

1. Toma los mismos valores para todos los niveles de la escala.
2. Informa sobre el coeficiente de validez del test.
3. Es función lineal de las puntuaciones de las personas en el test.
4. Permite cuantificar la información contenida en los ítems.
5. Constituye un indicador de los errores de medida del test.

37. La correlación entre dos mitades aleatorias de un test es:

1. El coeficiente de fiabilidad del test.
2. Menor que el coeficiente de fiabilidad del test.
3. El índice de fiabilidad del test.
4. El coeficiente alfa.
5. La raíz cuadrada del coeficiente de fiabilidad del test.

38. El error típico de medida de un test se define como la:

1. Diferencia entre la puntuación verdadera y la empírica en el test.
2. Diferencia entre la puntuación pronosticada y la empírica en el test.
3. Desviación típica de los errores de medida de las personas en el test.
4. Varianza de los errores de estimación cometidos al pronosticar un criterio.
5. Moda de los errores de medida de las personas en el test.

39. Si la varianza común entre dos variables es del 49%, ¿cuál es la correlación entre ambas?:

1. +0,98
2. +0,49
3. -0,49
4. -0,51
5. -0,70

40. Si $P(z < -0,5) = 0,3085$ y $P(z < 0,5) = 0,6915$, ¿qué porcentaje de una población con una distribución normal puede esperarse que obtenga puntuaciones comprendidas entre $z = -0,5$ y $z = 0,5$?:

1. 1,0000
2. 0,6915
3. 0,5000
4. 0,3830
5. 0,3085

41. El diseño en el cual el investigador no manipula la variable independiente, sino que espera a que acontezca de manera natural, se denomina:

1. Factorial de bloques incompletos.
2. De ciclo institucional.
3. Ex-post-facto.

4. De discontinuidad en la regresión.
 5. De control baremado.
- 42. En los diseños de medidas repetidas, la interacción de los sujetos con las ocasiones de medida puede dar lugar a que la prueba F resulte negativamente sesgada. ¿Cuál de las siguientes posibilidades puede evitar el problema?:**
1. Incrementar el tamaño de la muestra.
 2. Incrementar los niveles de la variable independiente.
 3. Reducir el nivel de significación.
 4. Transformar las puntuaciones.
 5. Espaciar la presentación de los tratamientos.
- 43. Una puntuación típica igual a 2 indica que la puntuación directa correspondiente:**
1. Se separa de la media dos unidades.
 2. Se separa de la media dos veces el valor de la desviación típica.
 3. Es el doble de la media.
 4. Se separa de la media dos unidades en valor absoluto.
 5. Es menor que la puntuación media.
- 44. La unidad de medida en que se expresa el coeficiente de variación es:**
1. La misma en la que están expresados los datos.
 2. La de los datos al cuadrado.
 3. Aquella en la que viene expresada la desviación típica.
 4. Aquella en la que viene expresada la media y la desviación típica.
 5. En ninguna.
- 45. El error de Tipo I es:**
1. La probabilidad de rechazar una hipótesis nula falsa.
 2. La probabilidad de rechazar una hipótesis nula verdadera.
 3. La probabilidad de aceptar una hipótesis nula falsa.
 4. La probabilidad de aceptar una hipótesis nula verdadera.
 5. El coeficiente confidencial.
- 46. La prueba de bondad de ajuste es un contraste estadístico acerca de:**
1. La distribución de una variable aleatoria en la población.
 2. La igualdad de dos variables aleatorias en la población.
 3. La igualdad de dos proporciones en la población.
 4. La pendiente de la función ajustada en la población.
5. La igualdad de k medias en la población.
- 47. Si en un contraste de hipótesis estadísticas disponemos de más de dos muestras pequeñas e independientes, un posible estadístico de contraste a aplicar es:**
1. El test de Friedman.
 2. La prueba de Wilcoxon.
 3. El test de signos.
 4. La U de Mann-Whitney.
 5. El test de Kruskal-Wallis.
- 48. Si la relación entre dos variables es lineal y se expresa como $Y = A+B*X$, entonces:**
1. A es una constante que indica la pendiente de la recta.
 2. B es la ordenada en el origen.
 3. B es la pendiente de la recta.
 4. Y es la variable que indica la pendiente de la recta.
 5. X es la variable predictora, Y la variable criterio y A y B son las constantes en el origen.
- 49. El muestreo polietápico:**
1. Es un tipo de muestreo aleatorio por conglomerados.
 2. Es un muestreo intencional.
 3. Es un procedimiento opinático para seleccionar una muestra en el que se procede por etapas.
 4. Es un tipo de muestreo estratificado, en el que se seleccionan las unidades por etapas en diferente número, para que así la muestra resulte representativa de la población.
 5. Resulta muy costoso en la práctica, debido a la necesidad de contar con el listado de todos los elementos de la población, para así proceder a la selección de la muestra por etapas.
- 50. En una investigación experimental, el tipo de validez que se refiere a la comprobación de la hipótesis sin el efecto de variables extrañas, se denomina:**
1. Externa.
 2. De constructo.
 3. De las conclusiones estadísticas.
 4. Ecológica.
 5. Interna.
- 51. La probabilidad del error Tipo II (beta) y la potencia de un contraste:**
1. Mantienen una relación lineal directa.
 2. Sólo dependen de la magnitud del efecto o grado de falsedad de la hipótesis nula.
 3. Dependen del nivel de significación fijado por el investigador y del tamaño de la muestra, pero es independiente de la magnitud del efecto.

4. Mantienen una relación lineal inversa: de hecho la potencia es 1 menos probabilidad del error de Tipo II.
 5. Son completamente independientes.
- 52. Aunque el análisis de varianza es una prueba robusta, cuando se incumple el supuesto de normalidad de las puntuaciones:**
1. Debe abandonarse la idea de utilizar esta prueba para analizar los datos.
 2. Deben transformarse los datos (ejemplo, $Y' = \log Y$), antes de proceder a su análisis.
 3. Deben suprimirse los valores extremos (los que están por debajo del cuartil primero y por encima del cuartil tercero) para después proceder al análisis.
 4. Si la variable independiente es nominal dicotómica, o puede dicotomizarse, puede utilizarse el ANOVA pero, en este caso, F se distribuye como Chi cuadrado.
 5. Si la variable independiente es nominal dicotómica, o puede dicotomizarse, puede utilizarse el ANOVA pero, en este caso, F se distribuye según la distribución de Poisson.
- 53. Una puntuación típica indica:**
1. El valor promedio de una distribución de frecuencias.
 2. La dispersión de una distribución.
 3. La probabilidad de cometer error en una predicción probabilística.
 4. El número de desviaciones típicas que una observación se separa de la media de su grupo.
 5. Una propiedad de la distribución.
- 54. Fuera del intervalo comprendido entre la media y más/menos dos desviaciones típicas se encuentra, como máximo, el 25% de las observaciones:**
1. Sólo si la distribución de frecuencias es binomial.
 2. Sólo si la distribución de frecuencias es simétrica.
 3. Sólo si la distribución de frecuencias es normal.
 4. Sólo si la distribución de frecuencias es multinomial.
 5. Sea cual sea la forma de la distribución de frecuencias.
- 55. El error típico de un estimador es:**
1. La varianza de la distribución muestral del estimador.
 2. La desviación típica de la distribución de la variable en la población.
 3. La desviación típica de la distribución muestral del estimador.
 4. La raíz cuadrada del estimador.
 5. La desviación media de la variable en la población.
- 56. El modelo estadístico que impone como condición que las pendientes de las rectas de regresión de k subpoblaciones sean iguales entre sí, es el análisis de:**
1. Varianza de dos factores con medidas independientes.
 2. Varianza de dos factores, diseño mixto, uno con medidas repetidas y otro con medidas independientes.
 3. Varianza con un criterio de clasificación y efectos aleatorios.
 4. Varianza sobre puntuaciones corregidas mediante curva normal.
 5. Covarianza con un criterio de clasificación y efectos fijos.
- 57. Se considera eficiente un estimador cuando:**
1. Agota toda la información que existe en la muestra en orden a estimar un parámetro.
 2. Su valor esperado coincide con el valor del parámetro de la población que estima.
 3. Su varianza muestral es mínima.
 4. Su valor esperado coincide con el valor del parámetro poblacional que estima si el tamaño de la muestra tiende a infinito.
 5. El valor esperado de la varianza del estimador coincide con el parámetro.
- 58. El modelo psicométrico que mejor permite estimar las distintas fuentes de error es:**
1. Modelo lineal clásico.
 2. Teoría de la generalizabilidad.
 3. Teoría de respuesta a los ítems.
 4. Modelo muestral de los errores.
 5. Test referidos al criterio.
- 59. En metodología de encuestas se definen como diseños de panel aquellos en los que:**
1. Los sujetos son entrevistados una sola vez a lo largo de la investigación.
 2. Los sujetos forman una "cohorte".
 3. Los sujetos son entrevistados más de una vez.
 4. La misma encuesta se repite a distintos sujetos durante el estudio.
 5. El objetivo es obtener una buena representación de la población y, secundariamente, el estudio del cambio.
- 60. Si el coeficiente de correlación múltiple entre una variable criterio y k variables predictoras es nulo, entonces podemos afirmar que:**
1. La variabilidad de la variable criterio está asociada en su totalidad a la variabilidad de las k variables predictoras.
 2. No cometemos ningún error al pronosticar

- mediante la ecuación de regresión múltiple.
3. La suma de los cuadrados residual o error es nula.
 4. La variable criterio no tiene variabilidad común con las k variables predictoras.
 5. Las k variables predictoras no están relacionadas linealmente entre sí.
- 61. La expresión “memoria operativa” o “memoria de trabajo”, frente a las expresiones “memoria a corto plazo” y “memoria primaria”, alude directamente a:**
1. La atención y la conciencia.
 2. La capacidad limitada de almacenamiento.
 3. La capacidad limitada de recursos.
 4. El tiempo de almacenamiento.
 5. El control del procesamiento.
- 62. Para los proponentes del marco de los niveles de procesamiento, ¿cuál de las siguientes variables es crítica en la codificación de la información?:**
1. La cantidad de atención.
 2. La cantidad de procesamiento.
 3. La intención de aprender.
 4. El nivel de conciencia.
 5. La calidad del procesamiento.
- 63. Según los recientes planteamientos sobre los sistemas de memoria, sólo un sistema de los siguientes es considerado como un sistema de acción o como un sistema no cognitivo. Señale cuál:**
1. Memoria procedimental.
 2. Sistema de representación perceptual.
 3. Memoria semántica.
 4. Memoria primaria.
 5. Memoria episódica.
- 64. Según el modelo dominante de memoria operativa o de trabajo, la repetición subvocal del material verbal se lleva a cabo en:**
1. El ejecutivo central.
 2. El lazo articulatorio.
 3. El almacén ecoico.
 4. La agenda visoespacial.
 5. El almacén del léxico.
- 65. La emoción que se caracteriza por tener un sentimiento o experiencia fenomenológica neutra, es:**
1. El miedo.
 2. La ira.
 3. La sorpresa.
 4. La hostilidad.
 5. El asco.
- 66. Según la jerarquía de necesidades de Maslow, ¿cuál de las siguientes necesidades se corresponde con la motivación de crecimiento?:**
1. Autorrealización.
 2. Valoración.
 3. Pertenencia.
 4. Seguridad.
 5. Fisiológica.
- 67. El ciclo vigilia-sueño del adulto es un claro ejemplo de los ritmos biológicos:**
1. Adrenérgicos.
 2. Ultradianos.
 3. Infradianos.
 4. Circadianos.
 5. Homeostáticos.
- 68. Para Wundt, la Psicología es:**
1. Ciencia de la sustancia anímica.
 2. Análisis comprehensivo del psiquismo humano.
 3. Ciencia de la mente como realidad física.
 4. Ciencia de la experiencia inmediata.
 5. Saber fisiológico de la sustancia pensante.
- 69. Según Franz Brentano, el acto psíquico se caracteriza por:**
1. Estar siempre hecho de sensaciones.
 2. Tener una referencia a un objeto o contenido.
 3. Estar fundado siempre en un impulso dinámico básico.
 4. Tener una naturaleza inmaterial y virtual.
 5. Carecer de localización y dimensiones.
- 70. De acuerdo con la teoría de las categorías naturales (Mervin y Rosch), los conceptos, como unidades de representación mental:**
1. Están constituidos por el conjunto de rasgos necesarios y suficientes que determinan su extensión.
 2. Contienen sólo aquellos rasgos que son específicos de los elementos a los que se aplican.
 3. Están organizados jerárquicamente en torno a un nivel básico de representación.
 4. Son disposiciones funcionales que median entre estímulos y respuestas.
 5. Se identifican con los prototipos o ejemplares de una clase de objetos naturales.
- 71. En los procesos de razonamiento que guían la resolución de problemas, se produce el efecto de fijeza funcional cuando:**
1. Somos incapaces de pensar en formas alternativas de usar los objetos, distintas de su función normal.
 2. Se aplican estrategias de tanteo por ensayo y error.

3. Se reduce el espacio del problema mediante un análisis de medios y fines.
 4. Se recurre a un procedimiento heurístico basado en el cálculo de probabilidades.
 5. Se recurre a un procedimiento algorítmico basado en reglas de la lógica formal.
72. **Uno de los rasgos distintivos del lenguaje hace referencia a la conexión existente entre unas oraciones y otras en virtud de su estructura. Por ejemplo, el hecho de que seamos capaces de producir y comprender la oración: “Ayer Juan invitó a café a Pedro”, posibilita que seamos capaces de producir y comprender la oración: “Ayer Pedro invitó a café a Juan”. ¿A qué rasgo se está haciendo referencia?:**
1. Creatividad.
 2. Sistemática.
 3. Arbitrariedad.
 4. Doble articulación.
 5. Desplazamiento referencial.
73. **Al comparar el rendimiento cognitivo de expertos y principiantes en la resolución de problemas, se ha comprobado que los expertos:**
1. Tienen a depender más de la memoria a corto plazo que los principiantes.
 2. Muestran un sesgo confirmatorio mayor que los principiantes.
 3. Dan más peso a las fases de preparación y planificación que los principiantes.
 4. Tienen un predominio de los procesos guiados por los datos, mientras que en los principiantes predominan los procesos guiados conceptualmente.
 5. Tienen una ventaja sobre los principiantes que es independiente del contenido informativo de los problemas con que se enfrentan.
74. **Se suele distinguir entre dislexia fonológica y superficial. Según esto, los disléxicos superficiales tienen dificultades especiales para leer palabras:**
1. Ortográficamente irregulares aunque sean de uso frecuente.
 2. Ortográficamente regulares pero inexistentes en el idioma (“pseudopalabras”).
 3. Con un bajo índice de familiaridad y frecuencia.
 4. Ambiguas con respecto a la categoría gramatical.
 5. Ambiguas con respecto al significado.
75. **Los trastornos de la capacidad lingüística que afectan al significado de las palabras y oraciones, se corresponden con el déficit conocido como afasia:**
1. Motora o expresiva.
 2. De Broca.
 3. De Wernicke.
 4. Anómica.
 5. De conducción.
76. **Con relación a los fotorreceptores de la retina humana, podemos afirmar que:**
1. El sistema de bastones permite la visión del color y el sistema de conos no.
 2. El sistema de bastones es menos sensible que el de conos.
 3. El sistema de bastones presenta una agudeza menor que el de conos.
 4. El número de bastones es menor que el de conos.
 5. El sistema de bastones es más sensible que el de conos a longitudes de onda largas.
77. **Al estudiar el patrón de vibración de la membrana basilar, cuando ésta es estimulada por un sonido simple, podemos observar que la envolvente de la onda desplazante:**
1. Presenta varios máximos a lo largo de la membrana.
 2. Aumenta en amplitud continuamente.
 3. Disminuye en amplitud continuamente.
 4. Presenta un máximo cerca del estribo (cerca de la base) para sonidos de alta frecuencia.
 5. Presenta un máximo cerca del estribo (cerca de la base) para sonidos de baja frecuencia.
78. **La clave acústica más importante para la identificación de las distintas vocales de un idioma es:**
1. La localización en frecuencia de los formantes.
 2. La duración de los formantes.
 3. La duración de las transiciones de los formantes.
 4. La dirección de las transiciones de los formantes.
 5. La amplitud de los formantes.
79. **En las curvas POC (Performance Operating Characteristics), en donde se representa en el eje X, el nivel de rendimiento en la tarea 1 y, en el eje Y, el nivel de rendimiento en la tarea 2, los niveles de rendimiento, según los teóricos de los recursos, están determinados por el principio de la:**
1. Suma.
 2. Resta.
 3. Multiplicación.
 4. División.
 5. Complementariedad.
80. **Los pacientes con lesiones en el lóbulo frontal que tienen dañado el sistema de supervisión atencional, manifiestan una conducta paradójica:**

ca al tener:

1. Una capacidad para formar imágenes mentales y dificultad para localizar estímulos espaciales.
2. Una concentración hacia estímulos relevantes y una perseveración en su conducta.
3. Una distraibilidad por estímulos no relevantes y una perseveración de su conducta.
4. Una reducida sensibilidad fonológica y códigos fonológicos intactos.
5. Una amplitud de memoria enorme y ser incapaces de marcar un número de teléfono.

81. Uno de los criterios que mejor distingue a los procesos automáticos de los controlados es que:

1. Los automáticos son evitables y no obligatorios.
2. Los automáticos son inevitables y obligatorios.
3. Los controlados son inevitables y obligatorios.
4. Los controlados son evitables y obligatorios.
5. Los controlados son inevitables y no obligatorios.

82. Una determinada conducta tiene como consecuencia la desaparición de un reforzador negativo. La consecuencia más probable será:

1. Una extinción de esa conducta.
2. Una conducta supersticiosa.
3. Un aumento de la inhibición condicionada.
4. Una disminución en la probabilidad de aparición de esa conducta en esas circunstancias.
5. Un aumento en la probabilidad de aparición de esa conducta en esas circunstancias.

83. Se presenta a una rata durante varios ensayos un EC compuesto por un tono y una luz, seguido inmediatamente por comida. Comprobamos que este EC compuesto genera una RC, pero que si presentamos el tono y la luz por separado, uno genera la RC y el otro no. Diremos que se ha producido:

1. Supresión condicionada.
2. Ensombrecimiento.
3. Inhibición latente.
4. Efecto de preexposición.
5. Troquelado.

84. Se presenta a una rata durante varios ensayos un tono, seguido inmediatamente por una descarga eléctrica. A continuación, se hacen varios ensayos más, en los que el tono va acompañado por una luz y, ambos, seguidos de la descarga eléctrica. Finalmente, se le presenta la luz sola y se comprueba si desencadena la RC. En esas circunstancias, cabe esperar que se haya producido:

1. Generalización.

2. Extinción.
3. Bloqueo.
4. Inhibición latente.
5. Inhibición de demora.

85. El aprendizaje implícito se caracteriza por:

1. Deteriorarse fácilmente en caso de trastorno neurológico.
2. Deteriorarse fácilmente con la edad.
3. Depender de la memoria episódica.
4. Producirse al margen de la conciencia.
5. Aparecer sólo en las personas intuitivas.

86. La mayoría de las diferencias en las aptitudes cognitivas entre sexos han desaparecido o se han suavizado mucho en los últimos 50 años, especialmente en las sociedades occidentales. Sin embargo, una excepción a este patrón de cambio es:

1. El razonamiento inductivo.
2. La fluidez verbal.
3. La velocidad perceptiva.
4. La aptitud numérica.
5. La capacidad espacial.

87. ¿Qué componente de la descomposición genética de la varianza fenotípica de los rasgos psicológicos refleja la acción diferencial de crianza que habitualmente realizan los padres con sus hijos, cuando éstos son de diferente sexo o edad?:

1. El de varianza genética $V(G)$.
2. El de varianza ambiental $V(A)$.
3. El de covarianza genes x ambiente $Cov(G \times A)$.
4. El de varianza ambiental específico $V(A_e)$.
5. El de varianza ambiental común $V(A_c)$.

88. La inteligencia fluida hace referencia a:

1. Las aptitudes cognitivas específicas.
2. Las aptitudes cognitivas primarias.
3. La capacidad cognitiva general.
4. Los conocimientos cognitivos aprendidos.
5. La flexibilidad o creatividad.

89. Cuando se comparan las distribuciones de las puntuaciones de diferentes medidas de rendimiento cognitivo de hombres y mujeres, se suele encontrar igualdad entre los valores medios, pero los valores de varianza siempre son mayores en los grupos de hombres que en los de mujeres. ¿Cómo se llama este fenómeno?:

1. Efecto de sesgo.
2. Hipótesis de cohorte.
3. Hipótesis de la variabilidad.
4. Efecto generacional.
5. Covarianza sexo/género.

- 90. ¿Qué factor o dimensión de los Cinco Grandes, medido a través del NEO-PI-R, refleja “el grado de organización, persistencia, control y motivación en la conducta dirigida a metas”?:**
1. Amabilidad.
 2. Extraversión.
 3. Responsabilidad.
 4. Apertura a la experiencia.
 5. Neuroticismo.
- 91. Según el modelo de Eysenck:**
1. Los extravertidos son menos sugestionables que los introvertidos.
 2. Los introvertidos aprenden más fácilmente que los extravertidos las prohibiciones sociales.
 3. Los extravertidos son más sensibles al dolor que los introvertidos.
 4. Los introvertidos están menos influenciados por los castigos en el aprendizaje que los extravertidos.
 5. Los extravertidos están menos influenciados por las recompensas que los introvertidos.
- 92. Según la distinción de Allport en cuanto a los componentes de la conducta (expresivo y adaptativo):**
1. El expresivo es deliberado y específicamente motivado.
 2. El expresivo es esencialmente propositivo (con un propósito o meta).
 3. El adaptativo se refiere al contenido de la conducta (a su valor funcional).
 4. El adaptativo hace referencia al modo y estilo con que cada uno desarrolla la conducta.
 5. El expresivo está fuertemente ligado a las presiones del contexto espacio-temporal.
- 93. El efecto de autorreferencia se refiere a:**
1. El incremento de tiempo necesario para hacer juicios sobre si alguna vez alguien nos describió con un adjetivo determinado.
 2. La observación de que algunas personas tienden a pensar que los demás hablan de ellos.
 3. El incremento en la tasa de recuerdo incidental para aquellos adjetivos que el sujeto ha producido espontáneamente al pedirle que se describa.
 4. El incremento en la tasa de recuerdo incidental de adjetivos cuando el sujeto ha juzgado el grado en que tales adjetivos le describen.
 5. La desaparición del efecto de recencia en la curva de posición serial cuando los adjetivos empleados son autodescriptivos.
- 94. Los dos sistemas afectivos, el que se refiere a las emociones positivas y el que se refiere a las emociones negativas:**
1. Están relacionados entre sí, de forma que al reducir el afecto negativo se aumenta el afecto positivo.
 2. Están asociados a las dimensiones de personalidad de neuroticismo y extraversión, respectivamente.
 3. Son bastante independientes entre sí, de forma que al reducir el afecto negativo no se incrementa necesariamente el positivo.
 4. Están asociados a las dimensiones de personalidad de apertura a la experiencia y neuroticismo, respectivamente.
 5. Se fundamentan fisiológicamente en los conceptos de excitación e inhibición cortical, respectivamente.
- 95. Entendiendo la personalidad como el sistema de constructos del individuo, para que dos personas tengan una relación importante entre sí es necesario que:**
1. Ambas construyan la experiencia de la misma manera.
 2. Ambas compartan acontecimientos vitales importantes.
 3. Cada una de ellas permita fluctuar libremente la conducta del otro, sin condiciones de mérito.
 4. Cada una sepa interpretar la forma de ver el mundo que tiene la otra.
 5. Ambas compartan el mismo sistema de constructos.
- 96. Señale las dimensiones del patrón de conducta Tipo-A:**
1. Asertividad, extraversión, hostilidad.
 2. Psicoticismo, extraversión, competitividad.
 3. Impulsividad, anhedonia, hostilidad.
 4. Competitividad, impaciencia, hostilidad.
 5. Anhedonia, neuroticismo, agresividad.
- 97. ¿Cuál de las siguientes predicciones se podría hacer sobre un sujeto “esquemático a independencia”?:**
1. Piensa continuamente que los demás son sumisos.
 2. Para juzgar a los demás como independientes necesita que éstos se comporten de manera extrema, bien de manera independiente, bien de manera sumisa.
 3. Para juzgar a los demás como independientes necesita que éstos se comporten de manera extremadamente independiente.
 4. Se trataría de alguien bien equipado disposicionalmente para ejercer de líder.
 5. Prestará atención a las conductas de los demás que revelen independencia o falta de ella.
- 98. De las alteraciones estructurales que se citan a continuación (detectadas por TAC craneal), hay**

una que **NO** se ha visto en la esquizofrenia. Señálela:

1. Dilatación ventricular (tercer ventrículo y ventrículos laterales).
2. Atrofia parietal.
3. Atrofia cerebelar.
4. Asimetría hemisférica invertida.
5. Atrofia cortical.

99. En el trastorno esquizofreniforme son síntomas de buen pronóstico, según el DSM-IV:

1. La presencia de embotamiento afectivo y de confusión/perplejidad durante la crisis.
2. La ausencia de confusión durante la crisis y un adecuado funcionamiento social/ocupacional premórbido.
3. El inicio de síntomas psicóticos en las cuatro primeras semanas y la confusión durante la crisis.
4. La presencia de afecto embotado y ausencia de confusión durante la crisis.
5. Ninguna de las anteriores es correcta.

100. En el contexto de los desarrollos actuales del modelo de vulnerabilidad, se concibe como marcador estable:

1. Aquella alteración que está presente y se mantiene estable con independencia de la evolución o del estado clínico actual.
2. Aquella alteración que está presente de continuo y es sensible al estado clínico del paciente.
3. Aquellas características que están presentes durante el episodio o crisis y desaparecen con ésta.
4. Los pródromos de un episodio activo del trastorno.
5. Ninguna de las anteriores es correcta.

101. Son síntomas negativos comúnmente asociados a la esquizofrenia:

1. La apatía, la pobreza afectiva y la ilogicidad.
2. La anhedonia, la alogia y la abulia.
3. La apatía, la insociabilidad y la distractibilidad.
4. La incoherencia del pensamiento y lenguaje.
5. Ninguno de los anteriores.

102. Los síntomas característicos de la esquizofrenia tipo I, según la tipología propuesta por Crow (1980, 1985, 1987), son las alucinaciones, delirios y:

1. Aplanamiento afectivo.
2. Alogia.
3. Trastornos del pensamiento.
4. Abulia.
5. Trastornos motores.

103. La esquizofrenia hebefrénica se caracteriza por:

1. Su inicio insidioso y la sistematización/presión del delirio.
2. Su inicio agudo y la absurdidad del comportamiento del paciente.
3. La afectividad pueril y la escasa sistematización delirante.
4. La presencia de ideación delirante.
5. Un buen pronóstico.

104. ¿Cómo se denomina el delirio en el que el paciente cree que sus sentimientos o acciones están controlados por una fuerza exterior?:

1. Delirio de control.
2. Irradiación o lectura del pensamiento.
3. Inserción del pensamiento.
4. Robo del pensamiento.
5. Pensamiento saltígrado.

105. Según el DSM-IV, el límite de edad que discrimina las distimias de comienzo temprano de las de inicio tardío es de:

1. 15 años.
2. 21 años.
3. 31 años.
4. 41 años.
5. 51 años.

106. El término hipomanía hace referencia a:

1. Un estado de ánimo por encima del polo maniaco, caracterizado por ideas megalomaniacas, alucinaciones grandiosas e interrupción del continuo vital.
2. Un estado delirante relacionado con manías de tipo referencial y persecutorio, además de abundantes alucinaciones cenestésicas.
3. Un estado de carácter subagudo del trastorno afectivo bipolar con exacerbaciones únicas del polo maniaco.
4. Un estado intermedio entre la manía y la depresión grave, caracterizado por cierta exaltación del ánimo sin ideas delirantes, alucinaciones ni interrupción de la actividad.
5. Un estado de ánimo definitorio de la ciclotimia.

107. Señale la respuesta correcta respecto a las ideas delirantes o alucinaciones en la depresión mayor:

1. Son siempre congruentes con el estado de ánimo.
2. Suelen ser ideas delirantes de ruina, pecado o catástrofe y/o alucinaciones auditivas difamatorias o acusatorias.
3. Sólo pueden presentarse ideas delirantes de

- culpa y alucinaciones auditivas tendentes a la autodestrucción.
4. No aparecen en ningún caso en los trastornos afectivos.
 5. Sólo se producen cuando existen episodios melancólicos.
- 108. En los trastornos depresivos con variaciones diurnas del estado de ánimo, la condición más frecuente es:**
1. Sentirse mejor por la mañana.
 2. Sentirse peor por la noche.
 3. Sentirse peor a mediodía.
 4. Sentirse peor por la mañana.
 5. Tener variaciones oscilantes e impredecibles.
- 109. El tratamiento con sales de litio:**
1. Tiene un efecto profiláctico únicamente sobre estados maníacos.
 2. Tiene un efecto de regulación del estado de ánimo.
 3. Tiene un efecto profiláctico únicamente sobre estados depresivos.
 4. Tiene un efecto sobre estados maníacos sólo cuando se trata de un primer episodio.
 5. Es un tratamiento de elección para la distimia.
- 110. Señale cuál de las siguientes alteraciones se observa en la Corea de Huntington:**
1. Afasia.
 2. Apraxia del vestir.
 3. Agnosia cromática.
 4. Déficit en funciones frontales.
 5. Amnesia disociativa.
- 111. ¿Cuál de los siguientes trastornos es una amnesia diencefálica?:**
1. La amnesia disociativa.
 2. El síndrome de Capgras.
 3. La amnesia global transitoria.
 4. El síndrome de Korsakoff.
 5. La amnesia bitemporal.
- 112. Señale lo correcto respecto al inicio, duración y carácter del delirium respectivamente:**
1. Insidioso, variable y reversible.
 2. Brusco, variable y reversible.
 3. Brusco, corta y reversible.
 4. Brusco, variable e irreversible.
 5. Brusco, larga e irreversible.
- 113. En la demencia debida a la enfermedad de Parkinson:**
1. La sintomatología es de tipo cortical.
 2. La evolución es rápida.
 3. Es característico el síndrome afaso-apraxo-agnósico.
4. El curso es reversible.
 5. Es frecuente la asociación con depresión.
- 114. ¿Qué trastorno se caracteriza por el fingimiento y/o la producción deliberada de signos o síntomas físicos o psicológicos con el único propósito de asumir el papel de enfermo?:**
1. Trastorno de conversión.
 2. Trastorno por somatización.
 3. Trastorno facticio.
 4. Simulación.
 5. Hipocondría.
- 115. ¿En qué trastorno se incluye la presencia de síntomas disociativos como criterio necesario para su diagnóstico?:**
1. De angustia sin agorafobia.
 2. Por estrés agudo.
 3. Bipolar I.
 4. Por ansiedad de separación.
 5. De ansiedad generalizada.
- 116. En la amnesia disociativa, la pérdida de información afecta a la memoria:**
1. Episódica implícita.
 2. Episódica explícita.
 3. Semántica.
 4. De procedimientos.
 5. Ninguna de las anteriores.
- 117. ¿Cuál es la característica definitoria de la embriaguez patológica?:**
1. Consumo de alcohol en ayunas.
 2. Pérdida de control.
 3. Desproporción entre la cantidad de alcohol ingerida y la magnitud de la alteración del comportamiento.
 4. Consumo conjunto de varias drogas.
 5. Borracheras frecuentes por mezcla de diferentes tipos de bebidas alcohólicas.
- 118. ¿En cuál de los siguientes tóxicos fue descrito inicialmente el síndrome amotivacional?:**
1. Heroína.
 2. Cocaína.
 3. Cannabis.
 4. Anfetaminas.
 5. Drogas de diseño.
- 119. Además del control del dinero, ¿a qué ámbitos debe referirse principalmente el control de estímulos en las primeras fases de la terapia del juego patológico?:**
1. Los hábitos de bebida asociados habitualmente a la ludopatía.

2. Las ganas de jugar.
 3. El pago de las deudas.
 4. El tiempo libre.
 5. Los circuitos peligrosos.
- 120. ¿Cuál de los siguientes procedimientos NO es habitual en el tratamiento del tabaquismo?:**
1. La técnica de retener el humo.
 2. La técnica de reducción gradual de ingestión de nicotina y alquitrán.
 3. Los parches transdérmicos de nicotina.
 4. Un programa de mantenimiento con antagonistas (naltrexona).
 5. La técnica de fumar rápido.
- 121. Según el modelo de Prochaska y Diclemente (1983), ¿cuál es el factor fundamental que se debe tener en cuenta para explicar la recuperación a largo plazo en los trastornos adictivos?:**
1. Los estadios de cambio.
 2. La entrevista motivacional.
 3. El efecto de violación de la abstinencia.
 4. Las expectativas de autoeficacia.
 5. El consumo controlado de la sustancia.
- 122. Dentro de la terapia cognitivo-conductual, en los trastornos de la conducta alimentaria, la percepción corporal se trabaja principalmente con:**
1. Entrenamiento en habilidades sociales.
 2. Técnicas de relajación.
 3. Control estimular.
 4. Técnica de resolución de problemas.
 5. Entrenamiento en la demora.
- 123. En comparación con los bulímicos, los obesos:**
1. Emplean conductas compensatorias, sobre todo ejercicio físico.
 2. Tienen una restricción alimentaria grave.
 3. Sólo comen cuando experimentan hambre.
 4. No están tan preocupados por su imagen corporal.
 5. Presentan depresión mayor y, frecuentemente, trastornos de personalidad.
- 124. La principal diferencia entre la bulimia nerviosa y la anorexia nerviosa es:**
1. En la bulimia se dan episodios de atracón y en la anorexia no.
 2. Las conductas purgativas son exclusivas de la bulimia.
 3. En la bulimia la paciente generalmente se mantiene en normopeso.
 4. Los desarreglos menstruales y/o la amenorrea son exclusivos de la anorexia.
 5. Ninguna de las anteriores es correcta.
- 125. Los psicofármacos que se han mostrado más eficaces en el tratamiento de la bulimia nerviosa son:**
1. Antagonistas opioides.
 2. Ansiolíticos.
 3. Neurolépticos.
 4. Anticomiciales.
 5. Antidepresivos.
- 126. La existencia de un patrón general de distanciamiento de las relaciones sociales y restricción de la expresión emocional en el plano interpersonal (criterios DSM-IV), caracteriza a las personas con un trastorno de la personalidad:**
1. Paranoide.
 2. Esquizoide.
 3. Esquizotípico.
 4. Evitador.
 5. Obsesivo.
- 127. Luisa tiene grandes dificultades para controlar sus reacciones emocionales, posee una imagen de sí misma inestable y poco clara, dice sentirse vacía, tiene un miedo irracional a que le abandonen sus amigos y, en el último año, ha sido hospitalizada en tres ocasiones por intentos de suicidio. Este cuadro hace pensar que padece un trastorno de la personalidad:**
1. Por dependencia.
 2. Límite.
 3. Antisocial.
 4. Esquizotípico.
 5. Histriónico.
- 128. Indique cuál de las características siguientes NO es propia de los que presentan un trastorno narcisista de la personalidad:**
1. Preocupación por fantasías de éxito, poder o amor imaginarios.
 2. Exigencia de admiración.
 3. Carencia de empatía.
 4. Arrogancia, soberbia y explotación de los demás en su propio beneficio.
 5. Preocupación por la posibilidad de ser criticados.
- 129. La falta de amigos íntimos y la suspicacia, que puede adquirir naturaleza de ideación paranoide, son características diagnósticas (criterios DSM-IV) del trastorno de personalidad:**
1. Esquizotípico.
 2. Por evitación.
 3. Límite.
 4. Antisocial.
 5. Obsesivo-compulsivo.
- 130. Un sistema familiar es definido como desligado, cuando los límites entre los subsistemas son:**

1. Difusos.
 2. Inexistentes.
 3. Claros.
 4. Permanentes.
 5. Rígidos.
- 131. La trama emocional a partir de la cual se desarrolla el síntoma psicótico ha sido denominada por Mara Selvini como:**
1. Núcleo relacional.
 2. Juego familiar.
 3. Trama relacional.
 4. Designación de paciente.
 5. Instigación.
- 132. La propiedad que hace que la familia como sistema se adapte a los cambios, tanto externos como internos, se denomina:**
1. Morfogénesis.
 2. Circularidad.
 3. Morfostasis.
 4. Neutralidad.
 5. Retroalimentación.
- 133. En la teoría de la comunicación, cuando un intercambio comunicacional está basado en la diferencia, hablamos de relaciones:**
1. Semejantes.
 2. Convergentes.
 3. Complementarias.
 4. Simétricas.
 5. Difusas.
- 134. ¿Qué se entiende por “insight” en terapia psicoanalítica?:**
1. Momentos del tratamiento en los que el paciente conecta y reconoce elementos de la vida mental y emocional que antes habían sido pre-conscientes o inconscientes.
 2. Momento intenso de ansiedad que antecede a la aparición de una crisis emocional provocada por intervención del terapeuta.
 3. Proceso consistente en la emergencia de fuertes resistencias inconscientes o conscientes que se expresan como oposición a toda intervención del terapeuta.
 4. Mecanismo de defensa por el que el sujeto rechaza cualquier sentimiento o idea que pudiera ser vivido como perturbador.
 5. Falso clima de entendimiento entre terapeuta y paciente que no implica modificación alguna en éste.
- 135. En psicoanálisis, el concepto de “serie complementaria” es utilizado para explicar:**
1. La relación entre frustración y angustia.
 2. Los factores endógenos que desencadenan la neurosis.
 3. Momentos específicos del vínculo terapéutico.
 4. La etiología de las neurosis.
 5. La relación entre los aspectos manifiestos y latentes del sueño.
- 136. Las terapias psicodinámicas utilizan técnicas de:**
1. Sugestión, interpretación y clarificación.
 2. Sugestión, confrontación y abreacción.
 3. Asesoramiento y clarificación.
 4. Hipnosis e interpretación.
 5. Interpretación, confrontación y clarificación.
- 137. La relación no neurótica, racional y razonable que el paciente tiene con su analista y le permite trabajar intencionalmente en la situación analítica es:**
1. La transferencia positiva.
 2. La alianza terapéutica.
 3. La relación terapéutica.
 4. La relación transferencial.
 5. El deseo consciente del paciente por mejorar.
- 138. Una interpretación compleja exige integrar:**
1. El conflicto infantil y la transferencia.
 2. El conflicto actual y el infantil.
 3. El conflicto actual y la transferencia.
 4. El conflicto actual, el infantil y la transferencia.
 5. El conflicto imaginario, simbólico y real.
- 139. Una terapia que emplee técnicas activas por parte del terapeuta, se dirija a un foco y establezca un tiempo límite, ¿puede considerarse una terapia psicodinámica?:**
1. No, porque atenta contra la neutralidad del terapeuta.
 2. No, porque atenta contra la atención flotante del terapeuta.
 3. No, porque atenta contra la libre asociación del paciente.
 4. Si, es una forma especial que emplea técnicas directivas y de sugestión.
 5. Si, es una terapia que emplea técnicas especiales de movilización y objetivos.
- 140. En la aplicación de técnicas de modelado en el tratamiento de fobias infantiles se ha comprobado que la más eficaz es el modelado:**
1. Social.
 2. Participante.
 3. Filmado.
 4. En vivo.
 5. Virtual.

- 141. Se va a aplicar un programa de exposición in vivo a un paciente con miedo al contagio por suciedad. Lo más indicado es comenzar con niveles que estén entre:**
1. 10-20 USAS.
 2. 20-30 USAS.
 3. 30-40 USAS.
 4. 40-50 USAS.
 5. Los límites que elija el paciente.
- 142. Señale cuál sería la indicación óptima de tiempo de exposición al estímulo fóbico en la técnica de la inundación:**
1. 30 minutos en días consecutivos.
 2. 60 minutos en días consecutivos.
 3. 60 minutos en días alternos.
 4. 2-3 horas durante 7 días consecutivos.
 5. 2-3 horas en días alternos.
- 143. ¿Cuál de los siguientes tratamientos se ha mostrado más eficaz para las fobias sociales?:**
1. Exposición en imaginación y técnicas de reestructuración cognitiva.
 2. Exposición en vivo y técnicas de solución de problemas.
 3. Exposición en vivo y técnicas de reestructuración cognitiva.
 4. Exposición en imaginación y técnicas de solución de problemas.
 5. Exposición en vivo sin adición de técnicas cognitivas.
- 144. La técnica de “inversión del hábito” fue desarrollada en 1973 para la intervención en:**
1. Tabaquismo.
 2. Desviaciones sexuales.
 3. Rituales compulsivos.
 4. Alcolholismo.
 5. Tics.
- 145. Señale en qué campo se utiliza y en qué consiste la técnica conductual denominada “apuntalamiento o técnica del puente”:**
1. Anorgasmia femenina; consiste en la estimulación manual del clítoris durante el coito.
 2. Depresión; consiste en un apoyo familiar reforzado en la primera fase del tratamiento.
 3. Trastornos de conducta infantiles; consiste en una facilitación de la conducta adecuada mediante la introducción de claves estimulares.
 4. Esquizofrenia; consiste en facilitar la adaptación al medio familiar tras un ingreso.
 5. Fobia social; consiste en apoyarse en una serie de claves de seguridad que faciliten la ejecución.
- 146. En general, en modificación de conducta, se diferencian tres formas de intervención basadas en:**
1. El estímulo discriminativo, la topografía de la conducta y el reforzamiento.
 2. La exposición, el manejo de contingencias y el control verbal.
 3. El estímulo, la respuesta y la estructura cognitiva.
 4. Los repertorios de conducta, las variables ambientales y los ensayos encubiertos.
 5. La extinción, el reforzamiento y el auto-control.
- 147. En el proceso de moldeamiento para el desarrollo de una conducta, se habrá de reforzar las conductas:**
1. Sólo cuando sean topográficamente idénticas a la conducta meta.
 2. Sólo cuando sean topográfica y funcionalmente idénticas a la conducta meta.
 3. Siempre que se asemejen a la topografía y funcionalidad de la conducta meta.
 4. Siempre que el sujeto utilice autoinstrucciones como guías para actuar.
 5. Siempre que estén presentes estímulos discriminativos.
- 148. El recondicionamiento orgásmico podría considerarse como una variante de la técnica de:**
1. DS in vivo.
 2. DS en imaginación.
 3. Moldeamiento.
 4. Encadenamiento.
 5. TRE de Ellis.
- 149. En la aplicación de la exposición en vivo a una persona con agorafobia, ésta hace frente más fácilmente a las situaciones temidas y con mayor éxito cuando:**
1. Empieza por las situaciones evitadas más fáciles.
 2. Sabe que no se producirá pánico durante la exposición.
 3. Puede distraerse, siempre que lo quiera, para reducir su nivel de ansiedad.
 4. Se hace de modo masivo para finalizar pronto la sesión.
 5. Se le permite que escape de la situación ante un alto nivel de ansiedad.
- 150. Una pareja está asistiendo a un terapeuta de conducta para resolver sus problemas. Un objetivo a conseguir es que ambos compartan las tareas del hogar. Para ello, Juan se compromete a limpiar el baño todos los sábados si Ana hace tortilla de patata, que le gusta mucho, y Ana se compromete a hacer la tortilla cada sábado que Juan limpie el baño. Esta estrategia se denomi-**

na:

1. Contrato paralelo.
2. Pille a su pareja haciendo algo positivo.
3. Desarmar a la pareja haciendo algo agradable para ella.
4. Reforzamiento diferencial.
5. Contrato quid pro quo.

151. De las siguientes técnicas, ¿cuál es imprescindible en el tratamiento conductual de la eyaculación precoz?:

1. La focalización sensorial.
2. El apretón basilar.
3. El recondicionamiento orgásmico.
4. La eyaculación condicionada.
5. La desensibilización sistemática.

152. Cuando la señora García pasa por delante de un hospital, le asalta la idea de que va a contraer alguna enfermedad porque siempre hay gérmenes allí. Estos pensamientos le generan una fuerte ansiedad. Respecto a la ansiedad, esos pensamientos:

1. Actúan como estímulos discriminativos.
2. Funcionan como estímulos condicionados.
3. Son respuestas cognitivas condicionadas.
4. No guardan ninguna relación funcional con el nerviosismo o la incomodidad.
5. Funcionan como estímulos incondicionados para la ansiedad o el nerviosismo.

153. Entre los procedimientos terapéuticos que incorporan la exposición graduada en el manejo de la ansiedad infantil, se encuentran:

1. Las imágenes agradables y la práctica reforzada.
2. La imaginación emotiva y la práctica reforzada.
3. La prevención de respuesta y el manejo de contingencias.
4. El manejo de contingencias y las escenificaciones emotivas.
5. La inundación y la prevención de respuesta.

154. Desde que se cayó, Ana (5 años) tiene mucho miedo a bajar las escaleras sola. Para que se le quite, la madre le anima a bajar poco a poco, primero dos escalones, después de realizar este paso varias veces, debe bajar tres, luego cuatro, aumentando progresivamente el número de escalones hasta completar la serie. Cada vez que la niña realiza correctamente el paso propuesto, recibe una pastilla de chocolate. ¿Qué técnica está utilizando la madre?:

1. Desensibilización sistemática en vivo.
2. Práctica reforzada.
3. Manejo de contingencias.
4. Inhibición de la respuesta de ansiedad.

5. Convencimiento reforzado.

155. Al explicar cómo funciona el método de la alarma (Mowrer) durante el proceso de condicionamiento, el terapeuta dice a los padres de un niño enurético que:

1. El sonido de la alarma funciona como un EC (estímulo condicionado) que es asociado a la tensión del detrusor (estímulo incondicionado, EI).
2. La alarma (EI) genera dos respuestas condicionadas: contraer el esfínter y despertar.
3. La tensión del detrusor (EC) se asocia al sonido de la alarma (EI).
4. La tensión del detrusor (EC) provoca dos respuestas condicionadas: relajar el esfínter y orinar.
5. Se desconoce cómo funcionan los distintos elementos de este método en el curso del condicionamiento.

156. Un terapeuta de conducta le pide a una paciente con agorafobia que realice el siguiente ejercicio de autoexposición: permanecer en una larga cola para conseguir unas entradas. Después de 30 minutos de espera siente que no puede resistir más la situación. ¿Qué debe hacer para que la exposición resulte eficaz?:

1. Marcharse a su casa e intentarlo de nuevo.
2. Acercarse a una cafetería, tomar un ansiolítico, esperar hasta notar sus efectos y regresar a la cola.
3. Concentrarse en mirar las carteleras del cine para distraer su atención del hecho de permanecer en la cola.
4. Decirle a la persona que está detrás de ella que por favor le saque la entrada porque se siente mal. Marcharse y volver a la hora de la función.
5. Solicitar al que está delante que le guarde la vez, acercarse a un lugar tranquilo para tomarse un descanso y volver a la cola lo antes posible.

157. Si un terapeuta de conducta decidiera emplear la relajación progresiva con un niño menor de 8 años, tendría que tener en cuenta, por lo menos, las siguientes pautas:

1. Realizar una sesión en días alternos de una duración aproximada de 30 minutos y proporcionar instrucciones breves.
2. Atender a grandes grupos de músculos (brazos, piernas, tórax) y realizar sesiones cortas (no más de 15 minutos), pero diarias.
3. Realizar sólo una sesión semanal amplia (de unos 30-45 minutos), emplear técnicas de modelado y el contacto físico con el adulto.
4. Emplear el mismo método que en los sujetos adultos, pero haciendo hincapié en los ejerci-

- cios de respiración.
5. En realidad, no debería utilizar la relajación progresiva hasta que el niño haya cumplido los 10 años.
- 158. El tratamiento de las obsesiones asociadas a estímulos internos y desastres futuros anticipados mejora con diversos procedimientos conductuales. Señale cuál de los siguientes es el más útil:**
1. Inundación imaginaria.
 2. Saciación.
 3. Intención paradójica.
 4. Desensibilización sistemática.
 5. Alivio de aversión.
- 159. A un niño con un fuerte temor a permanecer solo en casa, el terapeuta le entrena en una sesión diciéndole: “cierra los ojos e imagina que estás solo en tu cuarto, tus padres han salido un momento a hacer unas compras, no sabes qué hacer y aprovechas para poner tu música favorita muy alta lo que hace que te sientas muy contento e independiente; si sientes algo de ansiedad, levanta la mano derecha”. El terapeuta utiliza:**
1. Exposición prolongada en imaginación para conseguir que el niño se habitúe a la situación temida.
 2. Imágenes emotivas como respuesta inhibitoria de la ansiedad.
 3. Reforzamiento positivo en imaginación: la música refuerza la conducta de permanecer solo.
 4. Desensibilización sistemática tradicional.
 5. Práctica reforzada imaginaria.
- 160. ¿Cuál de estos componentes NO es frecuente en los programas cognitivo-comportamentales para el tratamiento del trastorno de pánico?:**
1. Procedimientos de reestructuración cognitiva respecto a la interpretación catastrofista de las sensaciones corporales.
 2. Técnicas de manejo de los síntomas (relajación muscular, respiración...).
 3. Exposición sistemática interoceptiva ante las sensaciones temidas.
 4. Técnicas dirigidas a la modificación de los sesgos atencionales del paciente.
 5. Experimentos conductuales planificados para refutar las creencias del paciente.
- 161. ¿Qué técnica de la terapia cognitiva de Beck está indicada para que un paciente se distancie de sus pensamientos?:**
1. Evidencia ante el jurado.
 2. Flujo de conciencia.
 3. Técnica del rol fijo.
 4. Técnica de reatribución.
 5. Registro de pensamientos automáticos.
- 162. Según Ellis, la filosofía de la autoperturbación se relaciona con:**
1. Los “tener que” o “debería” absolutistas.
 2. Constructos sesgados.
 3. Distorsiones o errores cognitivos.
 4. Modos y esquemas hipervalentes.
 5. El modelo A-B-C.
- 163. ¿Qué técnica desarrolló Guidano, en la psicoterapia cognitiva postracionalista, para guiar al paciente en su reconstrucción de la experiencia inmediata?:**
1. Técnica de la rejilla.
 2. Técnica de la moviola.
 3. Técnica de la metaforización.
 4. Reconstrucción narrativa.
 5. Tiempo de espejo.
- 164. La técnica cognitiva de la flecha descendente (o “hacia abajo”):**
1. Se utiliza en los trastornos de personalidad pero no en las drogodependencias.
 2. Insta a que los pacientes consideren el significado personal de sus pensamientos manifiestos y les ayuda a articular sus creencias subyacentes.
 3. Consiste en trazar flechas entre los pensamientos y las emociones que aparecen en el registro de pensamientos.
 4. Se usa con independencia de la aparición de emociones negativas intensas.
 5. Intenta sondear significados más superficiales y llegar al esquema nuclear racional.
- 165. El cuestionamiento abierto y directo de las creencias del cliente se conoce como:**
1. Disputa racional.
 2. Comprobación de hipótesis.
 3. Ensayo cognitivo.
 4. Valoración del dominio y agrado.
 5. Cuestionamiento circular ascendente.
- 166. En las terapias cognitivas, la evocación de las experiencias de la niñez:**
1. Es esencial en el tratamiento de la depresión aguda según el modelo de Beck.
 2. Se trabaja mediante la evocación de imágenes pero sin el empleo de dramatizaciones.
 3. No tiene importancia en el trastorno crónico de la personalidad.
 4. Se utiliza para poder establecer el papel de la vinculación temprana con una figura de apego, especialmente en modelos de corte constructivista como el de Guidano.

5. No consigue cambios más allá de los que producen las técnicas cognitivas estándar.
- 167. El procedimiento terapéutico en el que (1) el cliente escribe una descripción de sí mismo (autocaracterización); (2) el terapeuta la re-escribe de forma que permita la exploración de esquemas alternativos; (3) se le pide al sujeto que ejecute el nuevo rol en su vida cotidiana durante dos semanas; y (4) se trabaja desde la nueva perspectiva para reestructurar sus constructos o esquemas supraordenados, se conoce como:**
1. Ensayo de conducta.
 2. Psicodrama.
 3. "Role playing".
 4. Técnica del rol fijo.
 5. Exposición gradual.
- 168. El supuesto básico de cualquier terapia cognitiva es que:**
1. El conflicto deriva de errores particulares en el procesamiento de la información.
 2. Las cogniciones falsas o desadaptativas subyacen a los problemas emocionales y de conducta.
 3. Las emociones pertenecen al mundo afectivo y las cogniciones al racional, siendo la conducta el punto de conexión.
 4. Los procesos de pensamiento determinan la conducta, pero no las emociones.
 5. Los procesos de pensamiento determinan las emociones, pero no la conducta.
- 169. ¿Cuál de estas reglas NO se aplica a la generación de alternativas en la solución de problemas?:**
1. La crítica queda eliminada.
 2. Se alienta la rienda suelta.
 3. Se desea la cantidad.
 4. Se buscan combinaciones y mejoras.
 5. Se anticipan las consecuencias de las alternativas.
- 170. La "D" del modelo ABC de Ellis hace referencia a:**
1. Estímulos desencadenantes de la emoción.
 2. Estímulos distractores.
 3. Debate de las creencias irracionales.
 4. Disonancia.
 5. Decisión.
- 171. Al trabajo conjunto de paciente y terapeuta cognitivo en el diseño de experimentos que ayudan a poner a prueba las creencias del paciente, se le denomina:**
1. Método socrático.
 2. Empirismo colaborativo.
 3. Feedback continuo.
 4. Reestructuración cognitiva.
 5. Método científico.
- 172. Concentrarse en un detalle extraído fuera de su contexto y conceptualizar toda la experiencia en base a ese fragmento, es un conocido error cognitivo que se denomina:**
1. Generalización excesiva.
 2. Personalización.
 3. Inferencia arbitraria.
 4. Abstracción selectiva.
 5. Pensamiento absolutista.
- 173. Según el tipo de preguntas, los autoinformes pueden clasificarse en:**
1. Orales y escritos.
 2. Estructurados, semiestructurados y no-estructurados.
 3. Abiertos y cerrados.
 4. Retrospectivos, concurrentes y futuros.
 5. Naturales y de laboratorio.
- 174. Una técnica que, sin ser específica de evaluación neuropsicológica, puede indicar daño cerebral es:**
1. La escala de inteligencia de Wechsler para adultos (WAIS).
 2. La escala de inteligencia de Wechsler para niños (WISC).
 3. El test de matrices progresivas de Raven.
 4. El test de apercepción temática (TAT).
 5. La escala de inteligencia de Binet-Simon.
- 175. Cuando, a la hora de diseñar una técnica de registro de observación, lo que nos interesa es la constatación de las relaciones funcionales antecedente-respuesta o respuesta-consecuente, que se producen entre dos o más personas, tendremos que elaborar:**
1. Un registro de conductas.
 2. Una escala de estimación.
 3. Un registro narrativo.
 4. Una matriz de interacción.
 5. Un código de categorías.
- 176. El diferencial semántico es una técnica subjetiva construida como:**
1. Una escala bipolar de adjetivos de intensidad.
 2. Una escala ipsativa de adjetivos.
 3. Una escala de elección forzada de adjetivos.
 4. Un listado de afirmaciones que el sujeto debe atribuirse.
 5. Una estructura de rejilla.
- 177. Según la clasificación de técnicas proyectivas basada en la diversidad estimular que éstas**

- presentan, el test de Rorschach debe ser considerado como una técnica:
1. Temática.
 2. Expresiva.
 3. Estructural.
 4. Constructiva.
 5. Asociativa.
- 178. Si decidimos utilizar la autoobservación como técnica de evaluación, hemos de saber que aumentaremos la reactividad del sujeto si:**
1. Debe registrar un gran número de conductas.
 2. Le pedimos que registre conductas verbales.
 3. Le pedimos que registre una variable antecedente de la conducta problema.
 4. Utilizamos instrumentos de registro poco llamativos.
 5. Se le aplica un programa de registro variable.
- 179. ¿Cuál de estas escalas del MMPI-2 se considera de contenido?:**
1. OBS.
 2. GM.
 3. RE.
 4. DO.
 5. VRIN.
- 180. Para proceder a una evaluación preventiva se deben considerar aquellas variables que, si están presentes, incrementan la posibilidad de desarrollar trastornos psicopatológicos. ¿A qué tipo de variables se está aludiendo?:**
1. Resistencia.
 2. Variables modales.
 3. Variables causales.
 4. Factores de riesgo.
 5. Mecanismos.
- 181. Las pruebas denominadas CPT (Continuous Performance Test) están indicadas para el análisis de habilidades:**
1. De memoria motora.
 2. Perceptivas.
 3. Atencionales.
 4. De discriminación fina auditiva.
 5. De grafo-motricidad.
- 182. ¿Qué estilo básico de personalidad tienen, según los criterios de T. Millon, los sujetos con un trastorno de la personalidad narcisista?:**
1. Activo-dependiente.
 2. Activo-independiente.
 3. Pasivo-dependiente.
 4. Pasivo-independiente.
 5. Pasivo ambivalente.
- 183. El estadístico preferido para calcular la fiabilidad diagnóstica interjueces, en la investigación psicopatológica y psiquiátrica, ha sido tradicionalmente:**
1. Alfa.
 2. Kappa.
 3. "R" (test-retest).
 4. Prueba de "T".
 5. Prueba de "F".
- 184. El DSM-IV es un típico ejemplo de taxonomía:**
1. Monotética.
 2. Politética.
 3. Esencialista.
 4. Filética.
 5. Extensiva.
- 185. El sistema de clasificación psicopatológica RDC (Research Diagnostic Criteria) se basó en:**
1. La etiología.
 2. El pronóstico.
 3. El modelo teórico psicoanalítico.
 4. Factores socio-culturales de anormalidad.
 5. Criterios operativos.
- 186. La versión DSM-III tuvo su fundamento técnico y metodológico inmediato en:**
1. La CIE-9.
 2. El DSM-II.
 3. La CIE-8.
 4. Los criterios de Feighner.
 5. La psiquiatría alemana.
- 187. Las pautas de entrevista más estructuradas mejoran algunos criterios de calidad, entre ellos:**
1. La exactitud.
 2. La sensibilidad.
 3. La validez de contenido.
 4. La validez de constructo.
 5. La especificidad.
- 188. El proceso de evaluación psicológica clínica finaliza:**
1. Con el contraste de hipótesis de formulación clínica.
 2. Cuando se inicia el tratamiento.
 3. Cuando se dispone de un diagnóstico completo CIE-10 o DSM-IV.
 4. Cuando termina el tratamiento.
 5. Con la evaluación de la efectividad de la intervención.
- 189. Los trabajos de Campbell y Fiske (1955) relativos a las matrices multirasgo-multimétodo indican que en el proceso de evaluación psicológica**

se debe:

1. Utilizar métodos cualitativos.
2. Contar con datos provenientes de distintos métodos para evaluar cada variable.
3. Utilizar métodos cuantitativos eliminando los datos cualitativos.
4. Evitar las pruebas de papel y lápiz por su baja validez.
5. Contar con datos provenientes de distintos cuestionarios que midan la misma variable para buscar validez convergente.

190. El criterio que asegura una mejor calidad del proceso de evaluación psicológica clínica es:

1. La fiabilidad de las pruebas utilizadas.
2. La validez del constructo, es decir, de la interpretación de los datos.
3. La validez ecológica de las pruebas utilizadas y del proceso seguido.
4. La validez de criterio de las pruebas utilizadas y del proceso seguido.
5. La validez de contenido de las pruebas utilizadas y del proceso seguido.

191. Los acercamientos cognitivo-conductuales al proceso de evaluación psicológica clínica diferencian dos momentos esenciales, a saber:

1. Descriptivo y analógico.
2. Psicométrico y analítico.
3. Descriptivo y funcional.
4. Diagnóstico y análisis funcional.
5. Descriptivo y diagnóstico.

192. Se denominan artefactos de un registro poligráfico a:

1. Los sistemas de conversión y registro.
2. Los dispositivos de amplificación de la señal.
3. Las alteraciones no deseadas de las respuestas fisiológicas que se registran.
4. Los aparatos portátiles de registro.
5. Los sistemas modulares computerizados.

193. Las unidades de medida que se utilizan en observación son:

1. Ocurrencia, frecuencia, duración e intensidad o magnitud.
2. Las relacionadas con el diferencial semántico.
3. Las obtenidas a través del índice de validez empírica.
4. Las basadas en criterios de contrastes.
5. La evaluación de calibración y la evaluación diagnóstica de precisión.

194. Cuando el cociente de inteligencia de un niño se encuentra comprendido entre 35 y 49, siendo el nivel de desarrollo del lenguaje variable y, a veces, simultáneamente alto el nivel de realiza-

ción de tareas viso-espaciales, dicho niño se identifica como:

1. Subnormal mental grave.
2. Oligofrénico profundo.
3. Deficiente mental sin especificación.
4. Morón.
5. Subnormal mental moderado.

195. En psicopatología infantil, un trastorno que se presenta en la edad de la lactancia y en la primera infancia, que se caracteriza por anomalías persistentes en las formas de relación social acompañadas de alteraciones emocionales que son reactivas a cambios en las circunstancias ambientales, se denomina:

1. Síndrome de malos tratos con problemas físicos.
2. Síndrome de Asperger.
3. Trastorno de vinculación reactivo.
4. Psicopatía por carencia afectiva.
5. Trastorno de ansiedad fóbica.

196. El trastorno de ansiedad de separación se diagnosticará:

1. Cuando el comienzo ha tenido lugar asociado a una alteración generalizada del desarrollo de la personalidad.
2. Sólo cuando el temor a la separación constituya el foco de ansiedad y cuando la ansiedad aparezca en edades tempranas por primera vez.
3. Cuando aparece durante la adolescencia.
4. Cuando existe desconfianza ante los extraños.
5. Cuando no existan síntomas psicósomáticos asociados.

197. Una de las diferencias entre los rituales evolutivos y los rituales compulsivos del TOC en la infancia es que:

1. Los rituales del TOC abarcan normas de la vida cotidiana como el coleccionismo, la comprobación, etc.
2. Los rituales del TOC son percibidos por padres y maestros como normales.
3. Los rituales evolutivos pueden interferir gravemente en el desarrollo global del niño.
4. Los rituales evolutivos se presentan en forma de actividad lúdica.
5. Los rituales evolutivos son más persistentes y elaborados que los rituales del TOC.

198. La modalidad más frecuente de adquisición de fobias en niños y adolescentes es:

1. Procesos de deshabitación.
2. Miedos evolutivos.
3. Aprendizaje vicario.
4. Determinación genética.

5. Situaciones estresantes.
- 199. El tratamiento en hospitales de día para pacientes con trastornos de la conducta alimentaria ofrece las siguientes ventajas, EXCEPTO una. Señálela:**
1. Se afronta el incremento de peso con mayor estabilidad emocional.
 2. Se atenúan las posibilidades de regresión y dependencia.
 3. Se confiesa más fácilmente la enfermedad, en lugar de negarla o disociarla.
 4. Se alivia el secreto de las pautas.
 5. Es menos probable la oposición al tratamiento.
- 200. Un trastorno psicopatológico infantil caracterizado por una notable selectividad de origen emocional en el modo de hablar, de tal forma, que el niño demuestra su capacidad lingüística en algunas circunstancias pero deja de hablar en otras circunstancias definidas y previsibles, se define como:**
1. Trastorno específico del desarrollo del habla y del lenguaje.
 2. Autismo infantil.
 3. Trastorno generalizado del desarrollo.
 4. Mutismo selectivo.
 5. Disfasia o afasia sin especificación.
- 201. Las estrategias de afrontamiento activo frente al estrés:**
1. Producen un incremento de la presión arterial.
 2. Producen un decremento de la presión arterial.
 3. Dan lugar a una disminución de la tasa cardíaca.
 4. Disminuyen la activación beta-adrenérgica.
 5. No influyen sobre la activación cardiovascular.
- 202. La ira y la hostilidad se han relacionado principalmente con:**
1. El dolor crónico.
 2. El asma bronquial.
 3. Las disfunciones sexuales.
 4. Los trastornos cardiovasculares.
 5. Los trastornos dermatológicos.
- 203. El entrenamiento en biofeedback más efectivo para el tratamiento de las cefaleas tensionales es:**
1. Tasa cardíaca.
 2. Electromiograma.
 3. Temperatura periférica.
 4. Conductancia de la piel.
 5. Ondas alfa.
- 204. ¿Cuál de los siguientes componentes NO consti-**
- tuye propiamente una de las fases de la respuesta sexual humana según el modelo propuesto por Masters y Johnson (1970)?:**
1. El deseo.
 2. La excitación.
 3. La meseta.
 4. El orgasmo.
 5. La resolución.
- 205. La persistencia de una erección continuada, junto con la dificultad para recuperar la relajación del pene, producida de forma involuntaria, se denomina:**
1. Incapacidad eyaculatoria.
 2. Priapismo.
 3. Anorgasmia.
 4. Impotencia.
 5. Eyaculación diferida.
- 206. ¿Qué trastorno sexual masculino guarda normalmente una relación de frecuencia inversamente proporcional con la edad cronológica de los hombres?:**
1. La eyaculación precoz.
 2. La impotencia.
 3. La dispareunia.
 4. La anorgasmia.
 5. El deseo sexual hipoactivo.
- 207. ¿Cuál de los siguientes trastornos sexuales NO constituye una categoría diagnóstica incluida en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV, 1994)?:**
1. El trastorno por aversión al sexo.
 2. La eyaculación precoz.
 3. El deseo sexual hipoactivo.
 4. El trastorno orgásmico.
 5. La eyaculación retardada.
- 208. La presencia o no de fantasías sexuales puede constituir un elemento diferencial que permita diagnosticar la posible existencia de la siguiente disfunción sexual:**
1. Anorgasmia.
 2. Excitación sexual.
 3. Deseo sexual hipoactivo.
 4. Eyaculación precoz.
 5. Dispareunia.
- 209. La ausencia mental es una alteración de la:**
1. Memoria.
 2. Atención.
 3. Percepción.
 4. Conciencia.
 5. Identidad.

210. Una de las respuestas ante situaciones estresantes que ocurre en el proceso atencional es:

1. Focalización de la atención sobre los estímulos peligrosos, a expensas de los estímulos no peligrosos.
2. Un exceso de concentración, que lleva a la persona a atender intensamente a todos los estímulos.
3. Un exceso de selectividad atencional, que hace que la persona atiende a los estímulos irrelevantes.
4. Una disminución general del nivel de vigilancia.
5. La atención no se ve afectada por las situaciones estresantes.

211. El estado crepuscular implica:

1. La ausencia total de conciencia, y suele deberse a trastornos circulatorios, cuadros tóxicos y traumatismos cerebrales.
2. Una ausencia total de conciencia, que en ocasiones es reversible si se llama al paciente por su nombre.
3. Un estrechamiento extremo de la conciencia, con un enfoque atencional hacia vivencias interiores.
4. Una ausencia total de conciencia que se acompaña de una intensa contracción muscular.
5. Alteración de la conciencia que cursa con apatía, somnolencia, y al dejar al paciente solo, se duerme.

212. A los estados en los que el paciente se encuentra mudo, inmóvil, no responde apenas a estímulos dolorosos ya que existe una falta de reacción al ambiente, aunque una vez pasado este estado, el individuo puede proporcionar información sobre el mismo, se le denomina:

1. Coma.
2. Estupor.
3. Somnolencia.
4. Ausencia mental.
5. Obnubilación.

213. Se suele denominar hiperprosexia a:

1. Cambios afectivos rápidos y bruscos.
2. Cambios continuos en la focalización de la atención.
3. Afectos intensos y rígidos.
4. Perplejidad atencional.
5. Distorsión perceptiva de la intensidad.

214. Al estado caracterizado por una total ausencia de conciencia, laxitud muscular, ausencia de respuesta a estímulos dolorosos y amnesia lacunar posterior se le denomina:

1. Somnolencia.

2. Ausencia mental.
3. Estupor.
4. Coma.
5. Obnubilación.

215. “Estaba con mi padre recogiendo almendras en el monte y de pronto sentí como una fuerte punzada en el corazón y entonces vi claramente que un gusano verde y grande me entraba en la cabeza por la parte de detrás del cuello. Desde entonces está ahí dentro”. Este relato ejemplifica:

1. Una alucinación extracampina.
2. Una ilusión denominada “sensación de presencia”.
3. Un delirio hipocondríaco.
4. Una metamorfopsia.
5. Una aglutinación perceptiva.

216. Las hiperestesias consisten en:

1. Una interpretación anormal de la cualidad de los estímulos percibidos.
2. Una integración o fusión anormal de las sensaciones captadas por órganos sensoriales diferentes.
3. Que el tamaño o la forma de un objeto se percibe de modo inadecuado.
4. Que no se percibe el sabor de los alimentos.
5. Que la intensidad de los estímulos se percibe de un modo extremadamente elevada.

217. La ausencia de control por parte del individuo sobre sus alucinaciones, entendida como imposibilidad o gran dificultad para alterar la experiencia a voluntad propia, es una característica:

1. Exclusiva de las alucinaciones.
2. Compartida por diversas patologías mentales, tales como las imágenes parásitas, las hipnagógicas o las obsesivas.
3. Dependiente del estado emocional del individuo que alucina y de la complejidad del contenido alucinatorio.
4. Que permite diferenciar entre una alucinación psicótica y otra de origen neurótico.
5. Que permite distinguir entre una alucinación y una pseudoalucinación.

218. María se niega a salir de su habitación porque dice que, cada vez que lo hace, siente pellizcos y manoseos por todo su cuerpo, a la vez que unas voces la insultan y le dicen groserías. María presenta:

1. Alucinaciones táctiles o hápticas y auditivas.
2. Delirios zoopáticos.
3. Alucinaciones extracampinas.
4. Alucinaciones hipnagógicas.
5. La alucinación denominada “dolor fantasma”.

- 219. Luis ha enviudado recientemente y relata que, algunas noches, cuando entra en su habitación para dormir, puede escuchar la respiración de su mujer dormida en la cama. Es plenamente consciente de que esta sensación es imposible, porque su mujer ha muerto, pero al mismo tiempo la experimenta de un modo sumamente vívido y realista. Luis presenta:**
1. Imágenes hipnopómpicas.
 2. Pareidolias auditivas.
 3. Imágenes eidéticas.
 4. Pseudoalucinaciones.
 5. Imágenes parásitas.
- 220. “Durante toda la mañana me fue imposible unir el color de los objetos con su forma. Por ejemplo, veía el verde de las manzanas por un lado y su forma redondeada por otro. Esta experiencia, que al principio me resultó extraordinariamente atractiva, se fue tornando cada vez más angustiosa y aterradora”. Este relato podría ser un ejemplo de:**
1. Alucinación refleja.
 2. Alucinación funcional.
 3. Imagen alucinoide.
 4. Sinestesia.
 5. Metacromía.
- 221. Indique cuál de los elementos que se enumeran favorece la aparición de una experiencia alucinatoria:**
1. Que el individuo tenga gran capacidad imaginativa.
 2. Que el rasgo de personalidad predominante sea el de “apertura a la experiencia”.
 3. Que se hayan experimentado previamente y hayan tenido un papel reforzante (por ejemplo, alivio de la ansiedad).
 4. Que el individuo posea una elevada conciencia de sí mismo (autoconciencia privada).
 5. Que el individuo carezca de habilidades sociales.
- 222. Uno de los trastornos formales del pensamiento que es categorizado como trastorno de tipo “positivo” es:**
1. Incoherencia.
 2. Bloqueo.
 3. Pobreza del contenido del habla.
 4. Alogia.
 5. Neopragmatismos.
- 223. La afasia de Wernicke:**
1. Se relaciona con la comprensión del lenguaje.
 2. Se produce tras una lesión del área 44 de Brodman en el lóbulo frontal.
 3. Comporta una grave alteración en la articulación fonémica.
 4. Es también llamada afasia anterior.
 5. Se caracteriza nuclearmente por la aparición de neologismos aunque la comprensión está conservada.
- 224. Un delirio primario se refiere a que:**
1. La idea delirante es producto de una enfermedad orgánico-cerebral.
 2. El fundamento del delirio es la explicación de sensaciones anómalas previas.
 3. Las ideas erróneas son autónomas, originales, engendradas patológicamente.
 4. La idea delirante tiene diversos grados de probabilidad.
 5. Se trata de una interpretación delirante de una percepción normal.
- 225. La logoclonía es un trastorno que se define por:**
1. Una intensa compulsión a hablar con un curso acelerado.
 2. Un trastorno de la voz orgánico o funcional.
 3. Repetición de una sílaba.
 4. Dificultad en el habla debida a un trastorno del tono de los músculos que controlan la articulación.
 5. Alteración neurológica presente en la epilepsia.
- 226. El delirio o síndrome de Clérambault-Kandinsky se caracteriza fundamentalmente por una temática de:**
1. Celos inapropiados, totalmente inventados por el sujeto.
 2. Miedo al perjuicio por terceras personas.
 3. Creencias megalománicas de poderes especiales.
 4. Creencias de que alguien, que suele ser famoso o importante, está enamorado/a de uno/a.
 5. Creencias patológicas de culpa.
- 227. La fuga de ideas es:**
1. Un trastorno formal del pensamiento en el que se da presión del habla y distraibilidad.
 2. Un sinónimo de taquipsiquia.
 3. Un síntoma de primer rango de Kurt Schneider definido por la creencia de que las ideas están abandonando la mente.
 4. Una condición neurológica de parafasia.
 5. Un trastorno formal del pensamiento en el que se da incoherencia, ilogicidad y tangencialidad.
- 228. ¿En cuál de los siguientes cuadros es frecuente observar agitación psicomotriz?:**
1. Episodio depresivo.
 2. Trastorno obsesivo.
 3. Enfermedad de Parkinson.

4. Esquizofrenia residual.
5. Delirium.

229. Se denomina discinesia a:

1. Gestos aparatosos acompañados de palabras soeces.
2. Movimientos involuntarios y extraños buco-linguales.
3. Espasmos musculares.
4. Movimientos convulsivos de las extremidades.
5. Ninguna de las anteriores.

230. El mantenimiento de posturas forzadas, anti-gravitatorias, sin que el individuo intente recuperar la postura original, se conoce como:

1. Hipocinesia.
2. Ecopraxia.
3. Flexibilidad cérea.
4. Acinesia psíquica.
5. Signo neurológico menor.

231. Cuando existe una lesión cerebral que produce un déficit global y permanente de memoria, sin que haya otros déficits cognitivos significativos, se denomina:

1. Amnesia disociativa.
2. Hipermnesia.
3. Criptomnesia.
4. Demencia.
5. Síndrome amnésico.

232. A un paciente se le muestra un guante, y sólo tras examinarlo con las manos, dice finalmente: "es una superficie continua, plegada sobre sí misma. Parece que tiene cinco bolsitas que sobresalen, ¿es algún tipo de recipiente?. Podría ser un monedero, por ejemplo, para monedas de cinco tamaños"... Cuando se disponía a marcharse, el paciente buscó con la mirada su sombrero y casi coge a su esposa por la cabeza intentando ponérsela. Este paciente presenta:

1. Prosopagnosia.
2. Agnosia visual.
3. Apraxia.
4. Afasia.
5. Autopagnosia.

233. A diferencia del síndrome amnésico o amnesia orgánica, en las amnesias psicógenas el déficit de memoria:

1. Es de naturaleza retrógrada.
2. Es de naturaleza anterógrada.
3. Es de naturaleza semántica.
4. Es de naturaleza declarativa.
5. Afecta a la memoria de procedimientos.

234. Juan, al entrar a su habitación, tuvo una sensación extraña. Sabía que ahí estaba su dormitorio,

que la cama era su cama, que los libros eran sus libros, pero todo le resultaba tan frío y extraño como en una habitación de un hotel. Aún conociéndolo, nada le resultaba familiar. Juan padeció un episodio de:

1. Criptomnesia.
2. Paramnesia reduplicativa.
3. Jamais vu (nunca visto).
4. Déjà vu (ya visto).
5. Síndrome de Capgras o ilusión de Sosias.

235. Lo que diferencia a la pseudología fantástica de la confabulación es la:

1. Longitud del relato.
2. Coherencia del relato.
3. Circunstancia temporal a la que se refiera el relato.
4. Intencionalidad del relato.
5. Fuga de ideas en el relato.

236. Un hombre de 22 años se dañó el lóbulo frontal en un accidente de coche. Estuvo inconsciente durante una hora y media. Cuando volvió en sí, parecía darse cuenta de lo que ocurría a su alrededor y contestaba a las preguntas correctamente. Sin embargo, cuando se evaluó su memoria una semana después, se observó que no recordaba los momentos previos al accidente y que de los dos primeros días después del incidente, sólo podía recordar la cara de su madre mirándole. Este paciente presenta:

1. Trastorno por estrés postraumático.
2. Trastorno por estrés agudo.
3. Estado de fuga disociativo.
4. Síndrome de Capgras.
5. Amnesia postraumática.

237. En los trastornos adaptativos:

1. Es necesaria la presencia de un estímulo estresante identificable aunque no traumático o extremo para su diagnóstico.
2. Los síntomas deben aparecer durante los 6 meses siguientes al estímulo estresante.
3. La constelación de síntomas es muy específica.
4. No se puede diagnosticar simultáneamente ningún otro trastorno del eje I.
5. Los síntomas pueden persistir hasta un año después de que haya cesado el estímulo estresante.

238. El hecho de que la fobia a las setas sea muy poco frecuente a pesar de las repetidas muertes de personas intoxicadas por ingerir setas venenosas, ¿con cuál de las siguientes teorías estaría en discrepancia?:

1. Bifactorial de Mowrer.
2. De la incubación de Eysenck.

3. De la reevaluación del EI de Davey.
4. De la preparación de Seligman.
5. De las expectativas de ansiedad de Reiss.

239. Llega a consulta un niño de 10 años que presenta desde hace tres meses un comportamiento muy agresivo tanto en casa como en el colegio, además está nervioso, inquieto, irritable, no se concentra y ha disminuido de forma significativa su rendimiento en el colegio. Aunque siempre ha sido un niño difícil, el comportamiento se ha agravado considerablemente desde que los padres se separaron, a pesar de que su vida no ha cambiado demasiado porque él ve al padre casi todas las semanas. Probablemente se trata de un trastorno:

1. Negativista desafiante.
2. Disocial.
3. Por déficit de atención con hiperactividad.
4. Adaptativo con trastorno del comportamiento.
5. Adaptativo con alteración mixta de las emociones y el comportamiento.

240. El conductor de un camión sufrió hace quince días un accidente muy grave, el camión se quedó sin frenos y hubo varios heridos. Desde entonces se encuentra nervioso, desasosegado, no deja de pensar en el accidente, cualquier cosa relacionada con los coches le altera, sueña con el accidente, etc. En este caso:

1. No se puede hablar de estrés post-traumático pues el acontecimiento no es suficientemente traumático.
2. No se puede hablar de estrés post-traumático pues los síntomas son poco intensos.
3. No se puede hablar de estrés post-traumático pues todavía no ha pasado suficiente tiempo desde que se produjo el evento traumático.
4. Se trata de un trastorno por estrés post-traumático.
5. Para poder diagnosticar estrés post-traumático habría que saber si experimenta o no "flashback".

241. Vamos a utilizar ejercicios de hiperventilación para llevar a cabo una exposición interoceptiva a las sensaciones temidas en un paciente que sufre ataques de pánico. ¿Cuál es el procedimiento más adecuado?:

1. Pedirle al paciente que siga hiperventilando hasta que se produzca un descenso significativo de la ansiedad.
2. Repetir el ejercicio varias veces incrementando su duración progresivamente, y dejando períodos de recuperación entre ensayos sucesivos, hasta que se produzca un descenso significativo de la ansiedad.
3. Realizar un único ensayo, ya que con ello ya conseguiríamos un experimento de pánico.
4. Instruir al paciente para que durante la hiper-

ventilación ponga en marcha alguna estrategia de distracción.

5. Hacerle hiperventilar hasta que empiece a sentir sensaciones parecidas a las que experimenta en el ataque de pánico y en ese momento cortar el ejercicio para que el paciente no se recondicione.

242. Los datos epidemiológicos sobre la prevalencia de los trastornos de ansiedad en la población general, ponen de manifiesto que el trastorno más frecuente es:

1. Ansiedad generalizada.
2. Fobia simple.
3. Agorafobia sin historia de trastorno de pánico.
4. Trastorno obsesivo compulsivo.
5. Fobia social.

243. Según la CIE-10, para hacer el diagnóstico de autismo se requiere:

1. Alteración de la interacción social, comunicación y comportamientos restrictivos y repetitivos.
2. Alteración de la comunicación, actividades estereotipadas y temores.
3. Falta de respuesta emocional a estímulos verbales, autoagresiones y actividades repetitivas.
4. Alteración del comportamiento social, emocional y de la comunicación.
5. Alteración de la comunicación, falta de reciprocidad socio-emocional y rituales sin sentido.

244. Los estudios psicométricos sobre la inteligencia en la etapa adulta, indican la presencia de habilidades "vulnerables" como la inteligencia fluida, que se caracterizan por:

1. Incrementarse hasta la edad adulta mediana y a partir de ahí experimentar un declive importante.
2. Decrecer desde el inicio de la juventud en adelante.
3. Incrementarse hasta los 60 años y después disminuir progresivamente.
4. No experimentar un declive importante a lo largo de la vida.
5. La inteligencia fluida no es una habilidad vulnerable, sino "mantenida".

245. Una de las variables que pueden explicar el deterioro en el funcionamiento cognitivo del anciano es el déficit ecológico, que se refiere a:

1. La trayectoria profesional, social y familiar.
2. El entorno reducido en que frecuentemente se mueven.
3. Que el envejecimiento individual puede ser diferente del grupal.
4. El enlentecimiento generalizado que padecen.

5. El enlentecimiento cerebral que acusan.
- 246. Señale la respuesta correcta respecto a la adquisición de la permanencia del objeto físico y social (persona) por los niños:**
1. Adquieren antes la permanencia del objeto físico.
 2. Las adquieren ambas al mismo tiempo.
 3. Hasta el año y medio no son capaces de adquirir ambas.
 4. Sólo aquéllos que tienen una relación de apego insegura suelen adquirir antes la permanencia del objeto físico.
 5. Las poseen desde el nacimiento según la mayoría de los autores.
- 247. Según Piaget, un estadio:**
1. Se define por una estructura de conjunto que caracteriza la competencia propia del mismo.
 2. Suplanta los anteriores, apareciendo nuevos comportamientos y eliminando los propios de los precedentes.
 3. Supone la aparición de una serie de comportamientos nuevos que se localizan en determinadas zonas del cuerpo.
 4. Indica la cantidad de esquemas que un individuo puede activar simultáneamente.
 5. Indica la complejidad de las estructuras ejecutivas que un individuo es capaz de coordinar.
- 248. ¿Puede aprenderse perfectamente el lenguaje en cualquier momento del ciclo vital?:**
1. No, porque existe un período crítico tras el cual es imposible.
 2. Sí, porque depende del hemisferio derecho, cuyo desarrollo se extiende a lo largo de la vida.
 3. Sí, porque el potencial de modificabilidad del ser humano es tan alto que puede aprender cualquier cosa en cualquier momento.
 4. Sí, porque las áreas especializadas en el lenguaje del hemisferio izquierdo facilitan igualmente el aprendizaje en cualquier momento.
 5. No, aunque puede adquirirse un cierto nivel de desarrollo después de la infancia, sobre todo si los factores sociales, de nutrición, etc. no han sido extremadamente negativos.
- 249. Una de las etapas del desarrollo del dibujo infantil suele denominarse “realismo intelectual”, que consiste en que el niño:**
1. No representa lo que ve, sino lo que conoce y sus vivencias personales.
 2. Representa únicamente lo que ve.
 3. Representa sólo figuras geométricas.
 4. Se esfuerza por aproximarse al máximo a la realidad.
 5. Tiene en cuenta los colores convencionales y evita las contradicciones visuales en sus representaciones.
- 250. En la clasificación lógica según Piaget, la etapa de las colecciones no figurales supone que los niños:**
1. Poseen ya la inclusión de clases.
 2. Forman colecciones en función de criterios espaciales.
 3. Muestran deficiencias con respecto a la extensión de clases.
 4. Disponen espacialmente los objetos formando figuras.
 5. Clasifican los objetos atendiendo solamente a sus semejanzas individuales.
- 251. La imitación diferida consiste en:**
1. Imitar los comportamientos que el niño manifiesta ya espontáneamente.
 2. Imitar únicamente las conductas del modelo que el niño puede ver u oír cuando las produce.
 3. Repetir una de las conductas que ya posee en su repertorio, si otra persona realiza esa conducta anteriormente.
 4. Reproducir la conducta de modelos que ya no están presentes.
 5. Realizar movimientos o gestos con la boca y ojos cuando otra persona los realiza delante del niño.
- 252. La incorporación de elementos del medio a la estructura del individuo, se llama:**
1. Adaptación.
 2. Asimilación.
 3. Acomodación.
 4. Autorregulación.
 5. Equilibración.
- 253. Señale cuál de estas reacciones emocionales se manifiesta más tarde en el desarrollo infantil:**
1. Desagrado.
 2. Miedo.
 3. Ira o enfado.
 4. Alegría.
 5. Vergüenza.
- 254. Algunos estudios recientes sobre imitación de conductas como “sacar la lengua” o “abrir-cerrar la boca”, realizados por el equipo de A. Meltzoff, muestran que en el primer mes de vida:**
1. Todavía no está presente ninguna de estas conductas y, a esta edad, no es posible provocarlas por aprendizaje.
 2. Están presentes ambas habilidades sin necesidad de ningún aprendizaje previo.

3. Pueden aprender a imitar estas conductas pero requieren muchos ensayos.
4. Sólo se observa una imitación espontánea de la conducta de “sacar la lengua”, pero no de la de “abrir-cerrar la boca”.
5. Sólo se observa una imitación espontánea de la conducta “abrir-cerrar la boca”.

255. Una de las diferencias entre las pesadillas y los terrores nocturnos es que éstos últimos:

1. Se suelen asociar a episodios frecuentes de apnea.
2. Se producen normalmente en fases no REM.
3. Se producen indistintamente en fases REM y no REM.
4. Se presentan con una marcada bradicardia.
5. Son más típicos en edades avanzadas que en niños.

256. Los datos sobre ritmos circadianos de la temperatura corporal indican que:

1. La somnolencia es mayor cuanto más alta es la temperatura.
2. La somnolencia es mayor cuanto más baja es la temperatura.
3. La relación entre ambas variables depende de los hábitos de higiene del sueño.
4. Hay una relación en forma de “U” invertida entre alerta y temperatura.
5. La máxima temperatura corporal en el ciclo de 24 horas se alcanza en el estado REM.

257. La reducción programada del tiempo que se pasa en la cama sin dormir con el objetivo de maximizar la eficiencia del sueño, es una técnica característica de los programas de:

1. Higiene del dormir.
2. Control estimular.
3. Intervención en apneas no obstructivas.
4. Restricción del sueño.
5. Intervención en alteraciones del ciclo sueño-vigilia (ej.: el síndrome del “jet-lag”).

258. Desde la perspectiva de la psicolingüística evolutiva, el hecho de que los niños emitan fórmulas como “teno” (tengo), “morido” o “jugué”, suele explicarse porque:

1. La representación interna de los sonidos no es la misma en niños y adultos al no haberse completado el desarrollo fonológico.
2. Los padres no corrigen tales emisiones o incluso las refuerzan.
3. Los niños oyen con menos frecuencia formas irregulares que regulares.
4. No han adquirido aún las reglas básicas de conjugación de su lengua.
5. Están adquiriendo y aplicando las reglas morfosintácticas básicas de su lengua.

259. En el desarrollo del juego de reglas, Piaget describe una fase heterónoma en la que los niños:

1. Creen que las reglas pueden modificarse siempre que todos los participantes estén de acuerdo.
2. Conciben las reglas como sagradas e inmutables y las respetan rigurosamente.
3. Conciben las reglas como sagradas e inmutables, pero las violan sin tener conciencia de ello.
4. Practican correctamente las reglas aunque son incapaces de tomar conciencia de ellas y describirlas.
5. Reconocen el carácter convencional de las reglas pero no aceptan que puedan modificarse por consenso.

260. Un bebé mira una imagen desenfocada. En cierto momento, aumenta involuntariamente su tasa de succión del chupete. Como resultado de su conducta, la imagen se enfoca. El bebé, entonces, mantiene durante cierto tiempo la nueva tasa de succión. Luego disminuye hasta recuperar la línea base. Indique: (a) el procedimiento empleado y (b) el significado que suele atribuirse a una conducta de estas características:

1. (a)Condicionamiento operante, (b) el bebé no discrimina entre imágenes enfocadas y desenfocadas.
2. (a)Condicionamiento operante, (b) el bebé discrimina entre imágenes enfocadas y desenfocadas.
3. (a)Técnica de preferencias, (b) el bebé muestra preferencia por imágenes desenfocadas.
4. (a)Habitación con condicionamiento clásico, (b) el bebé muestra preferencia por imágenes enfocadas.
5. (a)Habitación, (b) discrimina entre imágenes enfocadas-desenfocadas y prefiere las desenfocadas.