



PRUEBAS SELECTIVAS 2007

CUADERNO DE EXAMEN

PSICÓLOGOS -VERSIÓN 0 -

ADVERTENCIA IMPORTANTE

ANTES DE COMENZAR SU EXAMEN, LEA ATENTAMENTE LAS SIGUIENTES

INSTRUCCIONES

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

1. **El Test de Aptitudes Diferenciales (DAT) supuso un punto destacado en la historia de los tests psicológicos porque:**
 1. Incluyó el concepto de cociente intelectual en la medida de la inteligencia.
 2. Fue el primer test de inteligencia para medir procesos cognitivos.
 3. Fue el primer test de inteligencia que incluyó la medida de la psicomotricidad.
 4. Constituyó la primera batería integrada de habilidades múltiples.
 5. Inauguró el uso del análisis factorial en el campo de la inteligencia.
2. **Uno de los acontecimientos históricos que más importancia ha tenido en el desarrollo del Psicodiagnóstico es:**
 1. El descubrimiento de la causa de la sífilis.
 2. La revolución rusa
 3. La revolución francesa.
 4. La Primera Guerra Mundial.
 5. La liberación de los enfermos mentales realizada por Pinel.
3. **Una de las diferencias entre la Técnica de Rejilla y el Diferencial Semántico es:**
 1. Que en el Diferencial Semántico se utilizan adjetivos y en la Técnica de Rejilla no se utilizan adjetivos.
 2. Que en el Diferencial Semántico los adjetivos los proporciona el investigador y en la Técnica de Rejilla se obtienen del propio sujeto.
 3. Que el Diferencial Semántico obtiene dimensiones de personalidad y la Técnica de Rejilla obtiene actitudes respecto a los demás.
 4. Que la Técnica de Rejilla ofrece datos normativos y el Diferencial Semántico no.
 5. Que el Diferencial Semántico es una prueba subjetiva y la Técnica de Rejilla es una prueba proyectiva.
4. **El grado en el cual un instrumento mide o guarda relación con una determinada perspectiva teórica se denomina:**
 1. Validez de constructo.
 2. Consistencia interna.
 3. Fiabilidad test-retest.
 4. Validez concurrente.
 5. Validez predictiva.
5. **La alteración de la naturaleza espontánea de las conductas de los sujetos observados que se ocasiona cuando se aperciben de que están siendo observados es un sesgo típico de las técnicas de observación que se denomina:**
 1. Sesgo del observador.
 2. Expectancia.
 3. Percepción
 4. Interpretación.
 5. Reactividad.
6. **El fundamento teórico de la técnica de Rejilla es:**
 1. La teoría mediacional de Osgood.
 2. La teoría de la inteligencia de Thurstone.
 3. La teoría de la personalidad de Gray.
 4. La teoría de los Constructos Personales de Kelly.
 5. La teoría de la personalidad de Eysenck.
7. **Si queremos utilizar una escala Wechsler para evaluar la inteligencia de un niño de 7 años elegiremos:**
 1. El WISC-R.
 2. El WPPSI-R.
 3. No podremos utilizarla porque las escalas Wechsler están diseñadas para la evaluación de la inteligencia en adultos.
 4. No podremos utilizarla porque las escalas Wechsler están diseñadas para la evaluación de la inteligencia a partir de 8 años.
 5. El WAIS-III.
8. **La respuesta electrodérmica es una medida de la actividad psicofisiológica del:**
 1. Sistema Nervioso Central.
 2. Sistema Nervioso Somático.
 3. Sistema Endocrino.
 4. Sistema Nervioso Vegetativo.
 5. Sistema Circulatorio.
9. **El test de matrices progresivas de Raven mide:**
 1. La capacidad de deducción de relaciones.
 2. Inteligencia cristalizada.
 3. Atención.
 4. Aptitudes.
 5. Comprensión verbal, memoria asociativa y motricidad.
10. **La Batería de Evaluación para Niños de Kaufman (K-ABC, Kaufman y Kaufman, 1983) es un ejemplo de:**
 1. Medida de la inteligencia evaluando productos cognitivos.
 2. Medida de la inteligencia evaluando aptitudes.
 3. Medida de la inteligencia evaluando los procesos cognitivos.
 4. Medida de la personalidad en niños.
 5. Medida del desarrollo evolutivo.
11. **Las escalas McCarthy de aptitudes y psicomotricidad (MSCA) surgen:**
 1. De la necesidad de incluir una escala numérica en la evaluación de la inteligencia.
 2. De la necesidad para la evaluación de niños

- muy pequeños y niños con dificultades de aprendizaje.
3. De la necesidad para la evaluación de adultos con dificultades de aprendizaje.
 4. De la necesidad de una prueba de inteligencia para personas con trastornos mentales.
 5. De la necesidad para la evaluación de adolescentes con dificultades de aprendizaje.
- 12. Una de las diferencias entre el test de Rorschach y el Test de Apercepción Temática (TAT) es:**
1. Que el TAT es una técnica subjetiva y el Rorschach una técnica proyectiva.
 2. Que el Rorschach presenta estímulos más estructurados que el TAT.
 3. Que el Rorschach requiere respuestas verbales más organizadas que el TAT.
 4. Que el TAT presenta estímulos más estructurados que el Rorschach.
 5. Que el Rorschach es una técnica subjetiva y el TAT una técnica proyectiva.
- 13. ¿Qué es la consistencia interna de una prueba psicológica de evaluación?**
1. La medida en que los elementos que componen una prueba son homogéneos entre sí.
 2. El grado en el cual lo obtenido con la prueba por un observador es semejante a lo obtenido por otro.
 3. El grado en el cual la puntuación obtenida por un individuo en una ocasión es similar a las puntuaciones obtenidas por el mismo individuo en ocasiones distintas.
 4. La adecuación de la prueba a una teoría científica.
 5. El grado en el cual una prueba mide lo mismo que otra de características semejantes.
- 14. Uno de los aspectos característicos del Inventario Clínico Multiaxial de Millon III (MCMI-III) en la evaluación de la personalidad patológica es:**
1. La inclusión de las cinco grandes dimensiones de la personalidad.
 2. La inclusión de las dimensiones de personalidad de Eysenck.
 3. El uso de preguntas abiertas.
 4. El uso de calificaciones estándar denominadas Tasa Base.
 5. La inclusión de los trastornos del desarrollo.
- 15. Una de las dimensiones que mide el NEO PI-R de Costa y McCrae (1992) es:**
1. La apertura a la experiencia.
 2. La inteligencia general.
 3. Distimia.
 4. Evitación del daño.
 5. Psicoticismo.
- 16. Si una prueba psicológica cubre una muestra representativa del área de conducta que debe medir, decimos que tiene:**
1. Validez de contenido.
 2. Validez concurrente.
 3. Validez de constructo.
 4. Validez criterial.
 5. Validez aparente.
- 17. La escala de evaluación de la inteligencia de Binet-Simon (1905) medía distintas funciones mentales con énfasis en:**
1. Las aptitudes espaciales y manipulativas.
 2. La aptitud numérica.
 3. La rapidez perceptual y la atención sostenida.
 4. El juicio, la comprensión y el razonamiento.
 5. Las aptitudes múltiples.
- 18. Una prueba de analogías sirve para medir:**
1. Inteligencia fluida.
 2. Aptitud espacial.
 3. Neuroticismo.
 4. Inteligencia cristalizada.
 5. Intereses.
- 19. El cuestionario de personalidad de Eysenck se basa en el modelo teórico de este autor que incluye las siguientes dimensiones de la personalidad:**
1. Neuroticismo, extraversión, amabilidad, apertura a la experiencia y responsabilidad.
 2. Ansiedad, dureza e impulsividad.
 3. Neuroticismo, apertura a la experiencia y ansiedad.
 4. Neuroticismo, extraversión y psicoticismo.
 5. Búsqueda de sensaciones, gregarismo y dureza.
- 20. El modelo de R. B. Cattell dio lugar a un instrumento de medida de la personalidad cuyas siglas son:**
1. El MMPI.
 2. El NEO-PI.
 3. El MCMI.
 4. El EPQ.
 5. El 16-PF.
- 21. El autor que acuñó el término “test mental” en 1890 fue:**
1. Alfred Binet.
 2. Henry A. Murray.
 3. McKeen Cattell.
 4. Hermann Rorschach.
 5. Francis Galton.
- 22. Las pruebas psicológicas que permiten la califi-**

cación o clasificación según atributos o descripciones verbales que un sujeto hace sobre sí mismo, sobre personas, objetos o conceptos o bien que otros realizan sobre él se denominan:

1. Técnicas de observación.
2. Técnicas subjetivas.
3. La entrevista.
4. Técnicas de autoinforme.
5. Técnicas objetivas.

23. El test de precisión manual de Purdue mide la coordinación visomotora y es una medida:

1. De autoinforme.
2. Objetiva.
3. Proyectiva.
4. Subjetiva.
5. Psicofisiológica.

24. El test de retención visual de Benton se encuadra dentro de las pruebas:

1. De evaluación psiconeurológica o neuropsicológica.
2. Proyectivas.
3. Subjetivas.
4. De evaluación psicofisiológica.
5. Objetivas.

25. El subtest del WAIS denominado “clave de números” se encuentra en la escala:

1. Manipulativa.
2. General.
3. Rompecabezas.
4. Verbal.
5. Subjetiva.

26. Las pruebas de dependencia e independencia de campo se engloban dentro de los instrumentos que miden:

1. Desarrollo intelectual.
2. Estilos cognitivos.
3. Dimensiones básicas de la personalidad.
4. Intereses vocacionales.
5. Variables del organismo.

27. El inventario de Strong (1966) mide:

1. Ansiedad.
2. El desarrollo motriz.
3. Intereses profesionales.
4. Depresión.
5. Dimensiones básicas de personalidad.

28. Uno de los defensores de una perspectiva (y medida) unitaria de la inteligencia fue:

1. Guilford.
2. Eysenck.
3. Thurstone.

4. Skinner.
5. Spearman.

29. Una de las aportaciones de Galton al psicodiagnóstico es:

1. La difusión del modelo psicodinámico en la evaluación psicológica.
2. La importancia de lo idiográfico en la evaluación psicológica.
3. El concepto de edad mental.
4. El interés por el estudio de las diferencias individuales.
5. El énfasis en la utilización del análisis funcional de la conducta.

30. Desde el modelo de los Cinco Grandes Factores se propone como unidades básicas de la personalidad:

1. El neuroticismo, el psicoticismo, la extraversión, la amabilidad y la apertura a la experiencia.
2. El neuroticismo, la extraversión, la amabilidad, la cordialidad y la apertura a la experiencia.
3. El psicoticismo, la extraversión, la asertividad y la apertura a la experiencia.
4. El neuroticismo, la extraversión, la amabilidad, la responsabilidad y la apertura a la experiencia.
5. El neuroticismo, la extraversión, la impulsividad, la amabilidad y la apertura a la experiencia.

31. En Psicología de la Personalidad, los teóricos de los rasgos (p. ej. R.B. Cattell o H.J. Eysenck) estarían a favor de una aproximación:

1. Nomotética.
2. Idiográfica.
3. Ideológica.
4. Situacionista.
5. Psicoanalítica.

32. Cuando decimos que una teoría científica debe ser susceptible de refutación, nos estamos refiriendo al principio de:

1. Veracidad.
2. Falsación.
3. Validez interna.
4. Validez externa.
5. Redificación.

33. Metodológicamente, hablamos de diseños cuasi-experimentales de personalidad cuando al estudiar los rasgos:

1. Manipulamos la variable independiente en el experimento.
2. Manipulamos la variable independiente por selección de los sujetos.

3. Manipulamos la variable dependiente en el experimento.
 4. Manipulamos la variable dependiente por selección de los sujetos.
 5. No es posible manipulación alguna sobre las variables.
- 34. Según el modelo interaccionista de personalidad propuesto por W. Mischel los objetivos que el propio individuo se traza hacen referencia a:**
1. Las competencias.
 2. Los sistemas autorreguladores.
 3. Las expectativas.
 4. Los constructos personales.
 5. Las estrategias de codificación.
- 35. La felicidad, el afecto positivo y el bienestar personal:**
1. Se relacionan significativamente con el CI (Cociente Intelectual).
 2. Se relacionan significativamente con la extraversión.
 3. Se relacionan con alto psicoticismo.
 4. Se relacionan con el nivel de estudios alcanzado.
 5. No se relacionan ni con el CI ni con la personalidad.
- 36. El concepto de “psicastenia” utilizado en el psicoanálisis podría considerarse equivalente:**
1. La histeria.
 2. La neurosis de conversión.
 3. La psicosis.
 4. La distimia.
 5. La catatonia.
- 37. Partiendo de la teoría que relaciona el nivel de arousal (activación cortical) con la personalidad, podemos decir que:**
1. Las personas introvertidas presentan peores resultados que los extravertidos en la evaluación de su memoria a largo plazo.
 2. Las personas impulsivas tienen problemas en el aprendizaje de contenido espacial.
 3. Las personas introvertidas presentan peores resultados que los extravertidos cuando existe una presión temporal en la realización de una tarea.
 4. Las personas extravertidas rinden mejor a primera hora de la mañana.
 5. Las personas impulsivas necesitan más horas de sueño que las personas emocionalmente estables.
- 38. J. Gray propone como base neurofisiológica de la ansiedad:**
1. El Sistema de Inhibición Conductual (BIS).
 2. El Sistema de Activación Conductual (BAS).
 3. El sistema reticular.
 4. El hipocampo.
 5. El neocortex.
- 39. En los años 60 y 70 la Psicología Diferencial conocería una fase de reestructuración profunda debido fundamentalmente a:**
1. La inadecuación de su objeto de estudio.
 2. La imposibilidad de contrastar sus hipótesis.
 3. La falta de apoyo científico de sus conclusiones y de coherencia con los resultados procedentes de otras disciplinas.
 4. El cuestionamiento de su metodología y la separación definitiva de otros ámbitos disciplinares relacionados como la psicometría.
 5. La falta de adecuación a los valores preponderantes en la sociedad de la época.
- 40. Según G. Kelly el sistema de constructos de las personas obsesivas se caracteriza por:**
1. Su simplicidad y bipolaridad.
 2. Su nivel de abstracción, utilizando constructos alejados de la realidad.
 3. Su impermeabilidad, necesitando un casillero separado para cada nueva experiencia.
 4. Utilizar de forma predominante constructos de rol social.
 5. Utilizar de forma predominante constructos referidos a la personalidad.
- 41. La investigación psicológica respecto al controvertido tema de las diferencias en inteligencia entre las razas humanas ha puesto de manifiesto que:**
1. Las clasificaciones entre grupos étnicos vienen impuestas por reglas gubernamentales.
 2. Negros, asiáticos y anglosajones se diferencian en más del 10% de sus genes.
 3. Los negros tienen un tiempo de reacción más rápido que los latinos.
 4. Los latinos puntúan más bajo en CI (Cociente Intelectual) debido a su falta de motivación en este tipo de tareas.
 5. Las diferencias entre los individuos de un mismo grupo étnico son mucho más pronunciadas que las diferencias entre distintos grupos étnicos.
- 42. Entre las principales conclusiones de los estudios sobre inteligencia comparando hombres y mujeres figura la siguiente afirmación:**
1. La capacidad visoespacial de las mujeres es mejor que la de los hombres.
 2. Los hombres superan a las mujeres en capacidad verbal.
 3. Las mujeres superan a los hombres en capacidad matemática.
 4. Las diferencias entre hombres y mujeres en las distintas capacidades han aumentado en las

- últimas generaciones.
5. No existen diferencias entre hombres y mujeres en inteligencia general.
- 43. El concepto de “fortaleza” o “personalidad resistente” (*hardiness*) parte de una teoría de personalidad:**
1. Cognitiva.
 2. Psicoanalítica.
 3. Experimental.
 4. Ambientalista.
 5. Existencial.
- 44. ¿Qué corriente estudió las facultades psíquicas del hombre y su carácter, a partir de su localización en determinadas protuberancias craneales?:**
1. Fisiognomía.
 2. Frenología.
 3. Reflexiología.
 4. Craneología.
 5. Caracterología.
- 45. Si una madre, ante la observación de los miedos de su hijo, se muestra excesivamente protectora con él, estamos hablando de una covariación entre genes y ambiente:**
1. Pasiva.
 2. Compasiva.
 3. Reactiva.
 4. Activa.
 5. Generativa.
- 46. Entre las capacidades cognitivas que muestran un patrón de declive que comienza en la vida adulta y se incrementa en la vejez, podemos citar:**
1. La inteligencia cristalizada.
 2. El conocimiento verbal.
 3. La capacidad numérica.
 4. La memoria a corto plazo.
 5. La memoria a largo plazo.
- 47. Los datos disponibles indican que las personas con Síndrome de Down:**
1. Tienen una anomalía en el cromosoma 7.
 2. Suelen tener una menor amplitud en la memoria de trabajo.
 3. No tienen problemas para articular físicamente palabras.
 4. Tienen un peso cerebral semejante a las personas sin retraso mental.
 5. Se caracterizan por su conducta agresiva.
- 48. La estadística demuestra que la delincuencia masculina:**
1. Ha sido mayor que la femenina hasta el siglo XIX, igualándose en el siglo XX.
 2. Es mayor que la femenina sólo en los países subdesarrollados.
 3. Es mayor que la femenina en la clase social baja, pero no en las clases media y alta.
 4. Es mayor que la femenina en todos los países, clases sociales y épocas históricas.
 5. No existen diferencias estadísticamente significativas entre la población delincuente masculina y femenina.
- 49. Las creencias compartidas sobre un grupo que sirven como ahorro de energía para explicar la realidad social son:**
1. Heurísticos.
 2. Cognición Social.
 3. Identificación.
 4. Estereotipos.
 5. Prejuicios.
- 50. Señale cuál de las siguientes funciones NO se encuentra entre las cuatro funciones principales que desarrollan las actitudes:**
1. Función instrumental.
 2. Función defensiva del yo.
 3. Función expresiva de valores.
 4. Función de conocimiento.
 5. Función evolutiva.
- 51. Señale la respuesta INCORRECTA sobre los estudios que analizan los efectos de los medios de comunicación de masas sobre la agresión:**
1. Se ha encontrado una correlación positiva entre la agresividad observada en los contenidos televisivos y la conducta agresiva posterior, pero sólo en los niños y no en las niñas.
 2. Se ha encontrado una correlación positiva entre la emisión de noticias sobre suicidios y el aumento de suicidios y accidentes mortales.
 3. Al estudiar la influencia de la televisión se ha encontrado un ascenso del índice de homicidios a mayor difusión de violencia.
 4. Se ha encontrado relación entre las noticias emitidas y reacciones colectivas como revueltas y desórdenes.
 5. Se ha encontrado relación entre la emisión de deportes y el número de homicidios hacia miembros de grupos similares al ganador o ganadores.
- 52. La disonancia cognitiva aparece:**
1. Antes de tomar una decisión.
 2. Después de actuar en contra de las creencias y actitudes.
 3. Después de recibir información consistente con las creencias.
 4. Antes de realizar conductas que requieren esfuerzo.
 5. Antes de realizar una conducta agresiva.

53. Señale la respuesta INCORRECTA de entre las variables encontradas en la literatura que pueden llevar a las personas a participar en actividades de voluntariado:

1. Tener familiares o amigos que son o han sido voluntarios está positivamente relacionado con el voluntariado.
2. La educación está negativamente relacionada con el voluntariado.
3. El estatus económico de los padres se relaciona con el voluntariado.
4. El grado de empatía se relaciona con el grado de compromiso con hacerse voluntario.
5. Hay menos personas de las minorías étnicas que realizan voluntariado.

54. En función del número de variables independientes, un diseño univariado se puede clasificar en:

1. Simple y compuesto.
2. Unifactorial y factorial.
3. De dos grupos y multigrupo.
4. De un grupo y compuesto.
5. Factorial y compuesto.

55. El índice de acuerdo Kappa:

1. Suele proporcionar valores altos por la influencia de acuerdo por azar.
2. Es difícil de interpretar, ya que sus valores van de -1 a 10.
3. Es poco informativo.
4. Para poder calcularlo es necesario conocer el número de sujetos, o situaciones, observados.
5. Corrige la probabilidad de que el acuerdo entre los observadores sea debido al azar.

56. La validez ecológica de una investigación en salud mental hace referencia a la interacción entre:

1. Medida pre- y tratamiento.
2. Momento temporal y tratamiento.
3. Variable independiente y variable dependiente.
4. Contexto y tratamiento.
5. Selección y tratamiento.

57. La puntuación de un sujeto obtenida en un inventario de depresión después de una intervención psicológica es considerado en una investigación como variable:

1. Moduladora.
2. Extraña.
3. Independiente.
4. Dependiente.
5. Apareamiento.

58. Uno de los problemas que presenta la experi-

mentación en el ámbito clínico es:

1. La utilización de diseños Solomon.
2. La utilización de diseños de medidas repetidas.
3. El control de las expectativas del experimentador.
4. La imposibilidad de utilizar diseños factoriales.
5. La interacción que se produce entre factores.

59. Si en una investigación un grupo de sujetos comparte algún tipo de diagnóstico psicopatológico y se compara con un grupo de control que no tiene ese diagnóstico realizamos un diseño de:

1. Cohortes.
2. Casos y controles.
3. Consanguíneos.
4. Caso único.
5. Medidas repetidas.

60. El diseño de caso único A-B-A tiene como característica:

1. La retirada de tratamiento.
2. El que no se registra la línea base.
3. El registro de dos fases de intervención.
4. El registro de tres variables independientes a la vez.
5. El registro de tres líneas base.

61. Cuando se parte de un censo, las conclusiones:

1. Son inferencias más válidas.
2. No son inferencias.
3. Son inferencias ciertas.
4. Hay que expresarlas a nivel probabilístico.
5. Deben hacerse sólo respecto a la muestra.

62. El estadístico de contraste Chi Cuadrado se utiliza cuando:

1. La muestra es mayor que 100.
2. Se quiere ver el efecto de dos o más variables dependientes.
3. Se quiere comprobar la independencia de dos variables cualitativas.
4. Se desea comprobar los efectos de la interacción entre factores.
5. Es necesario establecer relaciones causales entre las variables.

63. María tiene 80 años y padece Alzheimer. Todas las noches, al acostarse, reclama a gritos la presencia de su mamá para que le cuente un cuento antes de dormir. Este comportamiento de María responde a un síntoma denominado:

1. Pseudología fantástica.
2. Confabulación.
3. Ecmnesia.

4. Paramnesia reduplicativa.
 5. Prosopagnosia.
- 64. La despersonalización es un síntoma característico de:**
1. La crisis de pánico o angustia.
 2. El delirium.
 3. El estado confusional.
 4. El estupor.
 5. La letargia.
- 65. El síndrome amnésico se caracteriza fundamentalmente por:**
1. Deterioro de la memoria operativa.
 2. Amnesia retrógrada (episódica) y anterógrada (semántica).
 3. Desorientación espacio-temporal, y funcionamiento deficitario de la memoria a corto plazo semántica.
 4. Deterioro de la memoria permanente.
 5. Amnesia anterógrada lacunar, especialmente episódica.
- 66. Indique cuál de las siguientes circunstancias se considera un factor “precipitante” de la disfunción sexual:**
1. Experiencias sexuales traumáticas durante la infancia.
 2. La infidelidad en la pareja.
 3. La información sexual inadecuada.
 4. El miedo a la intimidad.
 5. Una educación moral y/o religiosa restrictiva.
- 67. El término “dolor fantasma” se aplica a:**
1. Personas muy sugestionables que experimentan dolor bajo hipnosis.
 2. La experiencia de dolor en personas que han sufrido una amputación.
 3. La percepción de movimiento acompañado de parestesia en un miembro amputado.
 4. La percepción de dolor exagerado durante una crisis epiléptica del lóbulo temporal.
 5. Los pacientes con trastorno de conversión, cuando experimentan dolor intenso ante una presión mínima.
- 68. La sensación interna de inquietud, que se manifiesta por la necesidad de estar en movimiento constante, se denomina:**
1. Ecopraxia.
 2. Distonía.
 3. Atetosis.
 4. Mioclonía.
 5. Acatisia.
- 69. Indique cuál de las condiciones que se enumeran se considera un factor de mantenimiento de los delirios:**
1. Estado emocional alterado.
 2. Mantenimiento de la autoestima.
 3. Sesgos atribucionales.
 4. Experiencias inusuales (o claramente patológicas).
 5. Percepción de incompetencia social.
- 70. Luisa no manifiesta ansiedad ni temor ante el castigo o ante una situación de peligro, y no responde al dolor que manifiestan otras personas. Este comportamiento de Luisa sería calificable como:**
1. Rigidez afectiva.
 2. Alexitimia.
 3. Paratimia.
 4. Anhedonia.
 5. Embotamiento afectivo.
- 71. 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 con otras 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.
- 72. “Llevo todo el día con esa cancioncilla metida en la cabeza. No consigo deshacerme de ella por más que lo intente”. Esta experiencia se denomina:**
1. Imagen eidética.
 2. Imagen obsesiva.
 3. Imagen hipnopómpica.
 4. Imagen háptica.
 5. Pseudoalucinación auditiva.
- 73. La hipervigilancia general, característica, entre otros trastornos, de la ansiedad generalizada puede dar lugar a:**
1. Un aumento de la selección atencional (o estrechamiento atencional).
 2. Distrabilidad.
 3. Hiperconcentración.
 4. Visión en túnel.
 5. Ausencias mentales.
- 74. “Cuando me desperté sentí como una oleada de intenso frío interior y fue entonces cuando vi que mi corazón había salido de mi cuerpo y yacía en el suelo”. Esta experiencia indica la**

presencia de:

1. Una percepción delirante.
2. Un delirio hipocondríaco.
3. Una alucinación somática.
4. Una metamorfopsia.
5. Una imagen obsesiva.

75. La hipótesis del déficit de memoria de contexto (CMDH), propuesta por Mayes y su grupo para la explicación del síndrome amnésico, plantea que lo que está especialmente deteriorado en los amnésicos es:

1. La capacidad para codificar adecuadamente la información nueva.
2. El funcionamiento de la memoria implícita.
3. La capacidad para consolidar, retener, o recuperar la información.
4. La conciencia autoconsciente.
5. Los procesos de activación e integración abajo-arriba.

76. La presencia de síntomas tales como inmovilidad, agitación, negativismo, movimientos raros, muecas, manierismos, ecolalia y ecopraxia, caracteriza a:

1. La esquizofrenia catatónica.
2. La depresión mayor con síntomas psicóticos.
3. La demencia alcohólica.
4. El trastorno esquizoafectivo.
5. La alucinosis alcohólica.

77. ¿Cómo se denomina a la falta de preocupación por la naturaleza y gravedad de los síntomas?:

1. Anhedonia.
2. Alexitimia.
3. Apatía.
4. Belle indifférence.
5. Abulia.

78. ¿A qué nos referimos cuando hablamos de falsificaciones que se dan en el síndrome amnésico, con estado de conciencia lúcida, en las que el paciente puede inventarse recuerdos sin intención de mentir al intentar dar respuesta a cosas que no recuerda y tiene así una continuidad amnésica?:

1. Pseudología fantástica.
2. Síndrome de Münchhausen.
3. Confabulación.
4. Criptoamnesia.
5. Parapraxia.

79. ¿A qué concepto corresponde la definición “distorsión de memoria en grado patológico por incluir detalles falsos o referencia temporal incorrecta”?:

1. Paramnesia.

2. Parapraxia.
3. Amnesia anterógrada.
4. Amnesia retrógrada.
5. Criptomnesia.

80. ¿Cómo se llama a las “experiencias en que un recuerdo no es experimentado como tal sino que se cree que es una producción original vivida por primera vez”?:

1. Síndrome Capgras.
2. Criptomnesia.
3. Jamais vu.
4. Déjà vu.
5. Parapraxia.

81. ¿Qué alteraciones del lenguaje se producen en los pacientes depresivos?:

1. Su habla es lenta y desorganizada.
2. En ocasiones resultan ininteligibles y son difíciles de entender.
3. Su conversación es monótona y aburrida.
4. Presenta pautas de desviación severa en el desarrollo de los componentes semántico y pragmático.
5. Salvo en ocasiones excepcionales, no tienen trastornos en la comprensión ni en la producción verbal.

82. ¿Cuál de los siguientes síntomas es un síntoma positivo de la esquizofrenia?:

1. Abulia - apatía.
2. Anhedonia.
3. Falta de atención.
4. Comportamiento extravagante.
5. Alogia.

83. Según Wolpe, el primer ejemplo en que se usaron deliberadamente respuestas contraactantes para superar las respuestas de ansiedad acercando gradualmente el estímulo, como en la Desensibilización sistemática, fue:

1. El uso de la alimentación para superar fobias infantiles en los casos de Mary Cover Jones.
2. El uso de la relajación para superar ataques de ansiedad en casos de Thurstone.
3. El uso del placer sexual para contrarrestar respuestas agresivas en esquizofrénicos.
4. El uso de la bebida para superar la agorafobia en casos de Gelder.
5. El uso de drogas relajantes para superar la ansiedad obsesiva en casos de Freud.

84. ¿Quién fue el autor que desarrolló la técnica de la desensibilización mediante movimiento ocular?:

1. Wolpe.
2. Watson.
3. Mary Cover Jones.

4. Shapiro.
 5. Goldfried.
85. **“Por favor, imagina la siguiente escena lo más vívidamente posible: una paloma se te acerca, te mira con los ojos enrojecidos, se aproxima más y más, puedes sentir su respiración acelerada y entonces da un salto hacia tu cara y comienza a intentar picar tus ojos... Comienzas a notar la sangre que cae por tu cara...” ¿Qué técnica estaríamos aplicando con esta paciente que tiene fobia a las palomas?:**
1. Implosión.
 2. Desensibilización en imaginación.
 3. Inundación in vivo.
 4. Inundación en imagen.
 5. Desensibilización enriquecida.
86. **¿Qué teoría o modelo resultó básico en el desarrollo y fundamentación de las técnicas de solución de problemas?:**
1. La teoría de incubación del miedo.
 2. La teoría de habituación dual.
 3. La teoría transaccional sobre el estrés.
 4. El modelo ABC.
 5. El modelo de afrontamiento paliativo.
87. **¿En qué técnica le pedimos al paciente que se concentre en un pensamiento no deseado y cuando lo ha hecho el terapeuta pronuncia en voz alta la palabra “basta” o “stop” mientras da una fuerte palmada en la mesa?:**
1. Coste de respuesta.
 2. Modelado aversivo.
 3. Inundación en imagen.
 4. Detención de pensamiento.
 5. Implosión.
88. **¿Qué teoría explicativa de la inundación señala que en la reducción de las respuestas de ansiedad intervienen simultáneamente dos procesos distintos: uno de sensibilización y otro de habituación?:**
1. Teoría de la respuesta competitiva de Baum.
 2. Teoría de habituación dual de Watts.
 3. Teoría cognitiva de Rimm y Masters.
 4. Teoría bifactorial de Mowrer.
 5. Teoría de alternancia ansiógena de Kelly.
89. **¿Qué técnica desarrollada por Ayllon y Azrin supuso una nueva vía para la aplicación de las técnicas operantes en grupos de enfermos mentales crónicos institucionalizados?:**
1. Contrato de contingencias.
 2. Sobrecorrección.
 3. Economía de fichas.
 4. Entrenamiento en discriminación.
 5. “Stop-thinking”.
90. **¿Qué tipo de programa de reforzamiento es más apropiado para el mantenimiento a largo plazo de una conducta adquirida previamente?:**
1. Programa de reforzamiento contingente.
 2. Programa de reforzamiento intermitente.
 3. Programa de reforzamiento condicionado.
 4. Programa de reforzamiento estratificado.
 5. Programa de reforzamiento continuo.
91. **Para premiar el buen comportamiento de un preso el juez decide disminuirle la pena diez años. En términos psicológicos se puede decir que se ha aplicado un procedimiento de:**
1. Tiempo fuera.
 2. Coste de respuesta.
 3. Reforzamiento negativo.
 4. Extinción.
 5. Reforzamiento positivo.
92. **Si estamos aplicando un programa de reforzamiento RF 10, eso significa que estamos reforzando:**
1. Cada 10 minutos exactamente cuando se ha realizado la conducta adecuada.
 2. Durante 10 minutos después de que se ha realizado la conducta adecuada.
 3. Cada 10 veces que se ha realizado la conducta adecuada.
 4. Cada 10 minutos (valor promedio) cuando se ha realizado la conducta adecuada.
 5. Con 10 reforzadores del tipo que se incluya en el programa.
93. **Los fenómenos de la “recuperación espontánea”, el incremento de repuestas agresivas temporales y el “estallido de respuesta” o “tren de respuesta” son relativamente frecuentes en:**
1. La extinción.
 2. El encadenamiento.
 3. El moldeamiento.
 4. El refuerzo negativo.
 5. El castigo.
94. **¿Cómo se denomina la técnica con la que intentamos que una conducta se mantenga en ausencia progresivamente mayor de apoyo externo o instigadores?:**
1. Moldeamiento.
 2. Reforzamiento intermitente.
 3. Extinción.
 4. Desvanecimiento.
 5. Saciación.
95. **En la aplicación del tiempo fuera, ¿cuál suele ser el criterio para establecer el tiempo de permanencia?:**

1. Nunca menos de 30 minutos.
 2. Aproximadamente 1 minuto por año de edad.
 3. Entre 45 y 60 minutos.
 4. Entre 2 y 3 horas.
 5. Aproximadamente 5 minutos por año de edad.
- 96. ¿En qué tipo de modelado, se le pide al sujeto que imagine la conducta del modelo y usualmente también sus consecuencias?:**
1. En el modelado de conductas intermedias.
 2. En el modelado pasivo.
 3. En el modelado mixto.
 4. En el modelado simbólico.
 5. En el modelado encubierto.
- 97. En la economía de fichas se suelen incluir frecuentemente procedimientos para el control de conductas indeseables, tales como:**
1. Coste de respuesta.
 2. Tiempo fuera de aislamiento.
 3. Extinción.
 4. Sobrecorrección.
 5. Condicionamiento aversivo.
- 98. ¿Con qué técnica de intervención está estrechamente relacionada la práctica masiva?:**
1. Con la saciación de respuesta.
 2. Con el coste de respuesta.
 3. Con el refuerzo negativo.
 4. Con el tiempo fuera.
 5. Con el reforzamiento diferencial de tasas bajas.
- 99. ¿En qué modelo teórico está basada la técnica del ensayo de conducta encubierto?:**
1. Modelo de condicionamiento operante.
 2. Modelo de condicionamiento clásico.
 3. Modelo de autocontrol.
 4. Modelo del aprendizaje social.
 5. Modelo de desensibilización.
- 100. ¿Cuál de las siguientes constituye una ventaja del uso de la sensibilización encubierta frente a la terapia aversiva clásica que utilizaba estímulos físicos?:**
1. Emplea estimulación física.
 2. Incrementa la ocurrencia de efectos secundarios.
 3. Las posibilidades de generalización de los aprendizajes a situaciones naturales es menor.
 4. El número de estudios que revelan su eficacia es mucho mayor que en el caso de la terapia aversiva clásica.
 5. Disminuye el riesgo de abandono de la terapia.
- 101. ¿Qué autor tuvo una posición crítica respecto al castigo al destacar que con éste no se reducía más rápidamente una conducta desadaptativa que simplemente con la ausencia de refuerzo y que, por otro lado, el castigo era ineficaz para producir un nuevo aprendizaje?:**
1. Max.
 2. Kantorovich.
 3. Estes.
 4. Solomon.
 5. Raimond.
- 102. ¿Qué información nos proporciona el biofeedback de los músculos del cérvix?:**
1. El cambio en el tamaño del pene.
 2. La contracción de las paredes vaginales.
 3. El nivel de tensión en los músculos cervicales.
 4. El grado de lubricación vaginal en una mujer.
 5. La presión sanguínea en el cuello del útero.
- 103. ¿Cómo se denomina la técnica utilizada en el entrenamiento en habilidades sociales y desarrollada por primera vez por Kelly, en la cual se le pide al paciente que asuma un rol distinto del habitual con las demás personas, como si realmente fuera otro?:**
1. Técnica del papel fijo.
 2. Psicodrama.
 3. Técnica de simulación.
 4. Técnica de confusión.
 5. Ruptura del juego neurótico.
- 104. ¿Qué autor acuñó los conceptos de “conducta controladora” y “conducta controlada” en el ámbito del autocontrol?:**
1. Bandura.
 2. Kanfer.
 3. Rotter.
 4. Mischel.
 5. Skinner.
- 105. En un programa de autocontrol para evitar la adicción al cibersexo, el terapeuta le pide al paciente que durante un tiempo no debe quedarse solo con un ordenador delante. Se trata de un ejemplo de:**
1. Control de estímulos.
 2. Contrato de contingencia.
 3. Autoobservación.
 4. Fortalecimiento de indicios.
 5. Programación conductual.
- 106. ¿En qué consiste el “método socrático” que caracteriza el estilo del terapeuta cognitivo?:**
1. En la confianza en el poder de la razón que expresa el terapeuta desde el principio.
 2. En la indicación por parte del terapeuta de que es el propio paciente el que debe tomar sus decisiones y no él.

3. En la búsqueda de la verdad por encima de todo, a pesar de que ésta pueda causar sufrimiento al paciente.
 4. En el proceso o estilo por el cual, es el paciente el que encuentra las respuestas a sus dudas a partir de preguntas inteligentes del terapeuta que van guiando al paciente.
 5. En el mantenimiento de cierta “distancia terapéutica” entre paciente y terapeuta.
- 107. ¿Todas las técnicas o modelos siguientes EXCEPTO una/o se consideran variantes de las técnicas de reestructuración cognitiva? ¿Cuál es ésta?:**
1. Terapia racional-emotiva de Ellis.
 2. Terapia cognitiva de Beck.
 3. Reestructuración racional sistemática de Goldfried y Goldfried.
 4. Terapia de resolución de problemas de D’Zurilla y Goldfried.
 5. Entrenamiento autoinstruccional de Meichenbaum.
- 108. De acuerdo con el modelo de A.T. Beck sobre la depresión, ¿cuál de los siguientes errores cognitivos consiste en seleccionar la información de modo consistente con un esquema disfuncional, desatendiendo la información que contradice a dicho esquema?:**
1. Inferencia arbitraria.
 2. Pensamiento dicotómico.
 3. Sobregeneralización.
 4. Magnificación.
 5. Abstracción selectiva.
- 109. En el entrenamiento en inoculación de estrés de Meichenbaum, el modelo de Jaremko pretende sistematizar la fase:**
1. Educativa.
 2. De entrenamiento.
 3. De aplicación.
 4. De generalización.
 5. De afrontamiento.
- 110. Cuando reforzamos a un niño después y sólo después de que haya realizado la conducta objetivo, decimos que ese refuerzo es:**
1. Tangible.
 2. Contingente a esa conducta.
 3. Intermitente.
 4. Operante.
 5. Plausible.
- 111. Si un profesor revisa los cuadernos todos los viernes y refuerza a los alumnos que en los días de revisión tengan hechas las tareas de manera adecuada, está utilizando un programa de reforzamiento:**
1. Continuo.
 2. De intervalo fijo.
 3. De intervalo variable.
 4. De razón fija.
 5. De razón variable.
- 112. Un psicólogo desea que un interno deje de tener comportamientos provocadores y agresivos cuando está en el patio con sus compañeros, por lo que decide reforzarle cada día que sale al patio y que no ha emitido ningún comportamiento de este tipo. Este profesional está aplicando:**
1. Reforzamiento diferencial de otras conductas.
 2. Reforzamiento diferencial de conductas incompatibles.
 3. Reforzamiento diferencial de tasas bajas de conducta.
 4. Coste de respuesta.
 5. Extinción de respuesta.
- 113. El diagnóstico del episodio depresivo mayor (DSM-IV) exige que se den una serie de síntomas, uno de ellos es el estado de ánimo depresivo. No obstante, cuando se trata de niños o adolescentes, este síntoma puede consistir en estado de ánimo:**
1. Irritable.
 2. Ansioso.
 3. Distímico.
 4. Maníaco.
 5. Anhedónico.
- 114. En población de niños y adolescentes, el suicidio consumado se ha asociado al diagnóstico de algún trastorno depresivo. ¿Cuál de los siguientes trastornos, al igual que la depresión, también ha sido asociado de forma significativa al suicidio consumado?:**
1. Trastorno de ansiedad generalizada.
 2. Trastorno de déficit de atención con hiperactividad.
 3. Trastorno de ansiedad de separación.
 4. Trastorno disocial (conducta antisocial).
 5. Fobia social (generalizada).
- 115. Aunque los datos sobre la prevalencia de la depresión en niños y adolescentes pueden variar entre unos estudios y otros, suele existir acuerdo sobre la evidencia de que:**
1. La depresión es más prevalente en las niñas que en los niños.
 2. Es únicamente a partir de la adolescencia cuando la depresión se asocia más al género femenino que al masculino.
 3. Considerando ambos géneros, la prevalencia de la depresión es similar en niños que en adolescentes.
 4. La depresión de tipo endógeno es más preva-

- lente en los niños que en las niñas.
5. Es únicamente a partir de la adolescencia cuando la depresión endógena se asocia más al género masculino que al femenino.
- 116. Los estudios sobre vulnerabilidad a la depresión durante la infancia sugieren que cuando los padres, o alguno de los padres, sufre de depresión, los niños presentan mayor probabilidad de padecer:**
1. Específicamente un trastorno depresivo.
 2. Específicamente un trastorno de ansiedad.
 3. Específicamente un trastorno de déficit de atención.
 4. Específicamente un trastorno psicótico.
 5. Cualquier trastorno psicopatológico.
- 117. Un criterio (DSM-IV) para poder establecer el diagnóstico del trastorno de déficit de atención con hiperactividad en niños y adolescentes consiste en que:**
1. Deben darse síntomas de desatención y de hiperactividad-impulsividad.
 2. Los síntomas de desatención han estado presentes durante al menos 1 año.
 3. Los síntomas de hiperactividad-impulsividad han estado presentes durante al menos 1 mes.
 4. Los síntomas han ocurrido antes de los 7 años de edad.
 5. El niño tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.
- 118. Indique cuál de los siguientes comportamientos del niño o adolescente es considerado como un síntoma de desatención para el diagnóstico del trastorno del déficit de atención con hiperactividad (DSM-IV):**
1. Tener dificultades para guardar turno.
 2. Hablar en exceso.
 3. Discutir frecuentemente con adultos.
 4. Molestar deliberadamente con frecuencia a otras personas.
 5. Ser a menudo descuidado en las actividades diarias.
- 119. La investigación sobre el trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) ha demostrado que este trastorno se asocia a:**
1. Un exceso de actividad motora especialmente en situaciones sedentarias o muy estructuradas.
 2. Un déficit de la atención selectiva.
 3. Un déficit de la atención mantenida.
 4. Un exceso de actividad motora en cualquier tipo de situación.
 5. Una elevada sensibilidad a las consecuencias de la conducta (los reforzadores débiles son suficientes para los niños con TDAH).
- 120. Entre las diversas hipótesis propuestas para explicar la etiología del trastorno de déficit de atención con hiperactividad, la que ha recibido mayor apoyo empírico es la basada en el/la:**
1. Consumo elevado de azúcar.
 2. Transmisión genética.
 3. Nivel elevado de plomo ambiental.
 4. Consumo elevado de ciertos alimentos (trigo, leche de vaca, etc.).
 5. Complicaciones durante el nacimiento.
- 121. El diagnóstico del trastorno de ansiedad de separación en niños se establece, de acuerdo con el DSM-IV, a partir de varios síntomas de ansiedad relacionados con la separación del hogar o de las personas vinculadas al niño. Indique cuál de los siguientes síntomas NO es válido para establecer dicho diagnóstico:**
1. Temor a la ocurrencia de síntomas similares a los del ataque de pánico debidos a la separación.
 2. Pesadillas nocturnas sobre la separación.
 3. Quejas de síntomas físicos cuando ocurre o el niño anticipa la separación.
 4. Rechazo a ir al colegio a causa del miedo a la separación.
 5. Miedo o resistencia a quedarse sólo en el hogar.
- 122. ¿Qué diagnóstico sería el más apropiado (DSM-IV) para un niño en el que predomina la siguiente sintomatología? (1) ansiedad y preocupaciones excesivas sobre diversos temas (colegio, amigos, padres, salud, etc.), (2) las preocupaciones no pueden ser controladas por el niño, (3) inquietud, irritabilidad y dificultades para concentrarse generalmente asociadas a la ansiedad y las preocupaciones, y (4) miedo a quedarse sólo en casa:**
1. Trastorno de ansiedad de separación.
 2. Trastorno obsesivo-compulsivo.
 3. Trastorno de ansiedad generalizada.
 4. Fobia social generalizada.
 5. Fobia específica.
- 123. A partir de las variables de vulnerabilidad psicopatológica que se indican a continuación, señale cuál de ellas posee una relación más específica con los miedos y el pánico, tanto en niños/adolescentes como en adultos:**
1. Afectividad negativa.
 2. Sensibilidad a la ansiedad.
 3. Neuroticismo.
 4. Inhibición conductual.
 5. Rasgo de ansiedad.
- 124. En general, los miedos más comunes durante la infancia (después de los 7-8 años de edad) y la adolescencia suelen corresponder a la categoría**

de:

1. Miedos médicos (hospitales, inyecciones, etc.).
2. Miedos al fracaso y la crítica.
3. Miedos a lo desconocido.
4. Miedos al peligro y la muerte.
5. Miedos a daños menores y a pequeños animales.

125. Existen diversas situaciones y/o actividades que son evitadas por los niños y adolescentes con fobia social. Indique entre las que se refieren a continuación cuál suele ser evitada con mayor frecuencia por este tipo de población:

1. Interaccionar (hablar) con iguales.
2. Hablar en público en situaciones escolares.
3. Comer o beber frente a otros.
4. Usar los aseos públicos.
5. Interaccionar (hablar) con amistades de los padres.

126. De los siguientes trastornos de ansiedad indique cuál de ellos suele iniciarse a edades más tempranas:

1. Fobia social.
2. Trastorno de pánico.
3. Trastorno de estrés postraumático.
4. Fobia a los animales.
5. Trastorno de ansiedad generalizada.

127. Partiendo de los síndromes infantojuveniles derivados empíricamente, se ha sugerido que el denominado síndrome de exteriorización, entendido en sentido amplio, incluye al menos los dos síndromes restringidos siguientes (T.M. Achenbach):

1. Comportamiento agresivo y comportamiento delictivo.
2. Socializado agresivo e infrasocializado no agresivo.
3. Comportamiento agresivo y comportamiento no agresivo.
4. Trastorno agresivo activo y trastorno agresivo pasivo.
5. Trastorno negativista y trastorno desafiante.

128. ¿Qué diagnóstico (DSM-IV) debería sugerirse cuando un niño de 12 años presenta de forma repetitiva y persistente los 4 síntomas siguientes: exhibe crueldad física con los animales, miente para evitar obligaciones, hace novillos en el colegio, y roba en las tiendas?

1. Trastorno antisocial de personalidad.
2. Trastorno negativista desafiante.
3. Trastorno disocial.
4. Psicopatía primaria.
5. Trastorno esquizotípico.

129. ¿Qué diagnóstico sugeriría para un niño de 10 años en el que, sin presentar otros síntomas relevantes, predominan (frecuencia claramente superior a la habitual para su edad) comportamientos como discutir con adultos, encolerizarse o incurrir en pataletas, molestar deliberadamente a otras personas, ser rencoroso o vengativo, y acusar a otros de sus errores o mal comportamiento?:

1. Trastorno disocial de inicio infantil.
2. Trastorno disocial de inicio adolescente.
3. Trastorno de déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo.
4. Trastorno negativista desafiante.
5. Trastorno antisocial de personalidad.

130. El diagnóstico de la encopresis en el niño (DSM-IV), no debida a los efectos fisiológicos de sustancias ni a una enfermedad médica, requiere que éste tenga al menos:

1. La misma edad que se requiere para el diagnóstico de la enuresis.
2. Cuatro años de edad.
3. Seis años de edad.
4. Incontinencia urinaria nocturna.
5. Ausencia de historial familiar de problemas médicos graves.

131. Indica cuál de las siguientes técnicas es contraproducente y por tanto está desaconsejada en el tratamiento del Trastorno Obsesivo Compulsivo en niños y adolescentes:

1. Exposición in vivo.
2. Exposición en imagen.
3. Detención de pensamiento.
4. Prevención de respuesta.
5. Discusión cognitiva.

132. En el tratamiento de la fobia social en niños y adolescentes hay un elemento clave que condiciona la elección del tratamiento o del orden de intervención y es:

1. Si posee una red de apoyo importante a nivel familiar.
2. Si posee una red de apoyo importante de amigos.
3. Si tiene en su repertorio conductual habilidades de manejo de su entorno social.
4. Si ha vivido situaciones traumáticas.
5. Si ha habido un cambio de contexto social.

133. Entre los beneficios de los tratamientos cognitivo-conductuales para el tratamiento del trastorno de déficit de atención con hiperactividad destaca:

1. El aumento de la aceptación del niño por sus iguales.

2. El mantenimiento de los efectos una vez acabado el tratamiento.
 3. La facilidad de transferencia de los efectos a diferentes situaciones y contextos.
 4. La eliminación completa de los síntomas motóricos.
 5. La facilidad para afrontar demandas cambiantes.
- 134. En el tratamiento del trastorno de déficit de atención con hiperactividad:**
1. La mejor intervención es la que se centra en el niño inicialmente dejando en un segundo término la intervención centrada en padres y profesores.
 2. Se recomiendan intervenciones breves pero tempranas.
 3. El mantenimiento de los efectos de la intervención se asegura si el tratamiento concluye con éxito.
 4. El alcance de los efectos del tratamiento en el contexto escolar se generaliza fácilmente al contexto familiar.
 5. Es especialmente importante el mantenimiento del contacto terapeuta-profesor durante años.
- 135. Los fármacos utilizados con objeto de paliar los síntomas psicóticos, disminuir los niveles de ansiedad, estabilizar el humor y mejorar la socialización resultan especialmente interesantes en el tratamiento de niños y adolescentes con:**
1. Síndrome límite en la infancia.
 2. Trastorno de ansiedad.
 3. Trastorno obsesivo compulsivo.
 4. Depresión mayor.
 5. Enuresis secundaria.
- 136. El programa “Coping Cat” de Kendall (1992), el programa “Coping Koala Group Workbook” de Barrett (1995) y el programa “The Coping Bear Workbook” de Mendlowitz y cols. (1999) son todos ellos programas dirigidos al tratamiento de niños y adolescentes con:**
1. Trastorno de Ansiedad Generalizada.
 2. Fobia a los animales.
 3. Miedos nocturnos.
 4. Trastorno Obsesivo Compulsivo.
 5. Enuresis nocturna.
- 137. En la intervención dirigida a la adicción al cibersexo se ha considerado la posibilidad de utilizar Internet con diferentes fines. Indica para cuál de estos fines estaría desaconsejado el uso de Internet:**
1. Para la provisión de información relativa a adicciones.
 2. Para obtener apoyo social.
 3. Como parte de un plan de prevención de recaídas.
 4. Para la provisión directa de terapia psicológica.
 5. Para paliar los sentimientos de culpa o vergüenza que motivan la evitación de acudir a la consulta clínica.
- 138. ¿Cuál de las siguientes intervenciones está desaconsejada en el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo en niños y adolescentes?:**
1. Imágenes emotivas.
 2. Antidepresivos tricíclicos.
 3. Exposición en vivo.
 4. Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina.
 5. Entrenamiento cognitivo.
- 139. Los procedimientos de tratamiento más eficaces para el mutismo selectivo en niños son:**
1. Técnicas operantes.
 2. Técnicas de incremento de la autoestima.
 3. Técnicas sistémicas.
 4. Técnicas de potenciación personal.
 5. Técnicas cognitivas.
- 140. Klingman (1988) propone una técnica para hacer frente a la fobia a la oscuridad en niños consistente en leer historias en las que uno o varios personajes afrontan con éxito el miedo a la oscuridad. Esta técnica recibe el nombre de:**
1. Terapia de juego.
 2. Modelado simbólico.
 3. Terapia lectora.
 4. Desensibilización en imagen.
 5. Autoinstrucciones de competencia.
- 141. Se ha demostrado a partir de informes de caso único, que la IRT (Terapia de Ensayo en Imaginación) es una técnica eficaz en el tratamiento de niños y adolescentes con:**
1. Depresión Mayor.
 2. Trastornos alimentarios.
 3. Trastorno obsesivo-compulsivo.
 4. Pesadillas.
 5. Fobia social.
- 142. El método de la alarma de Mowrer y Mowrer, el entrenamiento de limpieza, y la práctica positiva son métodos empleados para el tratamiento de:**
1. Las pesadillas.
 2. La enuresis primaria.
 3. La ansiedad generalizada.
 4. El trastorno obsesivo-compulsivo.
 5. Los celos infantiles.
- 143. Diversos estudios preclínicos con animales sugieren que el alcoholismo puede estar mediado**

en parte por:

1. Bajos niveles congénitos de serotonina.
2. Altos niveles congénitos de dopamina.
3. Mayor actividad glutamatérgica al iniciarse el consumo.
4. Menor actividad gabaérgica al iniciarse el consumo.
5. Menor actividad opioidérgica al iniciarse el consumo.

144. Una de las regiones cerebrales más importantes en la iniciación de los efectos placenteros de los reforzadores naturales y las drogas de abuso es:

1. El cerebelo.
2. El núcleo accumbens.
3. La sustancia negra.
4. La corteza orbitofrontal.
5. La corteza cingulada.

145. La incapacidad para identificar objetos familiares y caras de personas conocidas suele ser el resultado de lesiones:

1. Bilaterales de la corteza parietal.
2. En la corteza visual.
3. En la corteza prefrontal.
4. En la corteza motora secundaria.
5. Bilaterales de la corteza orbitofrontal.

146. Una patología congénita con la que puede estar relacionado el autismo es:

1. La corea de Huntington.
2. Aneuploidia del cromosoma X.
3. El síndrome de Klinefelter.
4. La enfermedad de Parkinson.
5. La fenilcetonuria.

147. Uno de los tratamientos psicofarmacológicos que reducen los tics típicos de la sintomatología del Síndrome de La Tourette es:

1. La administración de bromocriptina.
2. La administración de reserpina.
3. La administración de haloperidol.
4. La inhibición de la recaptación de noradrenalina.
5. El aumento de la síntesis de serotonina.

148. Suele ser una característica en el paciente con trastorno obsesivo compulsivo tener:

1. Niveles de receptores de serotonina altos.
2. Una afectación del hipotálamo.
3. Un mayor flujo sanguíneo en el cerebelo durante la ejecución repetida de los movimientos.
4. Cuadros psicóticos que aparecen esporádicamente.
5. Una disminución en la latencia del sueño paradójico.

149. Los datos actuales sobre la relación entre depresión y sueño REM indican que:

1. La privación de sueño paradójico tiene un efecto pro-depresivo.
2. El sueño REM en depresivos es poco vigoroso.
3. La reducción de la latencia del sueño REM correlaciona significativamente con la gravedad de la depresión.
4. Hay una reducción de los estadios 1 y 2 del sueño de ondas lentas en personas gravemente deprimidas.
5. Hay un desplazamiento del inicio del sueño REM hacia el final de la noche en los pacientes depresivos.

150. Una posible explicación sobre las causas de la esquizofrenia radica en que se producen cambios neuroquímicos en el sistema dopaminérgico consistentes en:

1. Una disminución en el número de receptores de la familia D₄.
2. Un aumento en la hipersensibilidad de los receptores postsinápticos.
3. Una disminución en el número de receptores de la familia D₂.
4. Una disminución en la hipersensibilidad de los receptores postsinápticos.
5. Una reducción en el número de receptores de la familia D₁.

151. Un hallazgo consistente en diversos estudios neuromorfológicos hechos en pacientes esquizofrénicos es que en ellos:

1. La amígdala es más grande.
2. Muestran un hipocampo de mayor tamaño.
3. Tienen los ventrículos laterales más grandes.
4. La vermis cerebelosa está significativamente aumentada.
5. Su cuerpo calloso está más reducido en toda su extensión.

152. Entre las características neuropsicológicas de los esquizofrénicos está la de:

1. Mostrar movimientos oculares rápidos y espasmódicos ante estímulos visuales que se mueven rítmicamente.
2. Tener deterioros auditivos.
3. Percibir anormalmente la ritmicidad acústica.
4. Ser incapaces de seguir visualmente objetos en movimiento.
5. Exhibir movimientos oculares sacádicos muy suaves en el seguimiento de estímulos móviles.

153. ¿Qué tipo de memoria almacena la referencia autobiográfica o la experiencia personal?:

1. Memoria semántica.
 2. Memoria episódica.
 3. Memoria inmediata.
 4. Memoria a corto plazo.
 5. Memoria a largo plazo.
- 154. ¿Qué autores escribieron en 1960 la obra *Planes y la estructura de la conducta*, en la que proponen como unidad básica de conducta la unidad TOTE?:**
1. G. Miller, E. Gallanter y K. Pribram.
 2. C. L. Hull y E. C. Tolman.
 3. J. Watson y B. F. Skinner.
 4. M. Sechenov y J. B. Watson.
 5. B. Babkin y V. Bechterelev.
- 155. Algunos estímulos no pueden llegar a asociarse con un estímulo incondicionado concreto a pesar de efectuarse repetidos emparejamientos entre el estímulo condicionado y el estímulo incondicionado ¿A qué fenómeno se debe?:**
1. Al ensombrecimiento del estímulo condicionado.
 2. Al ensombrecimiento del estímulo incondicionado.
 3. A falta de contigüidad.
 4. A la contrapreparación.
 5. A la duración de la exposición al estímulo condicionado.
- 156. ¿En qué tipo de condicionamiento el estímulo incondicionado comienza y finaliza antes de que se presente el estímulo condicionado?:**
1. Condicionamiento hacia atrás.
 2. Condicionamiento simultáneo.
 3. Condicionamiento de huella.
 4. Condicionamiento demorado.
 5. Condicionamiento temporal.
- 157. ¿Cuál de las dimensiones físicas de los estímulos es la que mejor capta nuestra atención?:**
1. Los estímulos ubicados en la parte inferior derecha de nuestro campo visual.
 2. Los estímulos que poseen tonos en blanco y negro.
 3. Los estímulos que permanecen inmóviles.
 4. Los estímulos complejos.
 5. Los estímulos de diminuto tamaño.
- 158. ¿Qué autor utilizó la metodología hipotético-deductiva para desarrollar su teoría del aprendizaje?:**
1. E. C. Tolman.
 2. B. F. Skinner.
 3. C. L. Hull.
 4. J. B. Watson.
 5. O. Külpe.
- 159. ¿Cómo se denomina al conjunto de los conocimientos que integran la comunicación no verbal?:**
1. Paralingüística.
 2. Locución.
 3. Proxémica.
 4. Perlocución.
 5. Illocución.
- 160. ¿Cuál de las siguientes ilusiones pertenece al estudio de la percepción del movimiento?:**
1. Ilusión de Ponzo.
 2. El cuarto de Ames.
 3. Ilusión de cascada.
 4. Ilusión de Müller-Lyer.
 5. Ilusión de la Luna.
- 161. ¿Cuál de las siguientes emociones carece de tono hedónico?:**
1. El miedo.
 2. La alegría.
 3. La ira.
 4. La tristeza.
 5. La sorpresa.
- 162. Como han señalado diversos autores (P. ej., Cohen y Williamson, 1991), aunque son diversos los tipos de factores que parecen mediar en la relación entre el estrés y la enfermedad infecciosa (i.e., sistema nervioso, sistema endocrino, afrontamiento social, conductas relacionadas con la salud, adherencia), cabría afirmar que:**
1. Los factores que inducen cambios en el sistema inmune se asocian tanto al inicio como al curso (gravedad) de la enfermedad.
 2. Los factores relacionados con la exposición a agentes patógenos se asocian predominantemente al curso (gravedad) de la enfermedad.
 3. La adherencia es un factor implicado en el inicio de la enfermedad.
 4. Una mayor utilización de estrategias de afrontamiento social reduce la exposición a agentes patógenos.
 5. Cualquiera de estos cinco tipos de factores se asocia predominantemente al inicio de la enfermedad (no tanto al curso).
- 163. Partiendo del concepto de estilos de afrontamiento definidos por S. Miller (1990) como incrementador (*monitoring*) y atenuador (*blunting*), las personas en las que predomina una combinación de bajo incrementador y alto atenuador suelen:**
1. Aumentar la frustración ante situaciones incontrolables.
 2. Reducir la ansiedad ante situaciones incontrolables.
 3. Efectuar más fácilmente acciones instrumenta-

- les en situaciones controlables.
4. Aumentar la ansiedad ante situaciones incontrolables.
 5. Valorar como amenazantes las situaciones ambiguas.
- 164. Señale cuál de las siguientes respuestas fisiológicas o cambios orgánicos NO se asocia al estrés psicológico:**
1. Incremento de la presión sanguínea diastólica.
 2. Hiperplasia del timo.
 3. Reducción de la salivación.
 4. Catabolismo proteico.
 5. Hiperventilación.
- 165. Indique cuál de los siguientes tipos de personalidad (o patrones de conducta) ha sido propuesto como variable específica de predisposición a sufrir trastornos cardiovasculares:**
1. Tipo 5 de reacción al estrés.
 2. Conducta tipo C.
 3. Alexitimia.
 4. Neuroticismo.
 5. Tipo 2 de reacción al estrés.
- 166. Son diversos los factores que, a niveles elevados, se han asociado con el inicio y/o recurrencia (o mal pronóstico) del cáncer. Indique entre los que se refieren a continuación cuál de ellos no ha sido sugerido en este sentido:**
1. Tipo 1 de reacción al estrés.
 2. Estrés psicosocial.
 3. Sentimientos de desesperanza.
 4. Hostilidad.
 5. Depresión.
- 167. ¿Cuál de las siguientes sustancias se incluye dentro de las xantinas?:**
1. Hoja de coca.
 2. Drogas de síntesis.
 3. Cafeína.
 4. Benzodiacepinas.
 5. Fenotiazinas.
- 168. La miosis muy intensa es característica de la intoxicación por:**
1. Nicotina.
 2. Cafeína.
 3. Alcohol.
 4. Heroína.
 5. Cocaína.
- 169. La encefalopatía de Wernicke es un síndrome que se encuentra con frecuencia en personas con:**
1. Anorexia nerviosa.
 2. Disfunción eréctil.
 3. Trastorno disocial.
 4. Alcoholismo crónico.
 5. Esquizofrenia.
- 170. El uso excesivo de una sustancia que produce consecuencias negativas significativas a lo largo de un amplio periodo de tiempo, se denomina:**
1. Tolerancia.
 2. Uso peligroso.
 3. Flash.
 4. Abuso.
 5. Dependencia.
- 171. El conjunto de síntomas y signos que aparecen en una persona dependiente de una sustancia cuando deja bruscamente de consumirla, o la cantidad consumida es insuficiente, se denomina:**
1. Tolerancia
 2. Craving.
 3. Síndrome de abstinencia.
 4. Intoxicación.
 5. Potencial adictivo.
- 172. ¿Un índice de masa corporal normal es de?:**
1. 5-10.
 2. 8-11.
 3. 12-15.
 4. 16-19.
 5. 20-25.
- 173. Las anoréxicas que pierden peso exclusivamente a través de dietas y de ejercicios extenuantes se las conoce como:**
1. Vigoréxicas.
 2. Anoréxicas bulímicas.
 3. Anoréxicas restrictivas.
 4. Anoréxicas purgativas.
 5. Anoréxicas compulsivas.
- 174. ¿En cuál de los siguientes trastornos la incidencia al menos se ha doblado en los últimos 10-20 años?:**
1. La dependencia del alcohol.
 2. La esquizofrenia.
 3. La anorexia nerviosa.
 4. La depresión mayor.
 5. El trastorno de personalidad dependiente.
- 175. Las expectativas sobre éxito personal que se mantienen sin tener en cuenta las leyes de la probabilidad es característica de:**
1. Los jugadores patológicos.
 2. La justificación del fracaso en personas con fobia social.
 3. La fase maníaca del trastorno bipolar.
 4. El trastorno histriónico de la personalidad.

5. El trastorno de espasmos profesionales.
- 176. La búsqueda de sensaciones se encuentra con frecuencia en personas con:**
1. Trastorno de ansiedad generalizada.
 2. Trastorno de personalidad dependiente.
 3. Trastorno de somatización.
 4. Trastorno de juego patológico.
 5. Parasomnia.
- 177. El estado de adaptación caracterizado por la disminución de la respuesta a la misma cantidad de droga o por la necesidad de una dosis mayor para provocar el mismo grado de efecto farmacodinámico, es conocido como:**
1. Tolerancia.
 2. Craving.
 3. Síndrome de abstinencia.
 4. Intoxicación.
 5. Potencial adictivo.
- 178. ¿Cómo se puede caracterizar el síntoma del trastorno obsesivo-compulsivo consistente en contar mentalmente de forma repetitiva?:**
1. Idea obsesiva.
 2. Ritual cognitivo.
 3. Imagen obsesiva.
 4. Preocupación excesiva.
 5. Idea sobrevalorada.
- 179. El habla o la emisión de sonidos con significado psicológico durante el sueño sin que exista una concepción crítica subjetiva durante el episodio es:**
1. El sonambulismo.
 2. El bruxismo.
 3. La jactatio capitis nocturna.
 4. El síndrome de Kleine-Levin.
 5. El somniloquio.
- 180. ¿Cuál es la parafilia de mayor prevalencia en el sexo femenino?:**
1. El masoquismo.
 2. El sadismo.
 3. El bajo deseo sexual.
 4. El fetichismo transvestista.
 5. La zoofilia.
- 181. ¿Qué parafilia está asociada en algunas ocasiones a la personalidad antisocial?:**
1. El masoquismo.
 2. El voyeurismo.
 3. El fetichismo.
 4. La zoofilia.
 5. El sadismo.
- 182. Se puede diagnosticar un trastorno de estrés postraumático agudo cuando el período transcurrido entre el suceso traumático y el comienzo de los síntomas es, al menos, de:**
1. 1 semana.
 2. 2 semanas.
 3. 3 semanas.
 4. 4 semanas.
 5. 6. semanas.
- 183. ¿Cuál es el ritual más frecuente en el trastorno obsesivo-compulsivo?:**
1. Rituales de repetición.
 2. Rituales de comprobación.
 3. Rituales de limpieza.
 4. Rituales de orden.
 5. Rituales de acumulación.
- 184. ¿En cuál de los siguientes trastornos la mentira suele ser un elemento habitual de los que lo padecen?:**
1. El trastorno de ansiedad generalizada.
 2. La depresión mayor.
 3. El insomnio.
 4. El trastorno bipolar.
 5. El juego patológico.
- 185. Según el modelo tripartito de Clark y Watson (1991), ¿cuál es el elemento común a la ansiedad y a la depresión?:**
1. Nivel alto de neuroticismo.
 2. Nivel bajo de extraversión.
 3. Bajo afecto positivo.
 4. Alto afecto negativo.
 5. Activación psicofisiológica elevada.
- 186. ¿En qué trastorno de ansiedad es característica la reducción de la presión sanguínea y de la frecuencia cardíaca como respuesta psicofisiológica?:**
1. La fobia a la sangre.
 2. El ataque de pánico.
 3. El trastorno obsesivo-compulsivo.
 4. La fobia a volar en avión.
 5. La fobia social.
- 187. ¿Cuál de las siguientes situaciones NO se puede definir como típicamente agorafóbica?:**
1. Estar sólo fuera de casa.
 2. Encontrarse al aire libre en una multitud.
 3. Acudir a un lugar cerrado con gente.
 4. Viajar en transportes públicos.
 5. Hablar en público.
- 188. ¿Cuál de estos síntomas es específico del trastorno de ansiedad generalizada?:**
1. Pérdida de ilusión y cambios de humor.

2. Ataques de pánico.
 3. Preocupación desproporcionada por las dificultades cotidianas.
 4. Rubor facial.
 5. Alexitimia.
- 189. ¿Cuál es el tipo de ataque de pánico necesario para que se pueda hacer un diagnóstico de trastorno de pánico?:**
1. Inesperado y no señalado.
 2. Limitado situacionalmente.
 3. Predispuesto situacionalmente y señalado.
 4. Esperado y señalado.
 5. Vinculado a las situaciones agorafóbicas.
- 190. ¿Cuál de estos síntomas NO es característico del trastorno de estrés postraumático?:**
1. Rituales cognitivos.
 2. Reexperimentación del suceso.
 3. Evitación conductual y cognitiva de los estímulos asociados al suceso.
 4. Aumento de la activación psicofisiológica.
 5. Embotamiento afectivo.
- 191. ¿Cuál es el modelo teórico que mejor explica la reexperimentación persistente del suceso traumático en el trastorno de estrés postraumático?:**
1. El condicionamiento clásico.
 2. El condicionamiento instrumental.
 3. El condicionamiento de orden superior.
 4. La teoría del procesamiento de la información.
 5. La teoría de la indefensión aprendida.
- 192. ¿En qué cuadro o problema clínico disociativo está especialmente presente el fenómeno de la desrealización?:**
1. Amnesia disociativa.
 2. Trastorno por despersonalización.
 3. Trastorno de conversión.
 4. Trastorno de identidad disociativo.
 5. Fuga disociativa.
- 193. ¿En qué trastorno mental puede aparecer el fenómeno conocido como “la anestesia de guante”?:**
1. Trastorno dismórfico corporal.
 2. Trastorno de conversión.
 3. Hipocondría.
 4. Trastorno facticio.
 5. Dolor somatoforme.
- 194. ¿En qué trastorno mental puede aparecer el fenómeno conocido como “la belle indifférence”?:**
1. Trastorno dismórfico corporal.
 2. Hipocondría.
 3. Trastorno facticio.
 4. Trastorno por somatización.
 5. Trastorno de conversión.
- 195. ¿En qué cuadro clínico aparece específicamente la amnesia disociativa?:**
1. Demencia vascular.
 2. Demencia de Alzheimer.
 3. Traumatismo craneoencefálico.
 4. Trastorno de estrés postraumático.
 5. Daño cerebral sobrevenido.
- 196. ¿Quién describió por primera vez el concepto de disociación?:**
1. Freud.
 2. Kraepelin.
 3. Jaspers.
 4. Schneider.
 5. Janet.
- 197. Para poder efectuar un diagnóstico de un episodio depresivo mayor (DSM-IV) se requiere que el paciente:**
1. Exhiba síntomas de estado de ánimo depresivo y anhedonia.
 2. Haya experimentado los síntomas durante al menos dos años.
 3. Los síntomas no se deban a la acción de medicamentos o drogas.
 4. Nunca haya experimentado un episodio maníaco o hipomaníaco.
 5. Presente al menos tres síntomas depresivos.
- 198. Un trastorno bipolar I (DSM-IV) se caracteriza porque el paciente:**
1. No ha experimentado nunca un episodio depresivo mayor.
 2. Ha experimentado alguna vez un episodio maníaco.
 3. Ha experimentado alguna vez un episodio mixto (maníaco/depresivo).
 4. Ha experimentado alguna vez un episodio hipomaníaco.
 5. No ha experimentado nunca un episodio hipomaníaco.
- 199. Indique para cuál de las siguientes teorías sobre la depresión, el estrés NO es un factor fundamental:**
1. Teoría de la depresión de Beck.
 2. Teoría de la desesperanza (Abramson).
 3. Teoría de la autofocalización (Lewinshon).
 4. Teoría interpersonal (Gottlib).
 5. Teoría de la indefensión aprendida (Seligman).
- 200. ¿En cuál de los siguientes cuadros clínicos se presenta a nivel macroscópico la atrofia de los**

lóbulos frontales?:

1. Enfermedad de Pick.
2. Enfermedad de Parkinson.
3. Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob.
4. Enfermedad de Huntington.
5. Enfermedad de Alzheimer.

201. ¿Cuál es el trastorno que se caracteriza porque el paciente produce síntomas de forma intencionada pero no sabe por qué quiere adoptar el rol de enfermo?:

1. Trastorno de simulación
2. Trastorno facticio.
3. Hipocondría.
4. Trastorno de conversión.
5. Dolor somatoforme.

202. Según el modelo de Crow, ¿qué característica se asocia a la esquizofrenia tipo II?:

1. Alucinaciones.
2. Buena respuesta al tratamiento con neurolepticos.
3. Funcionamiento intelectual sin daño.
4. Delirios.
5. Afecto plano y pobreza del lenguaje.

203. ¿Qué teoría sobre los trastornos de ansiedad utiliza como constructo central el concepto de sensibilidad a la ansiedad?:

1. El modelo bifactorial mediacional de Mowrer.
2. La Teoría de la autoeficacia de Bandura.
3. El modelo cognitivo de Seligman y Johnston.
4. La reevaluación del EI de Davey.
5. El modelo de expectativa de Reiss.

204. Si una persona ha tenido estados depresivos y estados hipomaníacos, pero nunca estados maníacos, diremos que estamos ante un trastorno:

1. Bipolar I.
2. Bipolar II.
3. Bipolar no especificado.
4. Ciclotimia.
5. Depresivo no especificado.

205. Abramson y su equipo han identificado como factor de vulnerabilidad cognitiva a la depresión la existencia de un estilo atribucional consistente en la tendencia a atribuir los sucesos incontrolables y aversivos a factores:

1. Internos, estables y específicos.
2. Externos, estables y específicos.
3. Internos, estables y globales.
4. Externos, estables y globales.
5. Externos, inestables y específicos.

206. ¿Cuál de las siguientes características es frecuente en el lenguaje de los niños autistas?:

1. Escasa utilización de imperativos.
2. Intencionalidad en la comunicación.
3. Incapacidad para utilizar un lenguaje metafórico.
4. Inversión de nombres.
5. Ecolalia demorada.

207. ¿Cuál de los siguientes subtipos de esquizofrenia se parece más a la esquizofrenia tipo I de Crow?:

1. Desorganizada.
2. Catatónica.
3. Paranoide.
4. Indiferenciada.
5. Residual.

208. Las protoconversaciones se desarrollan:

1. Entre los 0 y 9 meses.
2. Entre los 9 meses y el año.
3. Entre un año y un año y medio.
4. Entre el año y medio y los dos años.
5. Entre los dos y los 3 años.

209. Dentro de la orientación del ciclo vital se entiende que el desarrollo puede explicarse como el resultado de las interacciones dialécticas entre tres sistemas de influencias que son (Baltes, 1998):

1. Naturales, sociales y culturales.
2. Generales, específicas y determinativas.
3. Normativas de edad, normativas históricas y no normativas.
4. Microsistemáticas, mesosistemáticas y macrosistemáticas.
5. Estructurales, procesuales y asimilatorias.

210. Si para investigar el comportamiento de una determinada variable tomamos datos en el año 2007 de niños de 5, 6, 7 y 8 años y en 2008 tomamos de nuevo muestras de niños de 5, 6, 7 y 8 años ¿qué tipo de diseño estamos realizando?:

1. Diseño de intervalo temporal.
2. Diseño transversal simple.
3. Diseño longitudinal secuencial.
4. Diseño longitudinal simple.
5. Diseño transversal secuencial.

211. Las expresiones faciales que indican timidez o vergüenza aparecen en el niño por primera vez:

1. Hacia los tres meses de vida.
2. A partir de los 7 meses.
3. A finales del primer año de vida.
4. Hacia los 18 meses de edad.
5. A partir de los 2 años de edad.

212. Según la teoría de los sistemas ecológicos de Bronfenbrenner ¿qué es el exosistema?:

1. Es el sistema de relaciones entre el microsistema y el mesosistema del niño.
 2. Es el sistema de relaciones entre los microsistemas del niño.
 3. Para la mayoría de niños incluye la familia, la escuela, el lugar donde juegan junto con las relaciones que él establece en estos lugares.
 4. Es el escenario social que puede influir en el niño pero en el que no participa directamente.
 5. Es la cultura y subcultura en que el niño vive y que influye en él a través de sus creencias, actitudes y tradiciones.
- 213. Los indicios estáticos, monoculares y cinéticos le sirven al niño en el desarrollo de:**
1. La percepción de profundidad.
 2. La representación intermodal.
 3. La atención selectiva.
 4. La constancia del tamaño.
 5. La constancia de la forma.
- 214. Cuando el bebé, en el estadio 4, en vez de buscar un objeto donde ha visto que lo escondían va a buscarlo donde ha sido capaz de encontrarlo antes, decimos, siguiendo a Piaget, que está cometiendo:**
1. Un error de constancia.
 2. Un error de calibrado.
 3. Un error perceptivo.
 4. Un error AB.
 5. Un error sensoriomotor.
- 215. ¿En qué estadio, según Piaget, el niño puede realizar la inferencia transitiva?:**
1. En el periodo sensoriomotor.
 2. En el periodo preoperacional.
 3. En el periodo de operaciones concretas.
 4. En el periodo de operaciones formales.
 5. En el periodo de operaciones posformales.
- 216. ¿Ante qué tipo de tratamiento suelen experimentar los pacientes con cáncer el denominado Síndrome de Disforia Anticipatoria?:**
1. Quimioterapia.
 2. Radioterapia.
 3. Cirugía.
 4. En los tratamientos de tipo paliativo.
 5. No existe tal síndrome.
- 217. Un paciente nos dice que ha estado muy angustiado porque ha realizado en los últimos días una práctica de riesgo para la infección por VIH pero se ha realizado las pruebas de detección de anticuerpos y le han dicho que no tiene anticuerpos frente al VIH. ¿Qué le debemos indicar al paciente?:**
1. Debemos felicitarle porque eso demuestra que no está infectado por el VIH.
 2. Debemos felicitarle porque eso indica que posiblemente sea inmune frente al VIH y por tanto está naturalmente protegido frente al virus.
 3. Debemos hacerle ver que todavía se encuentra en el denominado “período ventana” de modo que es conveniente que se vuelva a hacer las pruebas transcurridos al menos tres meses desde que realizó la práctica.
 4. Tendríamos que señalarle que desgraciadamente todo aquél que ha realizado una práctica de riesgo está infectado, aunque no siempre aparezca en las primeras analíticas.
 5. Deberíamos aconsejarle volverse a hacer las pruebas una semana después.
- 218. ¿A partir de qué manual de diagnóstico dejó de considerarse la homosexualidad como un trastorno psicológico y más concretamente como una parafilia?:**
1. A partir del DSM-III (1980).
 2. A partir del DSM-III-R (1987).
 3. A partir del DSM-IV (1994).
 4. Solamente a partir del DSM-IV-TR y en algunos países como el nuestro.
 5. Todavía se considera como un trastorno, aunque no necesariamente grave.
- 219. ¿Para el tratamiento de qué trastorno se considera especialmente importante el entrenamiento en masturbación?:**
1. Eyaculación precoz.
 2. Trastorno de la excitación en la mujer.
 3. Disfunción eréctil.
 4. Anorgasmia masculina.
 5. Dispareunia.
- 220. De entre las siguientes técnicas de intervención ¿cuál ha obtenido menor apoyo empírico para el tratamiento del síndrome del intestino irritable?:**
1. Biofeedback.
 2. Hipnosis.
 3. Entrenamiento en manejo del estrés.
 4. Técnicas de control de la ansiedad.
 5. Manejo de contingencias.
- 221. ¿Cuál de las siguientes intervenciones se encuentra entre los tratamientos empíricamente validados para el insomnio?:**
1. La restricción del sueño.
 2. La desensibilización sistemática.
 3. La intención paradójica.
 4. Siestas regulares diurnas.
 5. Programas de despertares programados.
- 222. ¿Cuál de los siguientes aspectos constituye el principal foco de atención psicológica en el**

tratamiento de la diabetes mellitus tipo I o insulino-dependiente?:

1. La pérdida de peso.
2. El cumplimiento de la dieta.
3. El autocontrol glucémico.
4. Las relaciones sociales del paciente.
5. La promoción del ejercicio físico.

223. La denominada “técnica del relleno” en la que se aconseja al paciente introducir el pene con una erección parcial en la vagina, se utiliza especialmente en el tratamiento de:

1. Trastorno por aversión al sexo.
2. Trastorno de la excitación en la mujer.
3. Trastorno de la excitación en el hombre.
4. Disfunción orgásmica femenina.
5. Vaginismo.

224. ¿Qué tipo de intervención psicológica se considera como “tratamiento bien establecido” para la dismenorrea primaria?:

1. La desensibilización sistemática.
2. La reestructuración cognitiva.
3. El entrenamiento en relajación muscular.
4. Los programas multicomponentes.
5. El biofeedback.

225. ¿Para qué tipo de pacientes con asma bronquial está especialmente indicada la desensibilización sistemática?:

1. Para aquellos pacientes que junto con el problema del asma padecen algún tipo de fobia específica.
2. Para los pacientes asmáticos que presentan un patrón continuado de hiperventilación.
3. Para aquellos pacientes en los que el asma se puede considerar una respuesta de ansiedad condicionada.
4. Para los pacientes que tienen una especial facilidad para imaginar episodios asmáticos.
5. Para todo tipo de pacientes.

226. ¿A qué tipo de factor debería referirse el objetivo general de un programa de promoción de la salud o de prevención de la enfermedad?:

1. Al problema de salud de que se trate.
2. A los factores contribuyentes.
3. A los marcadores de riesgo.
4. A la meta del programa.
5. A los factores de riesgo.

227. ¿Cuáles son las fases que, según Kubler-Ross, atraviesa el enfermo terminal una vez informado y en qué orden se suelen dar?:

1. Ira, negación y resignación.
2. Negación, ira, pacto, depresión y aceptación.
3. Bloqueo emocional, aceptación, catarsis y

actitud colaboradora.

4. Depresión, aceptación y serenidad.
5. Shock emocional, depresión y abandono.

228. Señala cuál de las siguientes técnicas derivadas de los modelos teóricos más actuales de la Fobia Social (Clark y Wells, 1995; Rapee y Heimberg, 1997; Wells y Clark, 1997) se dirige a la corrección de la imagen distorsionada de la propia ejecución en las situaciones sociales que suelen presentar muchos pacientes que sufren este problema:

1. Técnica de *biofeedback*.
2. Técnica de reestructuración de imágenes.
3. Técnica de *video-feedback*.
4. Técnica de cambio de foco atencional.
5. Técnica de imaginación emotiva.

229. ¿En cuál de los siguientes trastornos psicológicos es recomendable el formato de terapia grupal debido, entre otras razones, a que permite generar una diversidad de situaciones que facilitan las tareas de exposición del paciente?:

1. Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.
2. Trastorno de pánico con agorafobia.
3. Trastorno de estrés post-traumático.
4. Fobia social.
5. Trastorno de ansiedad generalizada.

230. ¿En qué fobia específica ha presentado buenos resultados el uso de la técnica de tensión muscular aplicada (Hellstrom, Fellenius y Öst, 1996; Öst y Sterner, 1987) como acompañante de la terapia de exposición?:

1. La fobia a volar.
2. La claustrofobia.
3. La fobia a las heridas y a la sangre.
4. La acrofobia.
5. La fobia a conducir.

231. ¿Cuál de las siguientes alternativas de tratamiento es considerada el tratamiento más efectivo para las Fobias Específicas (APA, 1994; Barlow, 1988; Barlow, Raffa y Cohen, 2002)?:

1. La desensibilización sistemática.
2. La de exposición en vivo.
3. La exposición en imaginación.
4. La exposición por medio de realidad virtual.
5. La terapia implosiva.

232. ¿Cuál de las siguientes estrategias resulta de utilidad para el tratamiento de las obsesiones sin conducta compulsiva manifiesta?:

1. La exposición en vivo con prevención de respuesta.
2. La exposición virtual con prevención de respuesta.

3. La exposición a la grabación de los pensamientos obsesivos en un casete.
 4. La discusión cognitiva de las obsesiones.
 5. La discusión cognitiva sobre la adecuación de las compulsiones.
- 233. De acuerdo con los criterios actualmente manejados por la psicología clínica basada en la evidencia, ¿qué tratamiento psicológico constituye un tratamiento bien establecido para el tratamiento del Trastorno Obsesivo-Compulsivo?:**
1. La relajación.
 2. La Desensibilización sistemática.
 3. El tratamiento psicológico combinado con el farmacológico.
 4. El tratamiento de exposición con prevención de respuesta.
 5. El tratamiento con inhibidores de la recaptación de serotonina.
- 234. Señale qué técnica de relajación se incluye en el Entrenamiento en Manejo de la Ansiedad de Suinn y Richardson para la Ansiedad Generalizada:**
1. El entrenamiento autógeno de Schultz.
 2. La técnica de respiración lenta.
 3. La relajación pasiva.
 4. El entrenamiento en relajación muscular progresiva.
 5. El *biofeedback*.
- 235. Desde la perspectiva de la terapia cognitiva para la depresión de Beck (Beck et al., 1979), ¿qué técnica se utiliza para que el paciente aprenda a etiquetar los errores cognitivos que comete y a proponer, además, una respuesta racional?:**
1. La comprobación de hipótesis.
 2. La técnica de la flecha descendente.
 3. El registro de los pensamientos distorsionados.
 4. La técnica de la triple columna.
 5. La técnica de reatribución.
- 236. Desde la perspectiva de la terapia cognitiva para la depresión de Beck (Beck et al., 1979), ¿qué técnica se utiliza al comienzo de la terapia en el caso de que la persona se encuentre gravemente deprimida?:**
1. La técnica de la triple columna.
 2. La programación/asignación de tareas graduadas.
 3. El registro de los pensamientos distorsionados.
 4. La comprobación de hipótesis.
 5. El entrenamiento en solución de problemas.
- 237. De acuerdo con los criterios actualmente manejados por la psicología clínica basada en la evidencia, ¿cuál de las siguientes alternativas de tratamiento ha probado ser la más eficaz para el Trastorno de Estrés Postraumático?:**
1. Los antidepresivos tricíclicos.
 2. La terapia racional-emotiva.
 3. La tensión aplicada.
 4. La exposición en imaginación prolongada.
 5. El entrenamiento en inoculación de estrés.
- 238. Los psicólogos clínicos se suelen encontrar con un problema común a la hora de tratar a pacientes con hipocondría. Señala cuál es:**
1. Los pacientes tienen dificultades para llevar a cabo las exposiciones a los indicios internos.
 2. A los pacientes les cuesta aceptar la explicación que les presenta el terapeuta acerca de lo que les ocurre.
 3. Los pacientes tienen dificultades para realizar las tareas para casa que se les piden.
 4. En cuanto se produce una reactivación de las quejas somáticas, los pacientes tienden a abandonar el tratamiento.
 5. Los pacientes tienen dificultades para aplicar las tácticas de distracción en su vida diaria.
- 239. ¿Qué técnicas de intervención psicológica constituyen la opción terapéutica más eficaz de la que se dispone actualmente para hacer frente al Juego Patológico?:**
1. Las técnicas de solución de problemas y el control de estímulos.
 2. La exposición en vivo con prevención de respuesta y el control de estímulos.
 3. La exposición en vivo con prevención de respuesta y la terapia cognitiva individual.
 4. El control de estímulos y la prevención de recaídas.
 5. La exposición en vivo sin prevención de respuesta y la prevención de recaídas.
- 240. A partir de los resultados obtenidos en los estudios sobre eficacia realizados sobre el tratamiento de la Esquizofrenia, los tratamientos cognitivo-conductuales resultan útiles:**
1. Para tratar los síntomas negativos.
 2. Para tratar los síntomas positivos.
 3. En las fases agudas de la enfermedad.
 4. En los pacientes hospitalizados.
 5. En los pacientes con problemas más crónicos.
- 241. ¿Qué fase del programa de Habilidades de afrontamiento para la conducta de beber (HACB; Langley et al., 1994) se centra en el fortalecimiento de las habilidades de toma de decisiones?:**
1. La fase de evaluación amplia.
 2. La fase de preparación para el cambio.
 3. La fase de entrenamiento en las habilidades de

- afrontamiento.
4. La fase de generalización estructurada.
 5. La fase de prevención de recaídas.
- 242. ¿En cuál de los siguientes trastornos psicológicos es importante llevar a cabo la reevaluación de la valoración del preocuparse como parte del tratamiento?:**
1. El trastorno de ansiedad social.
 2. La hipocondría.
 3. El trastorno de ansiedad generalizada.
 4. El trastorno dismórfico corporal.
 5. El trastorno de personalidad dependiente.
- 243. Señala qué componente NO forma parte del programa de intervención cognitivo-conductual breve diseñado por Foa et al. (1995) para el tratamiento de víctimas recientes de agresiones sexuales:**
1. Información sobre las reacciones psicológicas normales tras una agresión.
 2. Entrenamiento en relajación y respiración.
 3. Entrenamiento en inoculación del estrés.
 4. Exposición en imaginación a los recuerdos de la violación y en vivo a las situaciones evitadas que no son peligrosas.
 5. Reestructuración cognitiva sobre las creencias irracionales acerca de la peligrosidad del mundo y la carencia de control sobre los hechos.
- 244. ¿En la actualidad cuál es la única modalidad de tratamiento que cuenta con investigaciones controladas que avalan sus resultados en el tratamiento de la hipocondría?:**
1. La terapia de familia.
 2. La terapia psicodinámica.
 3. La terapia farmacológica.
 4. La terapia cognitivo-conductual.
 5. La terapia constructivista.
- 245. ¿Cuál de las siguientes estrategias es menos frecuente en los programas de intervención en pacientes con dolor crónico?:**
1. Técnicas operantes para las manifestaciones del dolor.
 2. Ajuste de la actividad.
 3. Técnicas de relajación.
 4. Técnicas de Solución de problemas.
 5. Control de las emociones negativas asociadas al dolor.
- 246. ¿Cuál es la técnica más utilizada en los programas unimodales de intervención psicológica para la fibromialgia?:**
1. El entrenamiento en solución de problemas.
 2. El entrenamiento en relajación.
 3. Detención del pensamiento.
 4. Reforzamiento encubierto.
 5. Saciación de estímulo.
- 247. ¿Cuál es la primera tarea que se debe realizar en el duelo, según Worden?:**
1. Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida.
 2. Adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente.
 3. Aceptar la realidad de la pérdida.
 4. Recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo.
 5. Evitar pensar en un primer momento en lo que ha sucedido.
- 248. En los distintos estudios sobre la eficacia de los programas de intervención psicológica en pacientes oncológicos, se ha demostrado que:**
1. Debe iniciarse la terapia de grupo desde el mismo momento del diagnóstico.
 2. Los hombres parecen tener una mayor respuesta al tratamiento que las mujeres.
 3. El estilo de afrontamiento no es relevante para la mejoría subjetiva del paciente.
 4. Un factor mediador importante de la mejoría es la sensación subjetiva de control.
 5. Las pacientes que más se benefician de los tratamientos son las que padecen cáncer de mama.
- 249. Hans Selye definió por primera vez el concepto de estrés. Se trataba de una definición operativa basada en la acción conjunta de los siguientes componentes:**
1. Agente estresor y respuesta fisiológica.
 2. Agente estresor y valoración cognitiva.
 3. Agente estresor, valoración cognitiva y afrontamiento.
 4. Reacción de alarma, reacción de resistencia y reacción de agotamiento.
 5. Evaluación primaria y evaluación secundaria.
- 250. ¿En qué modelo de trastorno obsesivo-compulsivo se hace una distinción específica entre los pensamientos automáticos negativos y las obsesiones?:**
1. El modelo de Salkovskis.
 2. El modelo de Foa y Kozak.
 3. El modelo de Marks.
 4. El modelo de Barlow.
 5. El modelo de Reed.
- 251. La evaluación del potencial de aprendizaje está influida por:**
1. El concepto de “zona de desarrollo próximo” de Vigotski.
 2. El concepto de inteligencia de Binet.
 3. El análisis funcional de la conducta.

4. La teoría bifactorial de la inteligencia de Spearman.
 5. La psicología ambiental.
- 252. La aplicación del análisis factorial a la Psicología Diferencial ha resultado de utilidad para:**
1. Determinar cuántos y cuáles son las dimensiones para el estudio de las diferencias individuales.
 2. Determinar las causas de las diferencias individuales.
 3. Conocer cómo evolucionan diferencialmente los individuos.
 4. Establecer el peso de los genes en la conducta.
 5. Conocer cómo evolucionan diferencialmente los individuos.
- 253. Los pacientes con locus de control de salud interno:**
1. Muestran menos optimismo ante la enfermedad que los sujetos con creencias externas de control.
 2. Están más comprometidos con el cumplimiento terapéutico que los pacientes con *locus de control* externo.
 3. Creen que su curación depende de la suerte.
 4. Tienen menos conductas positivas de la salud que los pacientes de salud con locus de control externo.
 5. Rezan más que los pacientes con locus de control.
- 254. Según el modelo de Bandura, en el aprendizaje por observación de la conducta de agresión:**
1. Se debe poner en práctica inmediatamente la conducta agresiva observada para que se produzca el aprendizaje de la agresión.
 2. Las imágenes de la conducta agresiva del modelo se archivan en la memoria del observador.
 3. Aunque el modelo sea castigado por la conducta agresiva, el observador no sentirá el temor a agredir.
 4. Las respuestas agresivas que se aprenden por imitación no desaparecen nunca.
 5. La conducta de agresión no puede aprenderse por observación.
- 255. La técnica del Análisis de Varianza permite:**
1. Maximizar los efectos del factor estudiado.
 2. Discernir qué parte de la variabilidad corresponde al factor estudiado y cuál al error experimental.
 3. Minimizar el error de medida.
 4. Confirmar las diferencias significativas entre los valores medios de la variable independiente.
 5. Conocer la probabilidad con que puede ocurrir el error muestral.
- 256. En terminología del análisis de varianza, las categorías en las que se dividen los factores se denominan:**
1. Estadíos.
 2. Niveles.
 3. Cortes.
 4. Valores.
 5. Variables independientes.
- 257. Entre los mecanismos de acción de la amfetamina está:**
1. La potenciación de la producción de dopamina.
 2. El aumento de los receptores dopaminérgicos presinápticos.
 3. La inhibición presináptica del calcio intracelular.
 4. El incremento de la producción de metabolitos con actividad psicoactiva como la feniletilamina.
 5. La estimulación indirecta de la síntesis de serotonina.
- 258. ¿Cómo se denomina la disposición de un sujeto a responder afectivamente ante ciertos tipos específicos de eventos, que a su vez constituye la experiencia subjetiva de la emoción?:**
1. Humor.
 2. Estado de ánimo.
 3. Experiencia objetiva.
 4. Motivación.
 5. Sentimiento.
- 259. Muchas veces los niños de 3 ó 4 años al contar historias omiten elementos imprescindibles para la comprensión de las mismas sin entender que su interlocutor no puede saber a qué se refiere porque no estuvo allí. Este es un indicador de una característica típica de la etapa preoperacional que se denomina:**
1. Pensamiento irreversible.
 2. Centración.
 3. Egocentrismo.
 4. Animismo.
 5. Razonamiento transductivo.
- 260. El reflejo que consiste en extender los dedos del pie en forma de abanico separando el dedo gordo cuando se toca la planta del pie se denomina:**
1. Reflejo de Moro.
 2. Reflejo tónico-cervical.
 3. Reflejo de Babinski.
 4. Reflejo de hozamiento.
 5. Reflejo de Magnus.