



## PRUEBAS SELECTIVAS 2008

### 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. **¿Cuál es la fobia específica más habitual en los niños y adolescentes, según los estudios de Strauss y Last (1993)?:**
  1. Las alturas.
  2. El colegio.
  3. Los animales domésticos.
  4. Los animales disecados.
  5. La oscuridad.
  
2. **¿Qué tipo de fobia se caracteriza por la presencia de un patrón fisiológico bifásico, iniciado con un incremento inicial de la presión sanguínea y taquicardia, pero seguido por un rápido descenso de estos parámetros?:**
  1. Agorafobia.
  2. Fobia a la sangre.
  3. Fobia social.
  4. Fobia a los animales.
  5. Acrofobia.
  
3. **La preocupación excesiva por las dificultades cotidianas está presente especialmente en el:**
  1. Trastorno de ansiedad generalizada.
  2. Trastorno adaptativo con estado de ánimo ansioso.
  3. Trastorno de pánico.
  4. Trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido.
  5. Trastorno de estrés postraumático.
  
4. **¿Cuál de estos síntomas NO corresponde a un ataque de pánico?:**
  1. Miedo a morir.
  2. Miedo a perder el control.
  3. Parestesias.
  4. Rubor facial.
  5. Ráfagas de frío o calor.
  
5. **¿En qué tipo de trastorno suelen aparecer preferentemente los ataques de pánico predispuestos situacionalmente?:**
  1. Fobia a la sangre.
  2. Trastorno de pánico con agorafobia.
  3. Trastorno de pánico sin agorafobia.
  4. Agorafobia sin historia de trastorno de pánico.
  5. Trastorno de ansiedad generalizada.
  
6. **En el trastorno obsesivo-compulsivo, según el modelo de Rachman, la sensación de polución mental surge tras la presencia de:**
  1. Suciedad observable.
  2. Miedo a la enfermedad.
  3. Pensamientos, impulsos o imágenes inaceptables.
  4. Temor a la contaminación de gérmenes.
  5. Pánico al contagio.
  
7. **La segunda fase de la teoría bifactorial de Mowrer permite explicar en el trastorno obsesivo-compulsivo:**
  1. Las ideas obsesivas.
  2. Los rituales compulsivos.
  3. Los fallos en los mecanismos de excitación-inhibición.
  4. La personalidad obsesiva.
  5. El pensamiento mágico.
  
8. **En el trastorno de estrés postraumático los “flashbacks” están asociados a las conductas de:**
  1. Reexperimentación.
  2. Evitación conductual.
  3. Evitación cognitiva.
  4. Hiperactivación.
  5. Embotamiento afectivo.
  
9. **¿En qué cuadro clínico aparece más frecuentemente la denominada “anestesia psíquica”?:**
  1. Distimia.
  2. Trastorno adaptativo con estado de ánimo ansioso.
  3. Trastorno de estrés postraumático.
  4. Trastorno obsesivo-compulsivo.
  5. Trastorno de personalidad por evitación.
  
10. **¿En qué tipo de trastornos de ansiedad aparecen más frecuentemente fenómenos disociativos?:**
  1. Fobia a la sangre.
  2. Fobia social.
  3. Trastorno obsesivo-compulsivo.
  4. Trastorno de ansiedad generalizada.
  5. Trastorno de estrés postraumático.
  
11. **¿Dónde se clasifica el trastorno de conversión en el DSM-IV?:**
  1. En los trastornos somatoformes.
  2. En los trastornos disociativos.
  3. En los trastornos del eje II.
  4. En los trastornos adaptativos.
  5. En los trastornos del control de los impulsos.
  
12. **La experiencia de sentirse una persona distanciada de sí misma, como si fuera observadora externa de su propio cuerpo o de sus procesos mentales, recibe específicamente el nombre de:**
  1. Disociación.
  2. Personalidad múltiple.
  3. Amnesia disociativa.
  4. Despersonalización.
  5. Desrealización.
  
13. **¿Cuál de estas alteraciones es un trastorno disociativo?:**

1. Síndrome de Ganser.
  2. Síndrome de Korsakoff.
  3. Síndrome de Pickwick.
  4. Síndrome de Kleine-Levin.
  5. Síndrome de Kanner.
- 14. ¿Cuál es el trastorno de personalidad específico que es diagnosticado en el DSM-IV en el eje I?:**
1. La personalidad obsesiva.
  2. La personalidad de tipo A.
  3. La personalidad alexitímica.
  4. La personalidad esquizoide.
  5. La personalidad múltiple.
- 15. Desde una perspectiva histórica, ¿en qué cuadro clínico se describió el estado de ánimo característico con el término francés de *belle indifférence*?:**
1. Histeria.
  2. Demencia.
  3. Esquizofrenia catatónica.
  4. Trastorno facticio.
  5. Hipocondría.
- 16. La diferencia entre los trastornos somatoformes y los desórdenes psicósomáticos radica fundamentalmente en que:**
1. En los trastornos somatoformes existe un daño en el sistema fisiológico correspondiente.
  2. En los trastornos psicósomáticos existe un daño en el sistema fisiológico correspondiente.
  3. En los trastornos somatoformes existe una mayor predisposición genética que en los trastornos psicósomáticos.
  4. En los trastornos psicósomáticos hay una mayor comorbilidad con los trastornos del eje II que en los trastornos somatoformes.
  5. Los trastornos somatoformes están más vinculados a una personalidad de tipo A que los trastornos psicósomáticos.
- 17. Indique cuál de los siguientes factores incide en la aparición de los delirios:**
1. La inercia a mantener las creencias, una vez se han establecido.
  2. La presencia de sesgos atribucionales sobre el comportamiento propio y ajeno.
  3. El fenómeno de “la profecía autocumplida”.
  4. La presencia de sesgos o errores básicos en el razonamiento formal.
  5. La sobrecarga cognitiva.
- 18. En la terapia cognitiva para la depresión, la utilización de escalas de valoración (por ejemplo, de 0 a 10) es un recurso útil para modificar el sesgo o distorsión cognitiva de:**
1. Personalización.
  2. Catastrofismo.
  3. Inhibición.
  4. Pensamiento dicotómico.
  5. Perfeccionismo.
- 19. Indique con cuál de los trastornos que se enumeran puede confundirse la ciclotimia:**
1. Ansiedad generalizada.
  2. Estrés post-traumático.
  3. De personalidad obsesivo-compulsivo.
  4. De personalidad histriónica.
  5. Hipomanía.
- 20. Indique cuál de los siguientes factores NO se ha demostrado que influya en la aparición de un comportamiento suicida o parasuicida:**
1. Trastornos del estado de ánimo.
  2. El abuso de sustancias.
  3. La desesperanza (como componente específico de la depresión).
  4. Niveles elevados de serotonina.
  5. Trastornos de personalidad límite.
- 21. En la teoría de Abramson y cols. sobre la depresión, se plantea un conjunto de posibles mecanismos distantes de “inmunización” al trastorno. Entre ellos se encuentra:**
1. Poseer un estilo atribucional específico pero inestable para sucesos negativos.
  2. La ausencia de distorsiones cognitivas sobre el propio yo.
  3. Poseer un estilo atribucional estable pero inespecífico para sucesos negativos.
  4. Poseer un estilo atribucional estable y específico para sucesos positivos.
  5. Carecer de estilos atribucionales rígidos tanto para los éxitos como para los fracasos.
- 22.Cuál de las características que se enumeran sobre las obsesiones, resulta especialmente útil para distinguir estas psicopatologías de los delirios de inserción del pensamiento:**
1. Son acontecimientos cognitivos, que se acompañan o no de comportamientos manifiestos u observables.
  2. Son experimentadas de forma pasiva, sin que la persona pueda controlar eficazmente su aparición en el flujo del pensamiento consciente.
  3. No se contemplan o experimentan como ajenas al propio pensamiento.
  4. Provocan sentimientos de malestar y preocupación.
  5. La persona puede poner en marcha ciertos comportamientos (manifiestos o no) para evitar su aparición en la experiencia consciente.
- 23. En los trastornos de ansiedad, la atención se**

**dirige selectivamente hacia estímulos amenazantes (reales o potenciales):**

1. De forma automática, pre-consciente e involuntaria.
  2. De forma controlada, consciente y voluntaria.
  3. De forma automática, si la fuente de estimulación se ha repetido (condicionado) varias veces en etapas recientes, pero controlada si esa fuente aparece por vez primera.
  4. En estos trastornos no hay atención selectiva hacia estímulos amenazantes sino sesgos de interpretación de tipo catastrofista.
  5. Una vez que el sujeto ha puesto en marcha sesgos interpretativos relativos a la intensidad (potencial o real) de la amenaza percibida.
- 24. ¿En cuál de los trastornos del sueño que se enumeran, es más probable la aparición de imágenes o alucinaciones hipnagógicas?:**
1. Síndrome de apnea del sueño.
  2. Síndrome de Kleine-Levin.
  3. Síndrome de Pickwick.
  4. Narcolepsia.
  5. Insomnio tardío.
- 25. La ausencia de control por parte del individuo sobre la aparición de alucinaciones, entendida como imposibilidad o dificultad extrema para alterar la experiencia a voluntad propia, es una característica:**
1. Exclusiva de las alucinaciones.
  2. Compartida con otras psicopatologías, tales como las imágenes parásitas, las hipnagógicas, o las obsesivas.
  3. Que depende 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.
- 26. El incremento de la latencia de respuesta cuando se introducen intervalos preparatorios facilitadores es un dato habitualmente encontrado en personas con un trastorno o enfermedad:**
1. De pánico.
  2. De estrés post-traumático.
  3. Esquizofrénico.
  4. Bipolar.
  5. De Parkinson.
- 27. Uno de los problemas que tiene la investigación sobre el fenómeno alucinatorio mediante el uso de sustancias psicoactivas como el LSD es:**
1. La imposibilidad legal de obtener estas sustancias para la investigación científica.
  2. La ausencia casi total de percepciones norma-
- les concurrentes con las alucinadas.
3. La negativa de los sujetos a participar en las investigaciones.
  4. La escasa fiabilidad del informe verbal.
  5. La necesidad de inducir, antes de la ingestión de la sustancia, un estado semi-hipnótico.
- 28. “Cuando me voy a dormir y los perros de mi vecino empiezan a ladrar siento que todo mi cuerpo, las sábanas, y hasta la habitación entera despiden un olor insoportable a excrementos”. Esto podría ser un ejemplo de:**
1. Pseudoalucinación auditiva.
  2. Alucinación refleja.
  3. Alucinación extracampina.
  4. Alucinación hipnagógica.
  5. Alucinación hipnagógica.
- 29. ¿Cómo se denomina la alteración formal del pensamiento en la que el paciente elabora su discurso basándose en los sonidos de las palabras y no en lo que significan?:**
1. Perseveración.
  2. Aproximaciones a palabras.
  3. Ecolalia.
  4. Resonancia.
  5. Ilogicidad.
- 30. Cuando un paciente se para en medio de una frase o idea y cambia de tema como respuesta a un estímulo nuevo es posible que presente (según la clasificación de Nancy Andreasen):**
1. Bloqueo.
  2. Incoherencia.
  3. Alogia.
  4. Tangencialidad.
  5. Habla distraída.
- 31. Un paciente cree que su mujer está siendo “usurpada” por una impostora, que tiene la misma apariencia que ella. Padece un tipo de idea delirante denominado:**
1. Nihilista o de negación.
  2. De celos.
  3. Corporal.
  4. De referencia.
  5. Síndrome de Capgras.
- 32. ¿En qué parafilia se lleva a cabo la conducta de forma oculta y sin el consentimiento de las víctimas?:**
1. La violación.
  2. El froteurismo.
  3. La paidofilia.
  4. El exhibicionismo.
  5. El voyeurismo.
- 33. Las personas con deseo sexual inhibido:**

1. Nunca mantienen relaciones sexuales.
  2. La timidez les impide mantener relaciones sexuales.
  3. Suelen manifestar ausencia de interés en el sexo pero son capaces de responder a los estímulos de la pareja y experimentar excitación y orgasmo.
  4. Desean mantener relaciones sexuales pero no tienen pareja o están bajo un bloqueo emocional intenso.
  5. No tienen ningún interés por el sexo y por ello rechazan cualquier tipo de pareja.
- 34. Aquellos trastornos en los que los problemas fisiológicos o psicológicos dificultan la participación o satisfacción de las actividades sexuales se conocen como:**
1. Parafilias.
  2. Trastornos de la identidad sexual.
  3. Disfunciones sexuales.
  4. Bloqueo emocional.
  5. Fetichismo.
- 35. La presencia de atracones recurrentes es una característica central de:**
1. La depresión mayor.
  2. La bulimia nerviosa.
  3. La esquizofrenia.
  4. El trastorno obsesivo-compulsivo.
  5. La vigorexia.
- 36. El deseo irrefrenable de seguir adelgazando, incluso aunque ya haya perdido gran porcentaje de peso es característico de:**
1. El pica.
  2. La bulimia nerviosa.
  3. La anorexia nerviosa.
  4. El síndrome de Asperger.
  5. La depresión.
- 37. 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 somnoliquio.
- 38. La alteración de la respiración caracterizada por una interrupción repetitiva y de duración de más de 10 segundos del flujo aéreo nasobucal, que aparece durante el sueño, y que está provocado por una obstrucción de las vías aéreas superiores es:**
1. El trastorno de pánico.
  2. La narcolepsia.
  3. El síndrome de Pickwick.
  4. El síndrome de la apnea del sueño.
  5. El sonambulismo.
- 39. La diferencia entre un patrón de sueño eficiente respecto a otro no eficiente está en:**
1. La cantidad de tiempo dormido.
  2. Las conductas que facilitan el sueño.
  3. Las perturbaciones en el sueño de ondas lentas durante la fase IV del sueño.
  4. No tener fase MOR del sueño.
  5. La habitación donde se duerme.
- 40. La clasificación de las cinco fases del sueño fue propuesta inicialmente por:**
1. Bremer.
  2. Moruzzi y Magoun.
  3. Dement y Kleitman.
  4. Rechtschaffen y Kales.
  5. Monti.
- 41. ¿En qué trastorno los refuerzos de razón variable tienen un papel central en su mantenimiento?:**
1. La dependencia de la nicotina.
  2. La depresión.
  3. La fobia social.
  4. El trastorno límite de la personalidad.
  5. El juego patológico.
- 42. Entre las drogas ilegales, la más consumida en la población general es:**
1. El cannabis.
  2. La cocaína.
  3. Las drogas de síntesis.
  4. Las xantinas.
  5. Los opiáceos.
- 43. ¿Qué droga quita el hambre, la sed y proporciona vigor y energía?:**
1. La cafeína.
  2. La nicotina.
  3. El alcohol.
  4. La cocaína.
  5. Los opiáceos.
- 44. El delirium tremens es un trastorno que se produce en algunos casos de:**
1. Esquizofrenia paranoide.
  2. Ataque de pánico.
  3. Demencia.
  4. Dependencia del alcohol.
  5. Trastorno bipolar.
- 45. De acuerdo con la tipología de Jellinek, ¿cómo se denomina al tipo de alcoholismo en el que es**

**normal consumir vinos de mesa varias veces al día todos los días?:**

1. Alcoholismo alfa.
2. Alcoholismo beta.
3. Alcoholismo gamma.
4. Alcoholismo delta.
5. Alcoholismo épsilon.

**46. ¿En qué trastorno suelen producirse episodios cortos o largos de amnesia?:**

1. Insomnio.
2. Dispareunia.
3. Dependencia del alcohol.
4. Fobia social.
5. Depresión mayor.

**47. Cuando las neuronas se adaptan a la presencia de una droga, se denomina:**

1. Síntoma inverso.
2. Sensibilización.
3. Abstinencia condicionada.
4. Recompensa neuronal.
5. Tolerancia farmacológica.

**48. Uno de los principales indicadores psicológicos de un mal pronóstico de la enfermedad arterial coronaria es:**

1. La depresión.
2. El patrón de conducta tipo A.
3. La hostilidad.
4. La alexitimia.
5. El estilo represor.

**49. Un importante indicador psicológico de mal pronóstico del cáncer es:**

1. El neuroticismo.
2. El Tipo 2 de reacción al estrés.
3. La indefensión/desesperanza.
4. El psicoticismo.
5. La hostilidad.

**50. La investigación sobre la implicación del estrés psicosocial en el inicio de la enfermedad coronaria sugiere que:**

1. La relación del estrés psicosocial es más consistente con la ocurrencia de angina de pecho que de infarto de miocardio.
2. El efecto del estrés psicosocial sobre el infarto de miocardio se produce esencialmente de forma indirecta a través de un incremento de las conductas no saludables.
3. No existen datos que vinculen el infarto de miocardio con la ocurrencia previa de sucesos vitales estresantes.
4. El estrés psicosocial incrementa el riesgo de sufrir infarto de miocardio esencialmente en las personas con patrón de conducta tipo A

elevado.

5. No existe una relación consistente entre estrés psicosocial y conductas no saludables.

**51. Del estudio de la consideración de la “diabetes como estresor” y de los diversos factores psicosociales implicados en el control diabético se sugiere que, en un niño con diabetes tipo I, un paso fundamental para fomentar el control metabólico (control diabético) del niño sería:**

1. Determinar la ocurrencia previa de sucesos vitales mayores.
2. Establecer la interacción entre los sucesos vitales mayores y los estresores diarios.
3. Partir de la frecuencia de hospitalización en el niño.
4. Asegurarse de que el niño no haya padecido diabetes tipo II.
5. Informar al niño acerca de la enfermedad.

**52. Los enfoques conocidos como “medicina psicosomática”, “medicina conductual” y “psicología de la salud” comparten muchos aspectos y contenidos comunes a los tres. No obstante, al comparar entre sí estos enfoques, ¿qué podría decirse que es más propio de la psicología de la salud?:**

1. El énfasis en los correlatos etiológicos y diagnósticos de los trastornos.
2. El abordar un conjunto amplio de problemas de la salud.
3. El poner el énfasis en los factores biopsicosociales.
4. El ser un enfoque más unidisciplinar.
5. Integrar la terapia somática y la psicoterapia.

**53. ¿Qué caracteriza a la disfemia clónica?:**

1. Pequeños espasmos que provocan repetición de uno o varios fonemas o sílabas al comienzo o en el curso de la frase.
2. Espasmos solamente durante la mitad de la frase.
3. Ausencia de espasmos.
4. La incapacidad para repetir fonemas.
5. Rigidez en los órganos de la fonación.

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

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

**55. ¿Cómo se denomina a la enfermedad degenerativa que da lugar a una demencia de patrón**

**cortical caracterizado por la atrofia lobular, que afecta principalmente a los lóbulos frontales y temporales?:**

1. Enfermedad de Binswanger.
2. Enfermedad de Huntington.
3. Enfermedad de Pick.
4. Enfermedad de Parkinson.
5. Enfermedad de Alzheimer.

**56. ¿Qué tipo de alteración es el fenómeno conocido como *Déjà vu*?:**

1. De percepción.
2. De memoria.
3. De lenguaje.
4. De atención.
5. De pensamiento.

**57. ¿Cómo se denomina la alteración en la que el sujeto cree firmemente que expone una idea como propia cuando en realidad la ha leído en un libro?:**

1. Paramnesia.
2. Amnesia funcional.
3. Amnesia anterograda.
4. Amnesia retrograda.
5. Criptomnesia.

**58. ¿Cuál es para la teoría cognitiva el déficit cognitivo central de los niños autistas?:**

1. Las dificultades en los procesos atencionales.
2. Las dificultades en los procesos amnésicos.
3. La falta de desarrollo de la pragmática del lenguaje.
4. El déficit en las habilidades de simbolización.
5. La falta de la capacidad de metarrepresentación.

**59. ¿En qué cuadro clínico es más frecuente que aparezca la alexia?:**

1. Esquizofrenia con síntomas negativos.
2. Enfermedad de Alzheimer.
3. Enfermedad de Wilson.
4. Alcoholismo crónico.
5. Paranoia.

**60. ¿En qué síndrome afásico es frecuente el agramatismo?:**

1. Afasia de Broca.
2. Afasia de Wernicke.
3. Afasia de Conducción.
4. Afasia sensorial transcortical.
5. Afasia anómica-amnésica.

**61. ¿En qué subtipo de dislexia el niño lee mejor las palabras regulares que las palabras irregulares, su ortografía es defectuosa, la mayoría de los errores son de tipo fonológico y además la vía**

**léxica está alterada?:**

1. Dislexia evolutiva profunda.
2. Dislexia evolutiva superficial.
3. Dislexia evolutiva fonológica.
4. Dislexia evolutiva disortográfica.
5. Dislexia evolutiva disgráfica.

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

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

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

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

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

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

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

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

**66. ¿Cómo se denomina al patrón de habla acelerada, con cambios temáticos bruscos, que habitualmente se basan en asociaciones comprensibles, estímulos que distraen la atención o juegos de palabras?:**

1. Tangencialidad.
2. Fuga de ideas.
3. Disgregación.
4. Incoherencia.
5. Glosomania.

67. **¿Cómo suele ser el patrón de desarrollo del lenguaje de un niño con Síndrome de Down?:**
1. Normal.
  2. Alterado.
  3. Retrasado.
  4. Normal en la pragmática, retrasado en la fonología.
  5. Retrasado y alterado.
68. **Aunque las causas de la enuresis infantojuvenil (no debida a condiciones médicas) pueden ser múltiples, se ha sugerido como causa relevante:**
1. La predisposición orgánica (familiar).
  2. Un trastorno emocional.
  3. Una alteración del sueño profundo.
  4. Un trastorno general de la activación durante el sueño.
  5. La dieta.
69. **Los terrores nocturnos y las pesadillas son reacciones de miedo típicas de la infancia y la adolescencia que se producen durante el sueño. Una diferencia entre ambos trastornos consiste en que las pesadillas, en contraste con los terrores nocturnos, suelen:**
1. Producirse durante el sueño MOR.
  2. Asociarse a vocalizaciones y llanto (o gritos).
  3. Presentar elevada actividad motora (agitación).
  4. No asociarse a recuerdos del episodio.
  5. Producirse durante la fase profunda del sueño.
70. **Aunque las causas del comportamiento agresivo en los niños son múltiples y complejas, G. R. Patterson y colaboradores, basándose en el aprendizaje social, han desarrollado un modelo causal de esta alteración denominado modelo o teoría de la coacción. Un aspecto central de este modelo es:**
1. La denominada “trampa del reforzamiento negativo”.
  2. La imitación de modelos agresivos observados en otros niños.
  3. La negligencia paterna hacia los hijos.
  4. El sistema de jerarquía entre iguales del niño.
  5. La vaguedad de las órdenes que dan los padres a sus hijos.
71. **Conductas frecuentes en el niño como rabietas temperamentales, molestar a los demás, fanfarronear, gritar, pelearse, destruir sus cosas y las de los demás, ser desobediente en el colegio y en casa, ser ruidoso, discutir, interrumpir en las clases, amenazar, tratar mal a los demás, etc., son características del siguiente síndrome infantojuvenil definido empíricamente (T.M. Achenbach):**
1. Trastorno de déficit de atención con hiperactividad.
  2. Infrasocializado no agresivo.
  3. Trastorno disocial.
  4. Comportamiento delictivo.
  5. Comportamiento agresivo.
72. **Durante mucho tiempo se ha venido diciendo que el trastorno de déficit de atención con hiperactividad se asocia a cierta alteración cerebral conocida como “disfunción cerebral mínima”. Actualmente existe evidencia de que esta hipotética disfunción podría asociarse a:**
1. Consumo elevado de glucosa en el sistema nervioso central en general.
  2. Niveles elevados de flujo sanguíneo en las áreas motoras de la corteza cerebral.
  3. Respuestas psicofisiológicas elevadas (tasa cardiaca, conductancia de la piel, etc.) ante la estimulación.
  4. Niveles reducidos de flujo sanguíneo y consumo de glucosa en los lóbulos frontales.
  5. Niveles reducidos de neurotransmisores dopaminérgicos y noradrenérgicos.
73. **Indique cuál de los siguientes comportamientos del niño es considerado como un síntoma de impulsividad para el diagnóstico del trastorno de déficit de atención con hiperactividad (DSM-IV):**
1. Interrumpir a los demás.
  2. Removerse en el asiento.
  3. Estar “trajinando” constantemente.
  4. Correr o saltar inoportunamente.
  5. Tener dificultades para jugar tranquilamente.
74. **Una característica del trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es el exceso de actividad, la cual posee ciertas peculiaridades EXCEPTO:**
1. Ser muy enérgica.
  2. Carecer de objetivos.
  3. Ser inoportuna.
  4. Ser más frecuente en situaciones sedentarias.
  5. Carecer de especificidad situacional.
75. **Los estudios sobre prevalencia de la depresión en niños y adolescentes sugieren como conclusión más contrastada que la depresión:**
1. Es más prevalente en los niños que en las niñas.
  2. Es más prevalente en los niños que en los chicos adolescentes.
  3. Es similar en prevalencia durante la infancia (niños/as) y la adolescencia (chicos/as).
  4. En general, exhibe mayor prevalencia asociada siempre al género femenino.
  5. Es más prevalente en las chicas adolescentes que en los chicos adolescentes.

- 76. Entre los síntomas del episodio depresivo mayor (DSM-IV), ¿cuál de los que se indican a continuación presenta connotaciones especiales referidas específicamente a la población infantil (según el propio DSM-IV)?:**
1. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida, o tentativa de suicidio.
  2. Fatiga o pérdida de energía.
  3. Insomnio o hipersomnio.
  4. Disminución del interés o de la capacidad para el placer.
  5. Pérdida importante de peso o aumento de peso, o aumento o disminución del apetito.
- 77. Los estudios sobre la posible influencia de la depresión de los padres (padres con diagnóstico de depresión) sobre la depresión de los hijos sugieren en general que:**
1. Los hijos de padres con depresión son propensos a padecer depresión, pero no otros trastornos psicológicos.
  2. Los padres con depresión potencian la depresión en el hijo a través de un apego inseguro (entre el hijo y los padres).
  3. No existe relación entre depresión en los padres y depresión en los hijos.
  4. El proceso es inverso, son los hijos deprimidos los que generan depresión en los padres.
  5. La depresión paterna se ha asociado más a problemas de ansiedad que a problemas de depresión en el niño.
- 78. Al comparar la frecuencia de los síntomas del ataque de pánico (AP) entre niños/adolescentes y adultos con trastorno de pánico se ha observado que:**
1. Los síntomas cardiovasculares (palpitaciones) son los síntomas del AP menos frecuentes en ambos grupos.
  2. No hay diferencias en la sintomatología del AP entre ambos grupos.
  3. Los niños/adolescentes suelen presentar con mayor frecuencia los diferentes síntomas del AP.
  4. Los síntomas del AP con mayor componente somático (p.ej., temblor, sudoración) suelen ser más frecuentes en los niños/adolescentes.
  5. Los síntomas del AP con mayor componente cognitivo (p.ej., miedo a perder el control o volverse loco) suelen ser más frecuentes en los adultos.
- 79. Una de las escalas de autoinforme más utilizadas para evaluar la ansiedad social en niños y adolescentes es la Escala de Ansiedad Social para Niños-Revisada (*Social Anxiety Scale for Children-Revised*, SASC-R, de La Greca y Stone, 1993). Señale cuál de las siguientes dimensiones de ansiedad social ante los iguales puede ser evaluada mediante esta escala:**
1. Asertividad.
  2. Miedo a la evaluación negativa.
  3. Miedo a la actuación en público.
  4. Miedo a la conversación general.
  5. Síntomas físicos y cognitivos.
- 80. Los miedos suelen darse en los niños según un patrón evolutivo. Indique cuál de los siguientes tipos de miedos suele predominar (o es más característico) durante el periodo evolutivo correspondiente a la edad preescolar (entre los dos años y medio y 6 años aproximadamente):**
1. El miedo a la separación de los padres.
  2. El miedo a los extraños.
  3. Los miedos a seres imaginarios.
  4. Los miedos sexuales.
  5. Los miedos a las alturas.
- 81. La sensibilidad a la ansiedad puede evaluarse en niños mediante la escala CASI (*Childhood Anxiety Sensitivity Index*) y consiste en una predisposición personal a experimentar:**
1. Miedo ante los síntomas de ansiedad.
  2. Ansiedad en general (ante cualquier estímulo).
  3. Miedo a la evaluación negativa.
  4. Nerviosismo.
  5. Ansiedad a los estímulos estresantes.
- 82. Los trastornos de ansiedad que se indican a continuación suelen diagnosticarse en los niños y adolescentes. Entre ellos, el que suele iniciarse a edades más tardías es el/la:**
1. Fobia social.
  2. Trastorno de ansiedad de separación.
  3. Fobia a la oscuridad.
  4. Fobia dental.
  5. Fobia a la sangre.
- 83. ¿Qué modelo explicativo de las habilidades sociales señala que en ocasiones el paciente no se comporta adecuadamente no porque carezca de las habilidades necesarias en su repertorio sino porque existen factores que inhiben su presentación?:**
1. Modelo de déficit conductual.
  2. Modelo de discriminación defectuosa.
  3. Modelo de ansiedad condicionada o de cogniciones inadecuadas.
  4. Modelo de bloqueo.
  5. Modelo de depresión.
- 84. ¿Qué mecanismo de defensa descrito por el psicoanálisis lleva al sujeto a reprimir los pensamientos censurables y expresarlos con sus opuestos?:**
1. Proyección.
  2. Represión.

3. Racionalización.
  4. Sublimación.
  5. Formación reactiva.
- 85. ¿Cuál es el campo donde las aplicaciones del biofeedback son más numerosas y donde se ha probado más su eficacia?:**
1. Trastornos gastrointestinales.
  2. Trastornos cardiovasculares.
  3. Rehabilitación neuromuscular.
  4. Problemas de ansiedad.
  5. Disfunciones sexuales.
- 86. ¿A qué época del siglo XX pertenecen los primeros estudios que constituyen los antecedentes formales de las técnicas aversivas?:**
1. A la década de los años 20 y 30.
  2. En torno a los años 50.
  3. Exactamente comenzaron con un estudio realizado en 1963 por Azrin.
  4. A la década de los 80.
  5. A la década de los 70.
- 87. ¿Qué técnica estamos aplicando con un paciente pedofílico cuando le pedimos que se imagine una escena aversiva relacionada con su parafilia y al tiempo que la está imaginando fortalecemos la aversión con una sustancia que provoca un olor muy repelente?:**
1. Coste de respuesta.
  2. Extinción encubierta.
  3. Sensibilización encubierta vicaria.
  4. Sensibilización encubierta asistida.
  5. Reforzamiento negativo encubierto.
- 88. En el marco de los encubiertismos, uno de sus supuestos indica que toda respuesta encubierta puede influir en la conducta manifiesta y viceversa. ¿Cómo denominamos a este fenómeno?:**
1. Supuesto de la homogeneidad.
  2. Supuesto de la interacción.
  3. Supuesto de las leyes del aprendizaje.
  4. Supuesto de homocedasticidad.
  5. Supuesto unitario.
- 89. El hijo de un maltratador teme que al haber podido contemplar durante toda su vida conductas agresivas de su padre hacia su madre, él acabe repitiendo este tipo de comportamiento con sus parejas. Está temiendo que ocurra lo que denominamos técnicamente un:**
1. Modelado generacional.
  2. Modelado genético.
  3. Modelado positivo.
  4. Modelado negativo.
  5. Modelado activo.
- 90. ¿Qué tipos de efectos presenta el modelado?:**
1. Adquisición, desinhibición, inhibición y facilitación.
  2. Afrontamiento y dominio.
  3. Ansiógeno y facilitador.
  4. Perturbación, aprendizaje y potenciación.
  5. Tolerancia, discriminación y bloqueo.
- 91. ¿En qué tipo de modelado, éste se realiza a través de una grabación en vídeo, casete o cualquier otro soporte auditivo o visual?:**
1. En el modelado pasivo.
  2. En el modelado mixto.
  3. En el modelado simbólico.
  4. En el modelado encubierto.
  5. En el modelado de conductas intermedias.
- 92. ¿Cuál de las siguientes condiciones resulta innecesaria en un contrato de contingencias?:**
1. Las partes implicadas deben llegar a un consenso relativo a la conducta que constituirá el objetivo.
  2. Las conductas pactadas en el contrato deben existir en el repertorio conductual de los sujetos a los que se les pide el cambio.
  3. Las conductas requeridas deben ser observables y mensurables.
  4. Deben especificarse las consecuencias positivas o privilegios contingentes a la ejecución de la conducta objetivo.
  5. Debe implicar a varias personas además del terapeuta.
- 93. ¿Cuál de las siguientes estrategias es poco habitual para la retirada de una economía de fichas?:**
1. Aumentar el tiempo entre las entregas de fichas.
  2. Sustituir las fichas por dinero.
  3. Incrementar el criterio para la obtención de las fichas.
  4. Reducir el número de fichas ganadas por la ejecución de las conductas objetivo.
  5. Aumentar el número de fichas necesario para ganar los reforzadores de apoyo.
- 94. Un padre ha reforzado en tantas ocasiones a su hijo comprándole un regalo cada vez que ha aprobado un examen que este hecho ha perdido su carácter recompensante para el niño. ¿A qué concepto estamos haciendo referencia?:**
1. Al concepto de saciación de estímulo
  2. Al de saciación de respuesta.
  3. Al de práctica negativa.
  4. Al de práctica masiva.
  5. Al de superreforzamiento.
- 95. ¿Cómo se denomina la variante de la técnica del “tiempo fuera” en la que al sujeto se le im-**

**pide el acceso al reforzamiento y no puede ver a los demás, aunque permanece en el mismo lugar?:**

1. Tiempo fuera de aislamiento.
2. Tiempo fuera de exclusión.
3. Tiempo fuera reversible.
4. Tiempo fuera de no exclusión.
5. Tiempo fuera mixto.

**96. Un profesor que intenta que un alumno hiperactivo no se levante tantas veces de su pupitre le refuerza cada vez que lo encuentra escribiendo o haciendo sus ejercicios. ¿Qué técnica está aplicando este profesor?:**

1. Refuerzo negativo.
2. Reforzamiento diferencial de otras conductas.
3. Reforzamiento diferencial de conductas incompatibles
4. Reforzamiento diferencial de tasas bajas de conducta.
5. Extinción.

**97. El adjetivo “positivo” o “negativo” aplicado indistintamente a un refuerzo o castigo hace referencia al hecho de que:**

1. Esté justamente aplicado o no.
2. Tenga las consecuencias esperadas o no.
3. Suponga la presentación o retirada de un estímulo
4. Sea deseado o no por el sujeto.
5. El refuerzo siempre es positivo y el castigo siempre es negativo.

**98. En un programa de reforzamiento aplicado a un grupo de adolescentes con conducta antisocial, se les da un refuerzo cada diez interacciones en las que manifiestan un comportamiento social deseable como hablar con amabilidad o sonreír al interlocutor. ¿Qué tipo de programa de reforzamiento les estamos aplicando?:**

1. Continuo.
2. De intervalo fijo.
3. De intervalo variable.
4. De razón fija.
5. De razón variable.

**99. ¿Qué tipo de programa de reforzamiento es más apropiado para enseñar una nueva conducta en una primera fase?:**

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

**100. ¿Cuál de los siguientes autores es conocido por constituir el principal antecedente del desarrollo de las técnicas operantes con la formulación**

**de la “ley del efecto”?:**

1. Marks.
2. Thorndike.
3. Skinner.
4. Baum.
5. Stampfl.

**101. En la aplicación de la técnica de “detención del pensamiento” ¿en qué momento debe el paciente interrumpir el pensamiento intrusivo?:**

1. Justo en el momento en que éste surge.
2. Tras un minuto de exposición al mismo.
3. En esta técnica, justamente se trata de dejar que el pensamiento se mantenga todo el tiempo hasta que deja de ser ansiógeno.
4. Cuando comienzan a aparecer respuestas fisiológicas de ansiedad.
5. Cuando éste empieza a desvanecerse espontáneamente en la mente del paciente.

**102. Por lo que respecta a la eficacia terapéutica, distintos estudios han señalado que:**

1. La inundación in vivo resulta por lo general más eficaz que la imaginada.
2. La inundación in vivo resulta igualmente eficaz que la imaginada.
3. La inundación en imagen es más eficaz que la inundación in vivo.
4. La inundación in vivo tiene muchos más efectos colaterales negativos que la imaginada.
5. La inundación en imagen debe ser la primera propuesta al paciente y cuando ésta es imposible por las dificultades para imaginar, entonces la inundación in vivo puede ser una segunda alternativa.

**103. ¿Qué característica tiene la “exposición in vivo” a estímulos reales dentro de la aplicación de la implosión, tal como fue desarrollada esta técnica por Stampfl y Levis (1967)?:**

1. Los estímulos reales son extremadamente ansiógenos.
2. Siempre se produce con un coterapeuta acompañando al paciente.
3. La relajación siempre debe ser utilizada para contrarrestar la ansiedad producida por la exposición al estímulo.
4. Deben ser escenas que incluyan a personas asociadas a la ansiedad del paciente.
5. La exposición dentro de la implosión siempre se produce a través de la imaginación, nunca “in vivo”.

**104. ¿Cuál de las siguientes técnicas se fundamenta en la idea de que los miedos están mantenidos por estímulos condicionados de carácter simbólico y relacionados con los procesos psicodinámicos del desarrollo de la personalidad?:**

1. La desensibilización sistemática.
  2. La inundación en imagen.
  3. La inundación in vivo.
  4. La implosión.
  5. El condicionamiento aversivo.
- 105. ¿Qué teoría explica la eficacia de la desensibilización sistemática como resultado de la presentación repetida de un estímulo dado?:**
1. La teoría de la inhibición recíproca de Wolpe.
  2. La teoría de la habituación de Lader y Matthews.
  3. La teoría de la presentación de McDonald.
  4. La teoría bifactorial de Marks.
  5. La teoría de la extinción de Lomont.
- 106. ¿Qué variable/s utilizan Bernstein y Borkovec (1983) en su programa de relajación diferencial?:**
1. Posición (sentado/de pie) y acompañamiento (solo/acompañado).
  2. Actividad (activo/no activo) y grado de ansiedad (ansioso/no ansioso).
  3. Hora del día (mañana, tarde, noche) y número de pulsaciones por minuto.
  4. Número de estresores en el día y motivación (alta/baja).
  5. Posición (sentado/de pie), actividad (activo/no activo) y lugar (tranquilo/no tranquilo).
- 107. Si un paciente que está recibiendo entrenamiento en relajación nos dice que al realizar ésta como tarea en su casa cuando se acuesta por la noche siempre se queda dormido y no acaba nunca de practicarla completamente, debemos indicarle que:**
1. Esto es muy positivo dado que significa que tiene una alta capacidad para relajarse, así que debe seguir sin hacer ningún cambio en su tarea.
  2. De este modo, no llega a practicar nunca totalmente la relajación por lo que en principio, hasta que domine la técnica, debería practicarla a otras horas del día en que se encuentre menos cansado.
  3. Puede ayudarle tomarse un café antes de realizar la tarea.
  4. Es mejor que haga la relajación con los ojos abiertos.
  5. Es probable que además de un trastorno de ansiedad padezca un trastorno del sueño.
- 108. Las técnicas de modificación de contenido donde se ensaya un final diferente se utilizan eficazmente en el tratamiento de:**
1. Las pesadillas.
  2. Las dificultades de aprendizaje.
  3. La ansiedad generalizada.
  4. La enuresis primaria.
  5. La depresión mayor.
- 109. Si comparamos la exposición tradicional con la exposición virtual en el tratamiento de las fobias a animales podemos afirmar que:**
1. La exposición in vivo proporciona más seguridad que la virtual a las personas porque pueden controlar el contexto.
  2. No es preciso que la exposición in vivo se realice en un contexto público mientras que la virtual sí.
  3. La exposición in vivo es más confidencial que la virtual de manera que los demás no tienen por qué enterarse del problema.
  4. La exposición virtual puede resultar más económica en términos de tiempo y dinero.
  5. La exposición en imaginación es más inmersiva que la virtual porque uno puede imaginarse fácilmente diferentes modalidades sensoriales.
- 110. En el tratamiento de la fobia a la oscuridad se han mostrado eficaces una serie de técnicas. Señale la INCORRECTA:**
1. Modelado simbólico.
  2. Autoinstrucciones de competencia.
  3. Terapia de juego.
  4. Terapia de la risa.
  5. Imágenes emotivas.
- 111. La IRT (terapia de ensayo en imaginación), utilizada en el tratamiento de las pesadillas, está constituida por tres elementos básicos que pueden explicar su eficacia:**
1. Exposición, inundación y relajación.
  2. Psicoeducación, desensibilización sistemática y relajación.
  3. Exposición, imaginación y control emotivo.
  4. Exposición, abreacción y maestría.
  5. Exposición, abreacción e imaginación.
- 112. La estrategia terapéutica más eficaz en el tratamiento del síndrome de alienación parental es:**
1. La modificación de conducta.
  2. La mediación.
  3. La inundación.
  4. La detención del pensamiento.
  5. Las imágenes emotivas.
- 113. En el tratamiento psicológico de la agresión sexual por parte de niños y niñas a otros niños más pequeños, NO es en absoluto aconsejable utilizar:**
1. Aceptación y comprensión del problema.
  2. Canalización de los impulsos sexuales inadecuados.
  3. Técnicas de modificación de conducta punitivas.

4. Entrenamiento en autocontrol.
  5. Entrenamiento en solución de problemas.
- 114. La técnica terapéutica de elección para los niños con enuresis que se caracterizan por un umbral muy elevado de despertar nocturno es:**
1. El entrenamiento en cama seca.
  2. El método de la alarma o pipí-stop.
  3. El entrenamiento en limpieza.
  4. El sobreaprendizaje.
  5. El entrenamiento en retención voluntaria.
- 115. La técnica de terapia de conducta propuesta por Klingman (1988) consistente en leer historias en las que uno o varios modelos diferentes afrontan con éxito el miedo a la oscuridad iniciando a continuación un diálogo sobre las reacciones suscitadas y las experiencias personales del niño, se denomina:**
1. Imágenes emotivas.
  2. Práctica reforzada.
  3. Terapia de juego.
  4. Modelado simbólico.
  5. Desensibilización sistemática en vivo.
- 116. El modelado simbólico, la práctica reforzada y las imágenes emotivas son técnicas de terapia de conducta que se utilizan frecuentemente en el tratamiento de:**
1. Ansiedad generalizada.
  2. Alienación parental.
  3. Consumo de sustancias tóxicas.
  4. Fobia a la oscuridad.
  5. Enuresis primaria.
- 117. El programa PEAC (emoción-acción-cognición) de Méndez (2002) es un tratamiento cognitivo-conductual para:**
1. La depresión mayor infantil.
  2. El trastorno de ansiedad generalizada.
  3. El estrés postraumático.
  4. El tratamiento de los celos infantiles.
  5. El tratamiento de las pesadillas.
- 118. En el modelo ABC de Ellis, ¿a qué fase corresponde la discusión de las creencias irracionales sostenidas por el paciente?:**
1. Fase A.
  2. Fase B.
  3. Fase C.
  4. Fase D.
  5. Fase E.
- 119. Desde el año 1974 no se considera la homosexualidad como un trastorno psicológico que justifique en sí mismo la aplicación de un tratamiento psicológico. Sin embargo, ¿cuál de los siguientes autores es conocido por haber sido uno de los primeros en tratar con técnicas aver-sivas a un paciente homosexual con anterioridad a esta fecha?:**
1. Max.
  2. Jones.
  3. Skinner.
  4. Lemere.
  5. Solomon.
- 120. De entre los discípulos de Freud, ¿quién hizo importantes aportaciones a la medicina psicosomática?:**
1. O. Fenichel.
  2. S. Ferenczi.
  3. K. Abraham.
  4. F. Alexander.
  5. M. Klein.
- 121. ¿Qué técnica de intervención se utiliza en el tratamiento del trastorno de estrés postraumático en supervivientes de catástrofes con el objetivo de aumentar la percepción de control y de predicción de la conducta?:**
1. La verbalización de los sentimientos en el contexto de un grupo de apoyo.
  2. El entrenamiento en relajación.
  3. La exposición en imaginación a los recuerdos traumáticos.
  4. La reestructuración cognitiva.
  5. La exposición gradual en vivo a las situaciones evitadas.
- 122. Señale en cual de los siguientes trastornos clínicos puede ser útil el tratamiento de corte cognitivo-conductual para aumentar el efecto profiláctico de la medicación mejorando la adherencia al tratamiento y el funcionamiento psicossocial:**
1. Fobia específica.
  2. Bulimia nerviosa.
  3. Fobia social.
  4. Trastorno bipolar.
  5. Juego patológico.
- 123. ¿De qué orientación psicoterapéutica es obra clave “La constitución neurótica”?:**
1. La psicología analítica de Jung.
  2. La psicología individual de Adler.
  3. El psicoanálisis marxista de E. Fromm.
  4. La vegetoterapia caracterioanalítica de Reich.
  5. La tradición analítica del Yo de M. Klein.
- 124. Respecto a las fases que, según Kubler-Ross, atraviesa el enfermo terminal, señala la alternativa correcta:**
1. La primera fase es la de Ira o Rabia.
  2. La última fase es la de Pacto o Negociación.

3. Las diferentes etapas son siempre seriales, es decir, se dan en el mismo orden.
  4. En todos los individuos las diferentes fases suelen tener la misma intensidad.
  5. Es posible que en un individuo concreto no aparezca o se dé alguna de las fases.
- 125. ¿Cómo se denomina el modelo teórico que desarrollaron Prochaska y DiClemente para explicar el cambio de las conductas de salud?:**
1. Modelo de Creencias de salud.
  2. Modelo de Acción Planeada.
  3. Modelo de Competencias de Comunicación.
  4. Modelo Transteórico del Cambio.
  5. Modelo Precede-Proceed.
- 126. Si con el fin de prevenir los problemas derivados del abuso del alcohol decidimos aprovechar las diferentes asignaturas de educación secundaria para dar información sobre sus efectos, modificar las actitudes favorecedoras del consumo y enseñar habilidades para evitar este consumo, estamos haciendo una intervención preventiva de tipo:**
1. Puntual.
  2. Integrado.
  3. Total.
  4. Autónomo.
  5. Secundario.
- 127. El disulfiram (“Antabús”) es:**
1. Un fármaco utilizado para la terapia aversiva de los alcohólicos.
  2. Un antagonista utilizado con los heroinómanos.
  3. Un antagonista utilizado en el tratamiento de los cocainómanos.
  4. Un antagonista utilizado en el tratamiento del tabaquismo.
  5. Un analgésico del grupo de los opioides menores para el tratamiento de paciente con dolor.
- 128. ¿Hacia qué fin va dirigida la terapia de Visualización de Simonton en pacientes oncológicos?:**
1. El tratamiento de las náuseas anticipatorias.
  2. La mejora del estado físico del paciente oncológico.
  3. La promoción de la adhesión al tratamiento radioterápico.
  4. El tratamiento del dolor asociado a determinados cánceres.
  5. La aceptación del diagnóstico en una fase temprana.
- 129. ¿A qué disfunción sexual está asociado el síntoma del dolor en la respuesta sexual?:**
1. Trastorno orgásmico femenino.
  2. Eyaculación retardada.
  3. Disfunción eréctil.
  4. Eyaculación precoz.
  5. Dispareunia.
- 130. ¿Qué tipo de técnica es más adecuada dentro del tratamiento de la hipocondría para mostrar al paciente el papel de auto-atención en la percepción de las sensaciones corporales?:**
1. Técnicas de exposición y prevención de respuesta.
  2. Técnicas de reestructuración cognitiva.
  3. Técnicas de distracción.
  4. Técnica denominada “Hora de preocuparse”.
  5. Técnica de prevención de recaídas.
- 131. ¿Qué tipo de respiración es más eficaz para contrarrestar las sensaciones fisiológicas del ataque de pánico?:**
1. Una respiración equilibrada con el mismo tiempo de inspiración y espiración.
  2. Una respiración con inspiraciones prolongadas y espiraciones breves.
  3. Una respiración con inspiraciones breves y espiraciones prolongadas.
  4. Una respiración basada en suspiros frecuentes.
  5. Una respiración con inspiración abdominal, ventral y costal.
- 132. Siguiendo las directrices de autores como Rachman (1998) y Salkovskis (1999) en el marco del tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo, ¿cuál es el principal objetivo de incluir un componente educativo en la intervención?:**
1. Que el paciente entienda que las intrusiones no tienen ninguna utilidad.
  2. Normalizar las experiencias de las intrusiones.
  3. Explicar al paciente que el contenido de las obsesiones clínicas y las obsesiones comunes es muy diferente.
  4. Que el paciente entienda que las obsesiones no son muy comunes.
  5. Explicarle al paciente que los pensamientos obsesivos se refieren a temas o aspectos que no preocupan a la persona.
- 133. Según Foa y su grupo, ¿qué alternativa de tratamiento es la más eficaz para el tratamiento del trastorno de estrés postraumático?:**
1. El entrenamiento en inoculación de estrés.
  2. Los antidepresivos tricíclicos.
  3. La exposición en imaginación prolongada.
  4. La discusión cognitiva.
  5. La desensibilización y reprocesamiento del movimiento ocular.
- 134. ¿En qué momento del proceso de tratamiento de la anorexia nerviosa se debe incidir en la**

**modificación de los miedos e ideas irracionales respecto a la comida y el peso?:**

1. Una vez se ha logrado, por lo menos parcialmente, la recuperación del peso y la normalización de la ingesta.
2. Una vez se ha logrado corregir la distorsión de la imagen corporal.
3. Tras el tratamiento de la sintomatología asociada que suelen presentar estas pacientes.
4. Una vez se haya intervenido y mejorado las relaciones familiares.
5. Este aspecto se trabaja en la prevención de recaídas.

**135. Según los criterios médicos propuestos por Treasure, Todd y Szmukler (1995) para decidir la hospitalización, una paciente con anorexia nerviosa debe ser ingresada en contra de su voluntad cuando:**

1. No hay conciencia de enfermedad ni motivación para el cambio.
2. Existe sintomatología depresiva.
3. Tiene un índice de masa corporal de 17.
4. Tiene un índice de masa corporal inferior a 14.
5. La pérdida de peso alcanza el 10%.

**136. ¿En qué trastorno incluido en la categoría de trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados (DSM-IV), está indicada la técnica conductual de la inversión del hábito como estrategia de tratamiento?:**

1. El trastorno explosivo intermitente.
2. La cleptomanía.
3. La piromanía.
4. El juego patológico.
5. La tricotilomanía.

**137. Los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada suelen sobreestimar las ventajas e infraestimar las desventajas del preocuparse (Brown et al., 1993). ¿Qué alternativa de tratamiento se puede utilizar para abordar este aspecto?:**

1. Análisis conductual de las situaciones asociadas a las preocupaciones.
2. Reevaluación de la valoración del preocuparse.
3. Entrenamiento en darse cuenta del tipo de preocupación.
4. Exposición funcional cognitiva.
5. Entrenamiento en solución de problemas.

**138. ¿Qué finalidad tiene el experimento del “oso blanco” en el marco del tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo?:**

1. Demostrar al paciente el papel que desempeña la responsabilidad excesiva en su problema.

2. Demostrar al paciente el efecto de la supresión del pensamiento en el aumento de la frecuencia de las obsesiones.
3. Demostrarle al paciente que los pensamientos intrusivos son normales.
4. Que el paciente sea consciente del sesgo cognitivo de fusión pensamiento-acción.
5. Que el paciente entienda la inadecuación de sus obsesiones.

**139. ¿Para cuál de los siguientes trastornos está indicado como tratamiento de elección el programa de tratamiento cognitivo-conductual desarrollado por Fairburn, Marcus y Wilson (1993)?:**

1. En la anorexia nerviosa.
2. En el trastorno dismórfico corporal.
3. En la obesidad.
4. En la bulimia nerviosa.
5. En el trastorno de conducta alimentaria no especificado.

**140. ¿Qué técnicas de intervención se utilizan en el trastorno obsesivo-compulsivo con el objetivo de tratar la exageración de la responsabilidad por parte del paciente en la interpretación de las obsesiones?:**

1. Técnicas de exposición en imaginación a los pensamientos.
2. Técnicas de distracción.
3. Experimentos conductuales y discusión cognitiva.
4. Técnicas de control de la ansiedad.
5. Técnicas de solución de problemas.

**141. ¿Cuál es el tratamiento farmacológico de mantenimiento más frecuentemente utilizado y con mejores resultados en el tratamiento del trastorno bipolar?:**

1. Las benzodiazepinas.
2. El litio.
3. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.
4. Los antidepresivos tricíclicos.
5. Los inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO).

**142. ¿Qué técnica se utiliza en las primeras sesiones de la terapia cognitiva para la depresión de Beck con el objetivo de enseñar a la persona a darse cuenta, capturar e interrumpir los pensamientos automáticos?:**

1. La técnica de la flecha descendente.
2. El registro diario de los pensamientos disfuncionales.
3. La técnica de reatribución.
4. La comprobación de hipótesis.
5. La técnica de la triple columna.

- 143. En la terapia cognitiva para la depresión propuesta por Beck, ¿cuándo está indicado el uso de la técnica conductual de programación/asignación de actividades graduadas?:**
1. Al final de la terapia cuando la persona se encuentra gravemente deprimida.
  2. En la fase media de la terapia cuando la persona presenta visión de túnel.
  3. En la fase final de la terapia para modificar los esquemas básicos.
  4. Al inicio de la terapia cuando la persona se encuentra gravemente deprimida.
  5. La terapia cognitiva de Beck no incluye técnicas conductuales.
- 144. Señala cuál de las siguientes alternativas para el tratamiento de la depresión se caracteriza por ser enteramente pragmática y por centrar su intervención en cuatro áreas problemáticas: el duelo, las disputas interpersonales, la transición del rol y los déficit interpersonales:**
1. La terapia cognitiva de Beck.
  2. El Curso de afrontamiento de la depresión de Lewinsohn.
  3. La terapia de autocontrol de Rehm.
  4. La terapia interpersonal de Klerman.
  5. La terapia de solución de problemas.
- 145. ¿En cuál de los siguientes trastornos psicológicos es importante incluir intervenciones específicas dirigidas al tratamiento de la preocupación tales como el entrenamiento en solución de problemas o la exposición funcional cognitiva?:**
1. El trastorno de ansiedad social.
  2. El trastorno de ansiedad generalizada.
  3. El trastorno de pánico.
  4. El trastorno bipolar.
  5. Las fobias específicas.
- 146. ¿Cuál de las siguientes alternativas de tratamiento constituye en la actualidad el tratamiento psicológico más eficaz para tratar la ansiedad y la evitación fóbicas que caracterizan a la agorafobia?:**
1. La técnica de reestructuración cognitiva.
  2. La técnica de exposición en vivo.
  3. El entrenamiento en respiración lenta.
  4. La técnica de exposición en imaginación.
  5. La técnica de desensibilización sistemática.
- 147. ¿Qué técnica ha presentado buenos resultados como acompañante de la terapia de exposición en el tratamiento de la fobia a las heridas y a la sangre?:**
1. La respiración lenta.
  2. La técnica de tensión muscular aplicada.
  3. La técnica de relajación muscular progresiva.
  4. El entrenamiento autógeno.
  5. La técnica de relajación diferencial.
- 148. Señale qué modelo terapéutico enfatiza la importancia de llevar a cabo un análisis causal sobre la génesis de las creencias y distorsiones cognitivas del paciente, y hace mayor hincapié en la relación terapéutica y en las técnicas emocionales para el tratamiento de los trastornos de la personalidad:**
1. La terapia cognitiva de Beck y Freeman (1990).
  2. La terapia dialéctica conductual de Linehan.
  3. La terapia de esquemas de Young.
  4. La terapia de valoración cognitiva de Wessler.
  5. La terapia de conducta.
- 149. ¿Qué alternativa de tratamiento goza de mayor apoyo empírico en la actualidad para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad?:**
1. La terapia dialéctica conductual.
  2. La terapia de valoración cognitiva.
  3. El tratamiento conductual de entrenamiento en habilidades sociales.
  4. La terapia de esquemas de Young.
  5. La terapia icónica para la estabilización emocional.
- 150. ¿Qué tipo de técnicas resultan adecuadas para tratar las fuertes emociones de ansiedad y la conducta de evitación que las acompaña, el examen del cuerpo y los rituales de acicalamiento que caracterizan al trastorno dismórfico corporal?:**
1. Las técnicas de reestructuración cognitiva.
  2. Las técnicas de exposición y de prevención de la respuesta.
  3. Las técnicas de control de estímulos.
  4. Las técnicas de solución de problemas.
  5. Las técnicas de aceptación.
- 151. Siguiendo el modelo de prevención de recaídas de Marlatt y Gordon (1985), ¿qué método de intervención es adecuado utilizar para tratar los componentes cognitivos y afectivos del denominado efecto de violación de la abstinencia que se produce cuando el jugador patológico fracasa en el mantenimiento de la abstinencia al juego?:**
1. La exposición con prevención de respuesta.
  2. La reestructuración cognitiva.
  3. El control de estímulos.
  4. La solución de problemas.
  5. Auto-registro de las situaciones de alto riesgo.
- 152. Señale cuáles son los componentes básicos del protocolo de tratamiento propuesto por Echeburúa y Báez (1991, 1994) para el abordaje terapéutico del juego patológico:**

1. La exposición en vivo sin prevención de respuesta y la prevención de recaídas.
  2. La exposición en vivo con prevención de respuesta y la terapia cognitiva individual.
  3. Las técnicas de solución de problemas y el control de estímulos.
  4. La exposición en vivo con prevención de respuesta y el control de estímulos.
  5. El control de estímulos y la prevención de recaídas.
- 153. ¿En cuál de los siguientes trastornos psicológicos la técnica de exposición en vivo es considerada la alternativa de tratamiento más efectiva en la actualidad?:**
1. La hipocondría.
  2. La depresión unipolar.
  3. Las fobias específicas.
  4. El trastorno de estrés postraumático.
  5. El trastorno de ansiedad generalizada.
- 154. La distinción entre estado y rasgo de personalidad puede operativizarse teniendo en cuenta que:**
1. El estado representa el nivel potencial que una característica tiene en un individuo.
  2. El rasgo sólo se presenta durante un intervalo de tiempo transitorio.
  3. El rasgo únicamente se vincula a la situación en la que se manifiesta.
  4. El estado presenta un nivel de generalidad muy amplio.
  5. El rasgo es una predisposición permanente a actuar de una forma determinada.
- 155. R.B. Cattell en su teoría sobre inteligencia distingue entre inteligencia fluida e inteligencia cristalizada, matizando que:**
1. La inteligencia cristalizada es, básicamente, la que heredamos de nuestros padres.
  2. La inteligencia cristalizada decrece a partir de la adolescencia.
  3. La inteligencia fluida se mantiene invariable a través de todo el ciclo vital.
  4. La inteligencia fluida y cristalizada son independientes al comienzo de nuestro ciclo vital, relacionándose paulatinamente con el paso de los años.
  5. La inteligencia cristalizada es el resultado de la inversión cultural de la inteligencia fluida en experiencias concretas de aprendizaje.
- 156. Las personas con alta motivación de logro se caracterizan por el deseo o la necesidad de:**
1. Obtener recompensas de agentes externos a corto plazo.
  2. Obtener refuerzos inmediatos.
  3. Realizar las cosas del mejor modo posible para obtener la propia satisfacción.
  4. Conseguir la aprobación de los demás.
  5. Tener prestigio, estatus e influencia sobre los demás.
- 157. El estudio de la personalidad desde una perspectiva transcultural incluye:**
1. La consideración de la cultura como algo interno al individuo.
  2. La negación de la existencia de los rasgos, subrayando la importancia de los procesos.
  3. La comparación de múltiples sociedades para buscar universales culturales.
  4. El énfasis en los fenómenos psicológicos propios de una determinada cultura.
  5. La concepción diferente del *self* en cada cultura.
- 158. Los estudios que correlacionan variables de personalidad y estrategias de afrontamiento han puesto de manifiesto que:**
1. Los extravertidos suelen evitar las situaciones estresantes.
  2. Las personas que puntúan alto en Apertura Mental tratan de evitar la confrontación directa con los demás.
  3. El Neuroticismo se asocia con el afrontamiento centrado en la emoción.
  4. Los introvertidos tienden a utilizar más estrategias directas.
  5. Las personas que puntúan en Tesón utilizan más las estrategias centradas en la evitación.
- 159. Los modelos teóricos surgidos en las últimas décadas sobre los procesos psicológicos relacionados con las conductas de salud (p.ej. el Modelo de Creencias sobre la Salud, la Teoría de la Utilidad Subjetiva Esperada o la Teoría de la Motivación de Protección) comparten la hipótesis de que la conducta humana es:**
1. Esencialmente racional e intencional.
  2. Intencional pero no racional.
  3. Predominantemente inconsciente.
  4. Incoherente.
  5. Imprevisible.
- 160. A la hora de diferenciar entre las medidas de personalidad e inteligencia (CI) conviene tener en cuenta que:**
1. La inteligencia se contempla habitualmente como un constructo bidireccional, mientras que la personalidad es unidimensional.
  2. En la evaluación de la inteligencia no tenemos un criterio de veracidad, es decir, no existen respuestas correctas.
  3. La estabilidad de los rasgos cognitivos suele aceptarse, en mayor medida, que la estabilidad de los rasgos de personalidad.
  4. La personalidad es menos susceptible al control personal que la inteligencia.

5. La interpretación de los resultados es más ambigua en el caso de las medidas de inteligencia.

**161. Según el modelo de personalidad propuesto por H.J. Eysenck:**

1. El rasgo de neuroticismo es equivalente al trastorno de neurosis.
2. El rasgo de psicoticismo indica probabilidad de neurosis.
3. Las puntuaciones altas en psicoticismo equivalen a un diagnóstico de psicosis.
4. Las puntuaciones altas en neuroticismo indican una predisposición y no una alteración psicológica existente.
5. Los rasgos de neuroticismo y psicoticismo presentan correlaciones elevadas.

**162. La influencia que tiene, en el juicio de un atributo nuevo de una persona, el valor de otro atributo irrelevante conocido con anterioridad, se denomina:**

1. Aquiescencia.
2. Redundancia.
3. Sesgo regulador.
4. Efecto halo.
5. Efecto reiterativo.

**163. A la hora de explicar las diferencias individuales en el rasgo de ansiedad se han sugerido esencialmente tres hipótesis, una de las cuales es la atribución de tales diferencias a:**

1. Vivencias de intensidad elevada en las últimas semanas.
2. La combinación de extraversión y neuroticismo.
3. El funcionamiento de la hipófisis.
4. El funcionamiento del Sistema Nervioso Autónomo (SNA).
5. La activación cortical.

**164. Las investigaciones que se han centrado en la evolución de la dimensión valorativa del auto-concepto han puesto de manifiesto un perfil global, según el cual la autoestima, normalmente:**

1. Aumenta a partir de la escolarización en los primeros años de la infancia.
2. Incrementa de forma notable en la adolescencia.
3. Decrece con el paso a la adolescencia.
4. Tiene su pico más alto alrededor de los 4 años.
5. Se mantiene estable a través de todo el ciclo vital.

**165. Los efectos experimentales que sugieren un papel especial del *self* en la memoria han puesto de manifiesto que:**

1. El material asociado con una tarea terminada se recuerda más fácilmente que el material asociado a una tarea no concluida.
2. El material generado activamente por el sujeto se recuerda más fácilmente que el que se recibe pasivamente.
3. El material codificado con referencia al *self* se recuerda peor que el codificado con arreglo a otros criterios.
4. La memoria de los actos iniciados por otras personas es mayor que la de los actos autoiniciados.
5. No existen diferencias en la memoria en función de que la tarea haya sido iniciada por otros o por uno mismo.

**166. Las personas con un estilo cognitivo holístico:**

1. Tienen la ventaja de detectar con mayor facilidad las similitudes y diferencias entre los distintos elementos que componen una situación.
2. Tienen especial dificultad para separar los distintos elementos que componen una situación.
3. Tienden a analizar sólo un aspecto de la situación al mismo tiempo.
4. Analizan la situación en sus partes de forma detallada.
5. Suelen adoptar actitudes y puntos de vista extremos en la valoración de las situaciones.

**167. Según la teoría de inteligencia defendida por J.P. Guilford, la “Producción divergente” sería una operación que daría cuenta de la capacidad de:**

1. Memoria.
2. Comprensión.
3. Creatividad.
4. Juicio.
5. Resolución de problemas de una única solución.

**168. Según los estudios recientes, en términos generales, podría afirmarse que existe una progresión natural del desarrollo de la personalidad, según la cual, en la etapa adulta, a medida que vamos cumpliendo años:**

1. La Personalidad se incrementa.
2. Disminuye la Afabilidad.
3. Incrementa la Apertura a la Experiencia.
4. Incrementa el Neuroticismo.
5. Desciende la Extraversión.

**169. Los modelos de “Eficiencia neuronal”, al defender la existencia de un sustrato biológico de la inteligencia, utilizan para su estudio medidas relativas a:**

1. La ansiedad autoinformada durante la realización de las pruebas de CI.

2. El tamaño del hipocampo en comparación al tamaño de la hipófisis.
  3. La complejidad y variabilidad de las ondas cerebrales.
  4. La latencia de las respuestas en las pruebas de CI.
  5. La activación del SNA (Sistema Nervioso Autónomo).
- 170. Las estructuras psicológicas propuestas en los modelos psicométricos de la Psicología Diferencial:**
1. Permiten el entendimiento funcional de la conducta individual.
  2. Explican el origen de las diferencias individuales.
  3. Dan respuesta a la evolución diferencial entre individuos.
  4. Establecen el peso de los genes en la conducta.
  5. Tienen un carácter descriptivo y clasificatorio de las diferencias individuales.
- 171. ¿Qué autor medía el retraso mental por la diferencia entre la edad mental y la cronológica?:**
1. F. Galton.
  2. A. Binet.
  3. W. Wundt.
  4. J.Mc. Cattell.
  5. K.B. Gauss.
- 172. A través de la Frenología, F.J. Gall, al final del siglo XVIII, estudiaba:**
1. Las facultades del alma.
  2. Las facultades y el carácter de las personas a partir de su localización en determinadas protuberancias craneales.
  3. El temperamento de los individuos basándose en el predominio de los distintos fluidos corporales.
  4. Los procesos cognitivos que comparten las personas adultas y normales.
  5. La evolución cognitiva del cerebro humano.
- 173. El enfoque clásico de la investigación psicológica en las diferencias individuales se caracteriza por:**
1. Una perspectiva de estudio internalista.
  2. Un trabajo circunscrito en los laboratorios.
  3. La falta de interés por la predicción en áreas aplicadas (como el rendimiento académico o profesional de las personas).
  4. La elaboración de modelos explicativos.
  5. El uso de una metodología experimental.
- 174. Cuando hablamos de “Inteligencia práctica” nos referimos a:**
1. La inteligencia que se refleja en el contexto escolar.
  2. La inteligencia tal y como es aplicada en la vida cotidiana.
  3. La habilidad para resolver problemas formulados por otros.
  4. Los resultados obtenidos en la medida del Cociente Intelectual (CI).
  5. Las habilidades cognitivas en el manejo espacial.
- 175. La edad psicológica de una persona es un concepto que alude a:**
1. El índice temporal referido a la fecha de nacimiento del individuo.
  2. El estado morfo-funcional de su organismo.
  3. La capacidad de adaptarse con éxito a las exigencias del ambiente en distintos periodos del desarrollo.
  4. El grado de ajuste entre el rol social que desempeña y las expectativas sociales correspondientes a su edad cronológica.
  5. La edad biológica del individuo.
- 176. G. Kelly, al concebir el hombre como un científico, ofrece un modelo de personalidad:**
1. Idiográfico, centrado en los aspectos particulares de cada individuo.
  2. Nomotético, basado en las leyes generales del aprendizaje.
  3. Nomotético, centrado en la evaluación de rasgos concensuados.
  4. Ambientalista, considerando al individuo fruto de sus experiencias.
  5. Biológico, ofreciendo una explicación neurológica subyacente a los rasgos propuestos.
- 177. Los autorregistros son un tipo de:**
1. Técnica subjetiva.
  2. Autoinforme.
  3. Entrevista.
  4. Técnica observacional.
  5. Tests psicométricos.
- 178. Que el sujeto evaluado no pueda modificar sus respuestas según su voluntad es una característica de:**
1. Las técnicas objetivas.
  2. Los autoinformes.
  3. Las técnicas proyectivas.
  4. Las técnicas subjetivas.
  5. La entrevista.
- 179. La prueba de inteligencia WAIS de Weschler evalúa:**
1. Aptitudes múltiples.
  2. Intereses intelectuales.
  3. Aptitudes espaciales.
  4. Aptitudes específicas.

5. Inteligencia general.
- 180. De las siguientes pruebas, ¿cuál mide inteligencia fluida?:**
1. Vocabulario.
  2. Matrices.
  3. Comprensión de textos.
  4. Seguir instrucciones verbales.
  5. Sinónimos/antónimos.
- 181. El coeficiente de formas paralelas o de equivalencia como forma de calcular el grado de fiabilidad de una prueba de evaluación psicológica consiste:**
1. En aplicar una prueba una vez y en una segunda vez. En esa segunda vez se aplica una forma alterna del test.
  2. En aplicar dos evaluadores una misma prueba al mismo sujeto.
  3. En aplicar dos evaluadores a dos sujetos distintos, una misma prueba.
  4. En aplicar una misma prueba dos veces dejando pasar un periodo de tiempo previamente establecido.
  5. Este coeficiente no existe.
- 182. La observación de la respuesta a una tarea estandarizada con el fin de obtener evidencias sobre una determinada característica es la definición de:**
1. Especificidad.
  2. Test de ejecución.
  3. Estrategia dimensional.
  4. Prueba subjetiva.
  5. Prueba objetiva.
- 183. El inventario de Strong (SII, 1994) evalúa:**
1. Intereses ocupacionales.
  2. Aptitudes.
  3. Inteligencia general.
  4. Valores morales.
  5. Autoestima.
- 184. El proceso por el cual una técnica de evaluación determina cierto conjunto de normas a fin de hacer que su uso sea constante a través de distintas mediciones se denomina:**
1. Estandarización.
  2. Validez de criterio.
  3. Clasificación.
  4. Fiabilidad inter-jueces.
  5. Consistencia interna.
- 185. La estrategia utilizada para la construcción del Cuestionario de Personalidad de California (CPI, Gough, 1957, 1975, 1987) fue de tipo:**
1. Factorial.
  2. Racional.
  3. Correlacional.
  4. Empírica.
  5. Proyectiva.
- 186. Señale la alternativa que incluye algunos de los diez dominios que evalúa el examen neuropsicológico de Luria-Christensen:**
1. Inteligencia verbal, inteligencia manipulativa, inteligencia abstracta.
  2. Aptitud numérica, aptitud espacial y habilidad manual.
  3. Movimientos manuales rápidos, dedo a nariz, irregularidades conductuales.
  4. Figuras de color, figuras progresivas, asociación de figuras.
  5. Funciones motoras, lenguaje receptivo, funciones visuales superiores.
- 187. El grado en el que una prueba psicológica comprende una muestra representativa del universo posible de conductas que se pretende evaluar con ella, es la:**
1. Consistencia interna.
  2. Validez de contenido.
  3. Fiabilidad test-retest.
  4. Validez de constructo.
  5. Validez criterial.
- 188. El test del marco y la varilla (RTF) es:**
1. Una técnica subjetiva.
  2. Una técnica proyectiva.
  3. Una técnica objetiva.
  4. Una lista de adjetivos.
  5. Un autoinforme.
- 189. ¿Cuál de las siguientes es una prueba subjetiva?:**
1. La clasificación-Q.
  2. El Test de Apercepción Temática.
  3. El diferencial semántico.
  4. La entrevista.
  5. La batería de aptitudes diferenciales.
- 190. El término “Psicodiagnóstico” parte de un modelo:**
1. Médico.
  2. Conductista.
  3. Psicométrico.
  4. Fenomenológico.
  5. Factorial.
- 191. La teoría evolucionista de Darwin influye en la historia de la evaluación psicológica enfatizando:**
1. Las diferencias entre los animales y el ser humano.

2. La relación cuerpo-alma.
  3. El interés por las diferencias individuales.
  4. La diferencia entre sensación y pensamiento.
  5. Las diferencias en el volumen craneal.
- 192. Cuando se obtienen las puntuaciones de un test, el porcentaje de sujetos del grupo normativo que puntúa por debajo de la puntuación obtenida es:**
1. La puntuación escalar.
  2. La puntuación directa.
  3. La puntuación cronológica.
  4. La puntuación percentil.
  5. La puntuación típica.
- 193. Thurstone contribuyó de forma significativa a la evaluación de:**
1. Inteligencia general.
  2. La psicopatía.
  3. Las dimensiones básicas de la personalidad.
  4. Aptitudes mentales primarias.
  5. La ejecución mínima.
- 194. El iniciador de la medición de la inteligencia fluida y cristalizada fue:**
1. L.L. Thurstone.
  2. H. Eysenck.
  3. C. Spearman.
  4. A. Binet.
  5. R.B. Cattell.
- 195. La búsqueda de novedad es una dimensión de la escala:**
1. El inventario de personalidad de Eysenck (EPQ).
  2. El NEO-PI de Costa y McCrae.
  3. El MMPI.
  4. El Inventario de Temperamento y Carácter (TCI) de Cloninger.
  5. El MCMI de Millon.
- 196. 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.
- 197. Una de las características 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.
- 198. El objetivo del sistema comprensivo de Exner es:**
1. Validar el Test de Apercepción Temática.
  2. Estandarizar el uso de las Técnicas de ejecución.
  3. Dotar a la prueba Rorschach de una base psicométrica adecuada.
  4. Evaluar el autoconcepto y los constructos personales.
  5. Validar la Clasificación Q.
- 199. ¿En qué prueba proyectiva se le pide al sujeto que elabore historias que se ajusten a dibujos que aparecen en tarjetas?:**
1. El Inventario de autoestima de Rosenberg.
  2. El Test de constructos personales.
  3. La Prueba de dibujo de una persona de Machover.
  4. El Test de Apercepción Temática de Murray (TAT).
  5. El Rorschach.
- 200. El Test de Aptitudes Diferenciales (DAT) constituye un punto destacado en la historia de los tests psicológicos porque fue:**
1. El Test de Inteligencia Standford-Binet.
  2. El primer test que evaluó inteligencia y personalidad a la vez.
  3. La primera batería de evaluación neuropsicológica.
  4. El primer test que contempló la fiabilidad y la validez.
  5. La primera batería integrada para la evaluación de distintas aptitudes intelectuales.
- 201. ¿Por qué es importante Woodworth en la historia de la evaluación psicológica?:**
1. Por ser un antecedente de la teoría de los constructos personales y de la técnica de rejilla.
  2. Por sentar las bases de la evaluación neuropsicológica en 1947.
  3. Por sentar las bases de la evaluación dinámica cognitiva en 1935.
  4. Por construir el primer test de inteligencia de administración colectiva en 1939.
  5. Por construir en 1914 el primer cuestionario colectivo de la personalidad, el Personal Data Set.
- 202. Las técnicas de evaluación psicológica que son más características del modelo constructivista son:**
1. Las técnicas proyectivas.

2. Las técnicas subjetivas.
  3. Los tests psicométricos.
  4. Los registros fisiológicos.
  5. Los tests de ejecución.
- 203. Una de las características delimitadoras de lo que es el método observacional en la evaluación psicológica es:**
1. Que la situación que se observa es artificial.
  2. Que la unidad de análisis no tiene estructura.
  3. Quien observa no participa en la situación.
  4. Quien observa es un experto.
  5. Que la unidad de análisis está altamente estructurada.
- 204. Que los observadores puedan utilizar distintas descripciones verbales para una misma conducta es una de las fuentes de error que afectan a la fiabilidad de:**
1. Los registros de conducta.
  2. Las técnicas objetivas.
  3. Las técnicas proyectivas.
  4. Las matrices de interacción.
  5. Los registros narrativos.
- 205. El test de precisión de Purdue mide:**
1. Percepción táctil.
  2. Respuestas fisiológicas.
  3. Habilidad visomotora.
  4. Memoria secuencial.
  5. Percepción auditiva.
- 206. El test de inteligencia que incluye el área de procesamiento secuencial, el área de procesamiento simultáneo y una escala de conocimientos es:**
1. Las escalas de Wechsler.
  2. La escala de McCarthy.
  3. Las escalas de Kaufman.
  4. El Test de Apercepción Temática.
  5. El Test de matrices Progresivas de Raven.
- 207. Los datos actuales sugieren que la posible función del hipocampo en la memoria es:**
1. Almacenar memorias declarativas a largo plazo.
  2. Procesar memorias declarativas a largo plazo.
  3. Recuperar destrezas sensomotoras.
  4. Consolidar memorias adquiridas mediante condicionamiento de demora.
  5. Consolidar destrezas sensomotoras.
- 208. El porcentaje de varones que padecen un trastorno bipolar es:**
1. Mayor que el de las mujeres en todos los casos.
  2. Menor que el de las mujeres en todos los casos.
  3. Similar al de las mujeres.
  4. Mayor que el de las mujeres, si la enfermedad aparece antes de los 25 años.
  5. Menor que el de las mujeres, si la enfermedad aparece antes de los 25 años.
- 209. El tratamiento farmacológico eficaz del trastorno obsesivo-compulsivo está basado en:**
1. La inhibición de la recaptación de dopamina.
  2. La estimulación de los receptores 5HT<sub>1A</sub>.
  3. El bloqueo de los receptores D2.
  4. El bloqueo de los receptores NMDA.
  5. La inhibición de la recaptación de serotonina.
- 210. Una hipótesis actual sobre la etiología de la depresión sugiere que en la aparición de esta enfermedad puede darse también:**
1. Una disminución de los niveles de glucocorticoides circulantes.
  2. Un aumento de la producción cerebral de factores neurotróficos.
  3. Un aumento de la neurogénesis en el hipocampo.
  4. Un aumento de los esteroides cerebrales.
  5. Atrofia neuronal.
- 211. Datos de imágenes cerebrales sobre la posible participación de las regiones neurales en la depresión indican que en comparación con los sujetos normales, el flujo sanguíneo en los pacientes deprimidos:**
1. Está aumentado en la corteza frontal.
  2. Está disminuido en la amígdala.
  3. Permanece incrementado en las cortezas temporal y parietal incluso después del alivio de la enfermedad.
  4. No se modifica por el tratamiento con antidepresivos.
  5. Aumenta en la corteza cingulada con la gravedad de la depresión.
- 212. Respecto a la posible función de la corteza cerebral en la esquizofrenia, diversos estudios sugieren que:**
1. Los lóbulos frontales de los sujetos normales son apreciablemente mayores.
  2. La actividad cortical frontal es generalmente menor en sujetos esquizofrénicos.
  3. La eficacia de los fármacos antipsicóticos no está relacionada con una mayor actividad cortical.
  4. No hay diferencias en la lateralización funcional de ambos hemisferios entre pacientes y sujetos normales.
  5. El número de las espinas dendríticas de las células piramidales corticales no está afectado por la enfermedad.

- 213. En comparación con el hipocampo de sujetos normales, el de los esquizofrénicos:**
1. Tiene más espinas dendríticas en sus células piramidales.
  2. Está más agrandado.
  3. Muestra una desorganización en la disposición espacial de sus células piramidales.
  4. Es menos sensible a la estimulación de los receptores metabotrópicos de glutamato.
  5. Presenta una mayor densidad de receptores del subtipo NMDA de glutamato.
- 214. Numerosos y distintos tipos de estudios señalan de manera consistente que una de las principales áreas cerebrales implicadas en diferentes aspectos de las respuestas emocionales es:**
1. El lóbulo temporal izquierdo.
  2. La corteza cingulada.
  3. La corteza orbitofrontal.
  4. La sustancia gris periacueductal.
  5. El núcleo de la estría terminal.
- 215. Algunos pacientes epilépticos informan del sentimiento de un intenso miedo que suele preceder al inicio del ataque. Con estos datos, puede pensarse que el foco principal del inicio del ataque estaría en:**
1. La corteza cingulada.
  2. El hipotálamo.
  3. El lóbulo temporal.
  4. El tálamo.
  5. La sustancia negra.
- 216. Es común a enfermos de Parkinson y de esquizofrenia que:**
1. Haya una inhibición selectiva y crónica de la musculatura facial.
  2. Se tenga una alteración crónica en el nervio trigémino.
  3. Padezcan la afección conocida como parálisis de Bell.
  4. No experimenten emociones en respuesta a estímulos emocionales.
  5. Tengan incapacidad para mover unilateralmente las partes inferiores de la cara.
- 217. ¿Qué autor mantenía que todos los procesos psíquicos superiores (pensamiento, lenguaje, emociones, voluntad), eran movimientos reflejos?:**
1. V. Bechterev.
  2. I. P. Pavlov.
  3. I. M. Sechenov.
  4. A. Binet.
  5. B. Babkin.
- 218. Indique el autor/a que consiguió terminar en 1923 con el proyecto iniciado por Watson, logrando eliminar una respuesta emocional condicionada de temor a las ratas, en un niño llamado Pedro:**
1. H. A. Carr.
  2. Mary Cover Jones.
  3. R. Yerkes.
  4. W. McDougall.
  5. E. L. Thorndike.
- 219. ¿Qué característica de la atención estamos midiendo cuando nos referimos a la cantidad de información que el organismo puede atender al mismo tiempo y al número de tareas que podemos realizar simultáneamente?:**
1. A la intensidad.
  2. A la amplitud.
  3. Al control.
  4. Al oscilamiento.
  5. Al recuerdo.
- 220. ¿En qué experimentos los sujetos miraban pares de dibujos de objetos simples tridimensionales y tenían que decir si eran dibujos del mismo objeto o del objeto y su imagen simétrica?:**
1. En los experimentos de la hipótesis de *codificación dual* de Paivio.
  2. En los experimentos de *rotación mental* de Roger Shepard.
  3. En los experimentos del *mapa de la isla* de Kosslyn.
  4. En los experimentos de *diagramas* de Venn.
  5. En los experimentos de *círculos* de Euler.
- 221. ¿En qué tipo de procedimiento del condicionamiento instrumental (operante), la respuesta da lugar a la terminación de un estímulo condicionado aversivo?:**
1. Castigo.
  2. Recompensa.
  3. Omisión.
  4. Extinción.
  5. Escape.
- 222. Si un sujeto muestra una disminución de la respuesta de orientación con presentaciones reiteradas del estímulo condicionado ¿de qué fenómeno se trata?:**
1. Bloqueo.
  2. Ensombrecimiento.
  3. Supercondicionamiento.
  4. Sensibilización.
  5. Habitación.
- 223. ¿Cómo denominamos la interferencia del aprendizaje posterior que afecta al recuerdo?:**
1. La interferencia preactiva.
  2. La interferencia retroactiva.

3. El decaimiento de la huella.
  4. La interferencia extraexperimental.
  5. La memoria prospectiva.
- 224. ¿En qué consiste el efecto de la hermanita fea?:**
1. En el olvido de acontecimientos autobiográficos.
  2. En un tipo de amnesia retrógrada.
  3. En encontrarse reiteradamente con una respuesta relacionada pero incorrecta.
  4. En tener la sensación de conocer la respuesta pero no lograr dar con ella.
  5. En un tipo de amnesia anterógrada.
- 225. ¿Cuál de las siguientes zonas del ojo carece de receptores?:**
1. La fovea.
  2. La retina.
  3. La córnea.
  4. El punto ciego.
  5. El cristalino.
- 226. En el contraste de hipótesis, el error tipo I:**
1. Se evita siempre que la muestra sea suficientemente grande.
  2. Tiene una probabilidad "beta".
  3. Es el que se comete cuando se mantiene una hipótesis nula que debía haberse rechazado.
  4. Es cuando se rechaza una hipótesis nula que en realidad era falsa.
  5. Se comete al rechazar una hipótesis nula que debía haberse mantenido (por ser verdadera en realidad).
- 227. El metaanálisis hace referencia a:**
1. Medidas estrictamente controladas.
  2. Análisis estadístico de los resultados de diversos estudios equivalentes según la misma hipótesis, o muy similar, para evaluar de forma concienzuda la validez de un efecto.
  3. Efecto en un experimento que atrae la atención o el interés para compensar la artificialidad.
  4. Estudio de campo diseñado de forma experimental.
  5. Investigación en la que las variables preexistentes y no manipuladas entre las personas se miden en busca de una diferencia o correlación.
- 228. Los grupos "placebo" son propios de:**
1. La metodología cualitativa.
  2. Los diseños experimentales.
  3. La metodología observacional.
  4. Las encuestas.
  5. Los diseños N=1.
- 229. El efecto de orden es propio de los diseños:**
1. Intersujetos.
  2. Transversales.
  3. Observacionales.
  4. Intrasujetos.
  5. Con grupo de control placebo.
- 230. En un diseño factorial intersujetos 2x4:**
1. Existen ocho tratamientos.
  2. Sólo pueden participar ocho sujetos.
  3. Existen ocho variables independientes.
  4. Da lugar a formular ocho variables dependientes.
  5. Solamente hay un tratamiento.
- 231. Para la aplicación del estadístico de contraste T de diferencias de medias en el caso de dos muestras independientes, es necesario que:**
1. Las variables dependientes estén medidas a nivel nominal.
  2. La variable dependiente esté medida, al menos, a nivel de razón.
  3. Las variables dependientes estén medidas, al menos a nivel ordinal.
  4. La variable dependiente esté medida, al menos, a nivel de volumen.
  5. La variable dependiente esté medida, al menos, a nivel de intervalo.
- 232. El análisis de regresión lineal es un procedimiento que permite:**
1. Calcular la correlación entre la variable independiente y la variable predictora.
  2. Predecir el comportamiento de una variable criterio a partir de otra variable denominada predictora.
  3. Conocer la correlación entre la variable criterio y la variable dependiente.
  4. Predecir el valor de la variable independiente partiendo de los datos muestrales.
  5. Eliminar, mediante procedimientos matemáticos el influjo de variables extrañas.
- 233. Los valores (o las categorías) de las variables independientes en un diseño que se analiza mediante un análisis de varianzas, se denominan:**
1. Niveles.
  2. Factores.
  3. Cortes.
  4. Valores.
  5. Estadíos.
- 234. Para poder describir las propiedades de una población a partir de las propiedades contenidas en una muestra, es necesario que:**
1. La muestra se haya extraído de forma aleatoria.

2. La población contenga muchos elementos.
  3. La muestra sea representativa de esa población.
  4. Contenga al menos diez sujetos.
  5. Sea suficientemente grande.
- 235. La etapa que se extiende entre los 2 y los 3 años según la teoría de Erikson es:**
1. La de iniciativa versus culpa.
  2. La de confianza básica versus desconfianza.
  3. La de laboriosidad versus inferioridad.
  4. La de autonomía versus vergüenza y duda.
  5. La de autonomía versus inferioridad.
- 236. Una de las ventajas del diseño longitudinal simple es que:**
1. Permite estudiar el patrón de cambio intraindividual.
  2. No tiene el problema de la pérdida de muestra (mortalidad experimental).
  3. Aporta gran cantidad de información de sujetos de diferentes edades.
  4. La probabilidad de error se reduce porque sólo se realiza la toma de datos en un único momento histórico.
  5. Se trata de una metodología de bajo coste.
- 237. En el desarrollo del apego se pueden distinguir cuatro fases cuyas características vienen definidas en gran parte por el desarrollo madurativo del bebé. La segunda fase que se extiende hasta los 6 ó 7 meses se caracteriza por:**
1. Una sensibilidad social indiscriminada.
  2. Una sensibilidad social discriminada pero que aún no rechaza la presencia o cuidados de desconocidos.
  3. La formación de una relación recíproca.
  4. Un apego definido.
  5. La reducción del egocentrismo.
- 238. En el análisis del apego infantil (Ainsworth y Witting, 1969) los niños que no buscan la proximidad y contacto con su madre en una situación extraña y muestran una conducta exploratoria activa se denominan:**
1. Niños desorganizados o desorientados.
  2. Niños independientes.
  3. Niños seguros.
  4. Niños inseguros huidizos.
  5. Niños inseguros resistentes/ambivalentes.
- 239. La obediencia orientada a la consecución de beneficios es la característica clave de una etapa de desarrollo moral según Kohlberg (1969). ¿Cuál?:**
1. La etapa preconvencional.
  2. La etapa no convencional.
  3. La etapa convencional.
  4. La etapa postconvencional.
  5. La etapa de convención no arbitraria.
- 240. Las expresiones faciales que indican tristeza y enfado aparecen en el niño por primera vez:**
1. Desde el nacimiento.
  2. A los tres-cuatro meses.
  3. A los seis meses.
  4. A los ocho meses.
  5. A los diez meses.
- 241. El reflejo de Babinski consiste en:**
1. Flexionar el dedo gordo del pie dorsalmente y separar hacia fuera los otros dedos al tiempo que se tuerce el pie hacia dentro.
  2. Hacer movimientos como pasos rítmicos.
  3. Extender rápidamente la rodilla o dar una patada.
  4. Cerrar ambos ojos.
  5. Cuando la cabeza del recién nacido gira hacia un lado, tiende a extender el brazo de ese lado mientras flexiona el brazo del lado opuesto.
- 242. Una adquisición básica del estadio preoperacional es el darse cuenta de que lo que se piensa no siempre se corresponde con la realidad. ¿Cómo se denomina esta adquisición?:**
1. Adquisición de la noción de dependencia funcional.
  2. Adquisición de la identidad cualitativa.
  3. Comprensión de la falsa creencia.
  4. Distinción apariencia-realidad.
  5. Razonamiento transductivo.
- 243. En las culturas colectivistas es más frecuente la tendencia a ayudar a personas semejantes. La explicación es que en este tipo de culturas:**
1. Las diferencias entre el endogrupo y los exogrupos son mucho más marcadas.
  2. La difusión de la responsabilidad no se acepta.
  3. La responsabilidad es menos difusa que en las culturas individualistas.
  4. Las personas son más altruistas.
  5. Se es más prosocial hacia los miembros del exogrupo.
- 244. Al hablar de actitudes, cuando una persona realiza una conducta que va en contra de una actitud valorada, suele:**
1. Restar importancia a la conducta.
  2. Restar importancia a la actitud.
  3. Cambiar de actitud.
  4. Ocultar la realización de la conducta.
  5. Se deprime.
- 245. En la formación de un grupo, la creación de fuertes barreras frente a otros grupos es propia de la fase de:**

1. Identificación con el grupo.
  2. Periodo de descontento.
  3. Productividad grupal.
  4. Suceso precipitante.
  5. Individualización.
- 246. Señale uno de los sesgos cognitivos propios del pensamiento grupal:**
1. La ilusión de vulnerabilidad.
  2. La ilusión de unanimidad.
  3. La ilusión de heterogeneidad de los miembros del exogrupo.
  4. La ilusión de control.
  5. El efecto recencia.
- 247. Según los estudios realizados desde la Psicología Social, ¿quién muestra más dificultades para solicitar ayuda?:**
1. Mujeres con baja autoestima.
  2. Hombres con baja autoestima.
  3. Hombres con alta autoestima.
  4. No existen diferencias entre personas con alta y baja autoestima para pedir ayuda.
  5. No existen diferencias de género para solicitar ayuda.
- 248. La actitud suele representarse como un continuo, denominado continuo actitudinal, en el que se tienen en cuenta los aspectos de:**
1. Intensidad y categorización.
  2. Intensidad y latencia.
  3. Intensidad y valencia.
  4. La actitud no es un continuo.
  5. Categorización y latencia.
- 249. Si le pido prestada una elevada cantidad de dinero a una persona que acabo de conocer para solucionar un imprevisto y ante su negativa modifíco mi petición disminuyendo la cantidad, estaría utilizando la técnica:**
1. Pie en la puerta.
  2. Bola baja.
  3. Esto no es todo.
  4. Portazo en la cara.
  5. Simpatía.
- 250. La tendencia a valorar más una obra literaria o cinematográfica si es censurada, se basa en un proceso denominado:**
1. Reactancia psicológica.
  2. Contraste perceptivo.
  3. Validación social.
  4. Auto-eficacia.
  5. Auto-categorización.
- 251. Un individuo aloécéntrico:**
1. Tiene una orientación política liberal.
  2. Antepone los objetivos grupales a los suyos propios.
  3. Antepone los objetivos propios a los grupales.
  4. Es individualista.
  5. Se deja llevar por el efecto halo.
- 252. Cuando la información nueva es demasiado diferente o demasiado compleja para integrarse en las estructuras existentes se produce un cambio en las estructuras cognitivas. Este subproceso, en la teoría piagetiana se denomina:**
1. Adaptación.
  2. Asimilación.
  3. Habitación.
  4. Organización.
  5. Acomodación.
- 253. Los diseños de panel son propios de la investigación:**
1. Experimental.
  2. Cuasi-experimental.
  3. Observacional.
  4. Por encuestas.
  5. Transversal.
- 254. Según la Teoría de la Acción Razonada, si las creencias normativas son fuertes y la motivación para acomodarse a esas creencias es nula, la norma social subjetiva:**
1. Pesará mucho sobre la intención de realizar la conducta.
  2. Tendrá un peso medio sobre la intención de realizar la conducta.
  3. No ejercerá ningún influjo sobre la intención de realizar la conducta.
  4. Se producirá disonancia cognitiva.
  5. Hará que las normas se cumplan de manera más estricta.
- 255. ¿Cómo se puede provocar el reflejo de Moro?:**
1. Pinchando la planta del pie del niño con un alfiler.
  2. Tocando ligeramente la mejilla del bebé con el dedo o el pezón.
  3. Haciendo un fuerte ruido repentino.
  4. Golpeando el tendón que hay bajo la rótula.
  5. Haciendo incidir la luz en los ojos del bebé.
- 256. ¿Cuál de las siguientes emociones es una emoción básica?:**
1. La culpa.
  2. La sorpresa.
  3. La envidia.
  4. Los celos.
  5. La vergüenza.
- 257. ¿Cuál es la principal hipótesis bioquímica que**

**se relaciona con la esquizofrenia?:**

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

**258. La proximidad territorial puede aumentar la atracción debido, entre otros, al mecanismo de familiaridad. En ese caso el proceso sería similar al producido por:**

1. El efecto halo.
2. La semejanza.
3. El efecto de mera exposición.
4. El efecto recencia.
5. La disonancia cognitiva.

**259. Cuando se aplica el estadístico de contraste Chi Cuadrado de Pearson en un test de independencia:**

1. Las variables dependientes deben ser ordinales (al menos).
2. La hipótesis nula se formula siempre de forma unilateral izquierda.
3. La hipótesis alternativa se acepta si  $p$  es mayor o igual que "alfa".
4. No se busca hacer inferencias sino describir muestras.
5. Es necesario calcular las frecuencias teóricas (o esperadas), supuesta verdadera la hipótesis nula.

**260. Las categorías en metodología observacional tienen como objetivo:**

1. Codificar las conductas.
2. Establecer las hipótesis causales.
3. Muestrear las conductas.
4. El cálculo del número de sujetos participantes en la investigación.
5. La medida de la latencia.