



PRUEBAS SELECTIVAS 2010

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. **La perspectiva idiográfica en el estudio de la personalidad se fundamenta en:**
 1. Investigaciones estadísticas.
 2. El estudio intensivo del individuo.
 3. La estimación de un número de variables de personalidad consensuado.
 4. La utilización de una metodología matemática basada en ecuaciones estructurales.
 5. Modelos de rasgos como los propuestos por Eysenck o Cattell.

2. **La aproximación clínica al estudio de la personalidad:**
 1. Supone el método más apropiado para confirmar hipótesis.
 2. Permite concluir relaciones causa-efecto sobre las variables estudiadas.
 3. Permite el estudio de fenómenos excepcionales.
 4. Sirve para conocer los elementos biológicos que determinan la conducta.
 5. Posibilita una interpretación objetiva de los datos.

3. **A la hora de relacionar el bienestar subjetivo con los rasgos de personalidad, Costa y McCrae, argumentan que:**
 1. La variable Afabilidad conlleva un mayor malestar subjetivo.
 2. La variable Tesón se relaciona negativamente con el bienestar subjetivo.
 3. Las personas extravertidas informan de mayor bienestar subjetivo.
 4. El neuroticismo es una variable independiente de la valoración del Afecto Negativo.
 5. No es factible encontrar asociación alguna entre el bienestar subjetivo y las variables de personalidad propuestas en su modelo.

4. **El estado de ansiedad supone:**
 1. Un modelo circular respecto al concepto de rasgo.
 2. La manifestación de las predisposiciones latentes implícitas en el concepto de rasgo.
 3. La predisposición a manifestar el rasgo de ansiedad.
 4. Una activación que facilita la resolución de problemas complejos.
 5. Una tendencia estable influenciada de forma biológica.

5. **Según las investigaciones que analizan el perfil evolutivo de la personalidad, la tendencia que, en general, aparece con el incremento de la edad, consiste en:**
 1. Un incremento del Neuroticismo.
 2. Una disminución en el Tesón.
 3. Una disminución de la Afabilidad.
 4. Una disminución de la Extraversión.
 5. Un incremento en Apertura mental.

6. **Según los estudios generados bajo la perspectiva de los “estilos de apego” los niños “inseguros-evitadores” tienden a:**
 1. Buscar la proximidad con la madre al tiempo que se resisten a su contacto.
 2. Mostrarse conflictivos con la madre en los problemas alimenticios pero no en otras facetas.
 3. Acudir, ante cualquier dificultad, rápidamente, a la madre.
 4. Experimentar frustración en las relaciones con la madre, eludiendo su proximidad.
 5. No tener problemas de interacción con la madre, pero sí con el padre.

7. **El perfil global de la evolución de la autoestima apunta a que:**
 1. La autoestima se incrementa a medida que superamos enfermedades.
 2. Las niñas con menarquia temprana adquieren una pronta autoestima.
 3. Los niños cuyo desarrollo sexual se produce de forma tardía adquieren mayor autoestima.
 4. La autoestima desciende al inicio de la etapa escolar.
 5. La autoestima es la variable de personalidad más estable a lo largo del ciclo vital.

8. **Mientras más inestable emocionalmente es una persona:**
 1. Menor será la posibilidad de que genere soluciones creativas.
 2. Mayor será la posibilidad de que se aprecien discrepancias entre lo que piensa y lo que hace.
 3. Mayor será su resolución para tomar decisiones.
 4. Defenderá con más vehemencia las decisiones tomadas con anterioridad.
 5. No le importan los cambios que le susciten dudas acerca de sus decisiones.

9. **¿Cuáles son las dimensiones de personalidad más estudiadas y que se encuentran presentes en la gran mayoría de los modelos factoriales?:**
 1. La apertura a la experiencia y el tesón.
 2. El neuroticismo y el psicoticismo.
 3. El neuroticismo y la extraversión.
 4. La impulsividad y la pasividad.
 5. La apertura a la experiencia y la empatía.

10. **En su teoría de personalidad R.B. Cattell distingue entre factores temperamentales y motivacionales, argumentando que:**
 1. Los factores temperamentales son más estables

- que los factores motivacionales.
2. Los factores motivacionales son más consistentes que los temperamentales.
 3. Las dimensiones temperamentales son las mismas para las personas normales que para personas con alguna psicopatología.
 4. Los factores motivacionales son más predictivos que los temperamentales.
 5. Tanto los factores temperamentales como los motivacionales son unipolares.
- 11. Al comenzar el siglo XX A. Binet medía el retraso mental recurriendo a:**
1. La evaluación del tiempo de reacción.
 2. La diferencia entre la edad mental y la edad cronológica.
 3. La implantación de los métodos de regresión.
 4. Una compleja metodología estadística.
 5. El análisis de los procesos mentales simples.
- 12. Cuando decimos que las personas presentan conductas similares ante situaciones distintas estamos haciendo referencia al concepto de:**
1. Estabilidad temporal.
 2. Coherencia.
 3. Convergencia situacional.
 4. Validez.
 5. Consistencia transituacional.
- 13. Al comparar hombres y mujeres en cuanto a capacidades cognitivas podemos concluir que:**
1. Los hombres alcanzan mejores puntuaciones en los tests que miden la inteligencia general (g).
 2. Los hombres tienen mayor capacidad verbal que las mujeres.
 3. Las mujeres alcanzan mejores puntuaciones que los hombres en capacidad espacial.
 4. Los hombres muestran una clara superioridad en capacidades verbales.
 5. Las diferencias encontradas entre ambos grupos son mucho más pequeñas que las halladas intragrupo.
- 14. La inteligencia y la personalidad dejan de ser constructos independientes cuando tomamos como referencia la medida de:**
1. Inteligencia fluida.
 2. Velocidad perceptiva.
 3. Percepción visual.
 4. Rendimiento máximo.
 5. Rendimiento típico.
- 15. Los resultados de las investigaciones realizadas en "genética de la conducta" indican que:**
1. Los rasgos de personalidad dependen de la herencia en torno a un 80%.
 2. La influencia de la herencia es más patente para las habilidades cognitivas que para las variables de personalidad.
3. La aportación de la herencia a las variables cognitivas no supera el 20%.
 4. No es factible estimar la influencia de la herencia y del ambiente en las variables de personalidad.
 5. Las cadenas de ADN tienen una longitud superior en las personas más inteligentes.
- 16. El enfoque clásico en el estudio de las diferencias individuales se caracteriza por:**
1. La utilización de una metodología experimental.
 2. Su claro potencial explicativo.
 3. La falta de vinculación en áreas aplicadas de la psicología.
 4. Analizar las relaciones funcionales entre estímulos y respuestas.
 5. Enmarcarse en una perspectiva internalista.
- 17. Los resultados de estudios que relacionan la personalidad y la salud indican que:**
1. La hostilidad es un predictor fiable de la hiperreactividad cardiovascular ante el estrés.
 2. El locus de control interno genera un fuerte estrés que suele empeorar el curso de las enfermedades.
 3. La personalidad resistente (hardiness) dificulta la adherencia al tratamiento médico.
 4. La personalidad Tipo-C es un predictor de las enfermedades cardiovasculares.
 5. La personalidad Tipo-A es un predictor del desarrollo de diversos tipos de cáncer.
- 18. Según afirma J. Gray en su teoría de la personalidad, la ansiedad depende de:**
1. El Sistema de Inhibición Conductual.
 2. El Sistema de Activación Conductual.
 3. Los recursos primarios de afrontamiento.
 4. El nivel de activación en el córtex frontal.
 5. El estilo cognitivo, siendo más ansiosas las personas holísticas que las analíticas.
- 19. Una disminución de la motivación para un segundo intento, tras el fracaso en la ejecución de una tarea en primera instancia, vendrá determinado por:**
1. Factores específicos del contexto.
 2. Una situación inestable.
 3. Una explicación externa.
 4. Una atribución específica debida a problemas coyunturales.
 5. Una percepción baja de su habilidad particular en su desempeño.
- 20. La mayoría de las definiciones que sobre personalidad aportan los expertos coinciden en señalar que dicho constructo:**

1. Abarca tanto la conducta manifiesta como la experiencia privada.
 2. Implica connotaciones de valor sobre la persona caracterizada.
 3. Excluye los elementos cognitivos que influyen en la determinación de la conducta.
 4. Nos permite predecir la conducta a través de cuatro rasgos estructurales.
 5. Está basado en características genéticas impermeables al cambio.
- 21. ¿A partir de qué edad cronológica debe diagnosticarse la encopresis primaria?:**
1. Dos años.
 2. Tres años.
 3. Cuatro años.
 4. Cinco años.
 5. Seis años.
- 22. ¿Cuál de las siguientes alteraciones es más efectiva para diferenciar el autismo infantil del síndrome de Asperger?:**
1. La edad de inicio del trastorno y el sexo del sujeto.
 2. Las alteraciones en el desarrollo motor y psicomotor.
 3. Las alteraciones en el desarrollo del lenguaje.
 4. Las alteraciones en el desarrollo de la afectividad.
 5. Las alteraciones en el desarrollo social.
- 23. ¿Qué postula la hipótesis propuesta por Leslie y Frith (1989) en relación con el autismo infantil?:**
1. Que existe una disfunción cerebral en el hemisferio izquierdo de los niños autistas.
 2. Que las dificultades comunicativas tienen su origen en un déficit afectivo primario que se halla muy relacionado con un déficit cognitivo.
 3. Que la alteración cognitiva se debe a la existencia de un déficit en la regulación de la activación.
 4. Que los problemas sociales del niño autista se deben a una alteración cognitiva denominada *carencia de capacidad metarrepresentacional* que impide el desarrollo del juego simulado.
 5. Que existe una alteración en el proceso de vinculación afectiva en las primeras fases del desarrollo.
- 24. Según la clasificación del retraso mental en función de la gravedad propuesta por los sistemas CIE-10 y DSM-IV-TR, ¿qué grado de retraso mental tiene una persona que obtiene un Cociente intelectual (CI) de 33?:**
1. Límite.
 2. Ligero.
 3. Medio.
 4. Grave.
 5. Profundo.
- 25. ¿Cuáles son los factores sobre la etiología del retraso mental que propone la Sociedad Americana para el estudio del Retraso Mental (AAMR, en inglés)?:**
1. Médicos, sociales, aptitudinales y educativos.
 2. Médicos, sociales, actitudinales y educativos.
 3. Biomédicos, sociales, comportamentales y educativos.
 4. Biomédicos, sociales, aptitudinales y preventivos.
 5. Biomédicos, aptitudinales, comportamentales y educativos.
- 26. ¿A partir de qué edad cronológica debe diagnosticarse la enuresis primaria?:**
1. Dos años.
 2. Tres años.
 3. Cuatro años.
 4. Cinco años.
 5. Seis años.
- 27. ¿Qué tipo de dislexia evolutiva se caracteriza por presentar en la lectura confusión de letras, palabras o números de grafía similar y escritura en espejo?:**
1. Perceptivo-visual.
 2. Auditivo-lingüística.
 3. Disfonética.
 4. Fonológica.
 5. Profunda.
- 28. ¿En qué trastorno infantojuvenil, para establecer el diagnóstico según criterios DSM-IV, los síntomas deben darse en 2 o más ambientes?:**
1. Esquizofrenia.
 2. Fobia social.
 3. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.
 4. Trastorno negativista.
 5. Trastorno autista.
- 29. ¿Qué es cierto en relación con el Síndrome de Asperger?:**
1. Hay retraso clínicamente significativo del desarrollo cognitivo.
 2. Hay retraso clínicamente significativo de las habilidades de autoayuda propias de la edad.
 3. Hay retraso clínicamente significativo del desarrollo motor y psicomotor.
 4. Hay retraso clínicamente significativo del desarrollo del lenguaje.
 5. Hay retraso clínicamente significativo del desarrollo social.

30. **¿Cuál se considera un trastorno del comportamiento perturbador?:**
1. El trastorno explosivo intermitente.
 2. El trastorno de la personalidad sádica.
 3. El trastorno de la personalidad disocial.
 4. El trastorno negativista desafiante.
 5. El trastorno de personalidad psicópata.
31. **Los miedos son fenómenos comunes en los niños y adolescentes. Indique cuál de los siguientes miedos tienen su origen durante la niñez (entre 1 y 2 años y medio):**
1. Miedo a las alturas.
 2. Miedo a la separación.
 3. Miedo a pequeños animales.
 4. Miedo a monstruos o fantasmas.
 5. Miedo a la muerte.
32. **Las situaciones que son temidas por un mayor porcentaje de niños/adolescentes con fobia social son las relacionadas con:**
1. Situaciones de relaciones informales (fiestas, etc.).
 2. Hablar en público.
 3. Usar los aseos públicos.
 4. Interaccionar con compañeros.
 5. Escribir en público.
33. **La principal variable que incrementa el temor a las sensaciones corporales y al ataque de pánico en niños y adolescentes es el/la:**
1. Inhibición conductual.
 2. Rasgo de ansiedad.
 3. Percepción autónoma.
 4. Sensibilidad a la ansiedad.
 5. Ansiedad de separación.
34. **La hipótesis que ha explicado más convincentemente el hecho de que los padres con depresión suelen favorecer el desarrollo de depresión de sus hijos se basa en la existencia de:**
1. Exceso de atención al comportamiento del hijo.
 2. Apego inseguro entre el hijo y el progenitor.
 3. Padres muy tolerantes con los comportamientos problemáticos del hijo.
 4. Pertenecer a una clase social alta.
 5. Ausencia de depresión postparto de la madre.
35. **Un niño o adolescente con un diagnóstico de trastorno depresivo mayor suele poseer:**
1. Alto afecto positivo.
 2. Bajo afecto negativo.
 3. Hiperactivación fisiológica.
 4. Baja inhibición conductual.
 5. Bajo afecto positivo.
36. **Una persona que tiene dificultades para distinguir lo esencial de lo accesorio y su discurso se caracteriza por una sobreabundancia de datos innecesarios, detalles tediosos y excesivos entreparéntesis, ¿a qué trastorno nos orienta?:**
1. Pensamiento perseverante.
 2. Bloqueo del pensamiento.
 3. Pobreza del pensamiento.
 4. Pensamiento ilógico.
 5. Pensamiento prolijo o circunstancialidad.
37. **Un niño de 5 años de edad sin problemas de lenguaje anteriores, como consecuencia de una lesión cerebral, comienza a presentar graves dificultades en cuanto a la expresión y comprensión del habla. ¿Hacia qué trastorno de los que siguen nos orientaría?:**
1. Disfasia evolutiva.
 2. Dislexia.
 3. Disfasia infantil adquirida.
 4. Logoclonia.
 5. Trastorno específico del lenguaje (TEL).
38. **¿Cuál de estas características o ejemplos NO se corresponde con las ideas delirantes de referencia?:**
1. Suelen ser de naturaleza negativa o peyorativa, aunque también pueden ser de grandiosidad.
 2. Un paciente cree que los programas de televisión están dirigidos especialmente a él.
 3. Una paciente cree que un actor americano muy conocido está locamente enamorado de ella.
 4. Una paciente observa cómo dos vecinas hablan en la calle e, inmediatamente, está convencida de que la están criticando.
 5. Las ideas delirantes de referencia pueden articularse en una temática persecutoria.
39. **¿En qué trastorno la persona se desplaza inesperadamente a algún lugar lejano (de su hogar o su lugar de trabajo) con confusión sobre su identidad personal o incluso, en algunos casos, con asunción de una nueva identidad?:**
1. En la amnesia disociativa.
 2. En la despersonalización.
 3. En la desrealización.
 4. En la fuga disociativa.
 5. En la desorientación.
40. **Un adolescente indica que se siente como si fuera un autómata, como si estuviera viviendo un sueño o en una película. Aunque está muy preocupado por si “se estuviera volviendo loco”, mantiene intacto su contacto con la realidad. ¿A qué diagnóstico nos orienta?:**
1. Trastorno de identidad disociativo.
 2. Trastorno de despersonalización.
 3. Trastorno facticio.

4. Trastorno psicótico.
 5. Trastorno por ansiedad generalizada.
41. **¿En qué trastorno fonológico se producen frecuentes sustituciones, omisiones, inserciones o distorsiones de fonemas?:**
1. En la disfasia evolutiva.
 2. En logoclonia.
 3. En la palilalia.
 4. En la ecolalia.
 5. En la dislalia.
42. **¿En qué trastorno del lenguaje se producen durante el discurso pequeños espasmos o contracciones musculares que provocan la repetición de uno o varios fonemas o sílabas al comienzo o en el curso de la frase?:**
1. En la parafasia fonémica.
 2. En la dislalia.
 3. En la disartria.
 4. En la disfemia o tartamudez clónica.
 5. En la disfasia evolutiva.
43. **¿En qué trastorno se observa una gran facilidad para desviarse del curso central del pensar por la influencia de estímulos externos (según la clasificación de Andreasen)?:**
1. En la ecolalia.
 2. En el habla afectada.
 3. En el habla distraída.
 4. En la pobreza del habla.
 5. En la presión del habla.
44. **¿Cuál de estas afirmaciones NO se corresponde con el pensamiento disgregado (o esquizoafásico)?:**
1. Se produce en un estado de conciencia lúcida.
 2. Aparece en algunos pacientes con esquizofrenia.
 3. Se observa en un estado de conciencia obnubilada u onírica (delirium).
 4. Hay una pérdida de la idea directriz del discurso.
 5. El resultado es un lenguaje construido por frases correctas, pero sin comprensibilidad global del discurso (ininteligible).
45. **¿Qué ideas son experimentadas por quienes las padecen como una intrusión en su conciencia y, por tanto, como algo no deseado ni voluntario?:**
1. Las ideas delirantes.
 2. Las ideas obsesivas.
 3. Las ideas sobrevaloradas.
 4. Los delirios secundarios.
 5. Las supersticiones.
46. **Cuando un paciente nos informa de que se está viendo a sí mismo en el espacio exterior, de frente e inmóvil, decimos que sufre:**
1. Alucinación funcional.
 2. Distorsión perceptiva del tamaño.
 3. Alucinación refleja.
 4. Distorsión de la integración de los estímulos.
 5. Autoscopia.
47. **La falta de respuesta emocional ante una aparente condición somática que suele acompañar al síndrome de conversión se denomina:**
1. Somatización.
 2. Delirio de pasividad.
 3. Bella indiferencia (*belle indifference*).
 4. Confusión en los límites del yo.
 5. Falta de la atribución personal.
48. **La alteración que se caracteriza por la incapacidad para identificar los sentimientos y para expresar, comunicar o describir los sentimientos se denomina:**
1. Ambivalencia afectiva.
 2. Incontinencia afectiva.
 3. Rigidez afectiva.
 4. Disforia.
 5. Alexitimia.
49. **La alteración reversible de la memoria que impide al sujeto recordar experiencias o acontecimientos, predominantemente e tipo autobiográfico y que suele aparecer tras acontecimientos traumáticos o situaciones muy estresantes se denomina:**
1. Amnesia psicógena.
 2. Síndrome amnésico.
 3. Hipermnesia.
 4. Delirium
 5. Amnesia anterógrada.
50. **La alteración en la que el paciente en su discurso proporciona información excesiva, redundante y en su mayoría tiene poco que ver con la pregunta realizada, apareciendo una pérdida de la capacidad de dirigir el pensamiento hacia un objetivo, incorporando detalles excesivos e irrelevantes, aunque sí llega a alcanzar la idea final, se denomina:**
1. Fuga de ideas.
 2. Pensamiento circunstancial.
 3. Idea obsesiva.
 4. Incoherencia.
 5. Delirio
51. **Cuando un paciente nos informa de que percibe la sensación de que bajo la piel le corren gusanos experimenta una:**
1. Alucinación hipnopómpica
 2. Alucinación háptica.

3. Idea obsesiva.
 4. Alucinación visual.
 5. Autometamorfopsia.
- 52. La alteración de la atención que puede explicarse porque la persona presenta una gran concentración sobre alguna cuestión concreta, lo que a su vez le lleva a “desatender” al resto de los estímulos, excepto aquéllos muy mecánicos o habituales, se denomina:**
1. Hipervigilancia.
 2. Distraibilidad.
 3. Afinar en.
 4. Ausencia mental.
 5. Confusión.
- 53. Cuando un paciente parece incapaz de establecer los nexos que habitualmente existen entre dos o más percepciones procedentes de modalidades sensoriales distintas (por ejemplo, experimentar que existe un conflicto entre lo que ve y lo que oye cuando alguien le está hablando, como si vinieran de fuentes de estimulación distintas), estamos ante:**
1. Una distorsión en la integración perceptiva.
 2. Una despersonalización.
 3. Una distorsión en la percepción de la cualidad de los estímulos.
 4. Una ilusión.
 5. Una anomalía hipnagógica.
- 54. Cuando el habla de una persona se vuelve ininteligible, ignorando las leyes de la sintaxis y/o presentado perturbaciones a nivel semántico, lo que resulta en una desconexión entre las palabras decimos que padece una alteración denominada:**
1. Tangencialidad.
 2. Descarrilamiento o fuga de ideas.
 3. Circunstancialidad.
 4. Presión del habla.
 5. Incoherencia.
- 55. Desde la perspectiva cognitiva, el estrechamiento de la atención denominado visión de túnel es una alteración:**
1. De la atención como selección.
 2. De la atención como conciencia.
 3. De la atención como concentración.
 4. De la atención como vigilancia.
 5. De la atención como activación.
- 56. Según Custer (1984), ¿cuáles son las fases que atraviesa una persona hasta convertirse en jugador patológico?:**
1. Fase de ganancia, fase de pérdida y fase de desesperación.
 2. Fase de disposición biológica, fase de refuerzos positivos y fase de quiebra.
- 57. ¿Cuál de los siguientes trastornos mentales inducidos por el abuso y dependencia del alcohol se considera un proceso agudo?:**
3. Fase de aumento de activación, fase de insatisfacción y fase de pérdida de control.
 4. Fase de estrés, fase de mejora emocional y fase de hundimiento.
 5. Fase de descontrol, fase de pensamientos distorsionados y fase de cese.
1. Encefalopatía de Wernicke.
 2. Síndrome de Korsakoff.
 3. Demencia alcohólica.
 4. Disfunción sexual.
 5. Delirium tremens.
- 58. Según el DSM-IV-TR, un estado de ánimo disfórico acompañado de cambios fisiológicos como fatiga, sueños vívidos y desagradables, insomnio o hipersomnia, aumento del apetito y retraso o agitación psicomotores, son propios de un síndrome de abstinencia a:**
1. Cannabis.
 2. Alcohol.
 3. Cocaína.
 4. Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.
 5. Opiáceos.
- 59. En los trastornos somatomorfos, señale la alternativa correcta:**
1. El desencadenante psicológico es de naturaleza traumática e inaccesible al recuerdo consciente.
 2. Los síntomas físicos están bajo el control voluntario del sujeto que necesita asumir el papel de enfermo.
 3. Los síntomas físicos no pueden ser completamente explicados por la presencia de una enfermedad.
 4. La presencia de síntomas disociativos es un requisito necesario para su diagnóstico clínico.
 5. Los sujetos fingen sus síntomas físicos con el objetivo de obtener un incentivo externo o ganancia secundaria.
- 60. Un patrón general de distanciamiento de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional en el plano interpersonal, que comienza al principio de la vida adulta, caracteriza a las personas que presentan:**
1. Trastorno de personalidad de evitación.
 2. Trastorno de personalidad narcisista.
 3. Trastorno paranoide de la personalidad.
 4. Trastorno antisocial de la personalidad.
 5. Trastorno esquizoide de la personalidad.
- 61. El Trastorno de Despersonalización (señale la alternativa INCORRECTA):**

1. Se caracteriza por experiencias persistentes y recurrentes de distanciamiento o de ser un observador externo de los propios procesos mentales o del propio cuerpo.
 2. Se acompaña de amnesia para los hechos recientes.
 3. Suele incluir experiencias de desrealización.
 4. Durante el episodio de despersonalización el sujeto mantiene intacto el sentido de la realidad.
 5. Provoca malestar clínicamente significativo o deterioro en algún área importante del funcionamiento del sujeto.
- 62. ¿Cuál de los siguientes cuadros clínicos se caracteriza por la presencia de síntomas o disfunciones no explicadas de las funciones motoras voluntarias o sensoriales, que sugieren un trastorno neurológico o médico?:**
1. La hipocondría.
 2. El trastorno de conversión.
 3. El trastorno dismórfico corporal.
 4. El trastorno somatomorfo indiferenciado.
 5. El trastorno facticio.
- 63. Tanto el trastorno de personalidad de evitación como el trastorno de personalidad de dependencia se caracterizan por:**
1. La presencia de sentimientos de inferioridad e inadecuación personal así como hipersensibilidad a las críticas.
 2. Un patrón de expresividad emocional superficial y rápidamente cambiante.
 3. Un patrón de relaciones interpersonales intensas e inestables.
 4. Un patrón de distanciamiento social debido a sentimientos de suspicacia y desconfianza.
 5. Un patrón de hiperactivación suprarrenal.
- 64. Las personas que presentan un trastorno límite de la personalidad se caracterizan por (señale la alternativa INCORRECTA):**
1. Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales.
 2. Dificultades para expresar el desacuerdo con los demás y excesiva sumisión por el temor al abandono.
 3. Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo.
 4. Sentimientos de vacío crónico.
 5. Impulsividad que es potencialmente dañina para sí mismo.
- 65. Un elevado porcentaje de pacientes oncológicos en la fase libre de enfermedad presentan:**
1. Trastornos fóbicos.
 2. Trastorno de la personalidad.
 3. Depresión.
 4. Episodios de euforia.
 5. Abuso de sustancias tóxicas.
- 66. ¿Qué tipo de biofeedback es el que ha mostrado una mayor efectividad para el tratamiento de la migraña?:**
1. Electromiográfico.
 2. Electroquinésico.
 3. De temperatura.
 4. Del pulso.
 5. De la respiración.
- 67. Las personas que padecen fobia a la sangre, a diferencia de otras fobias, se caracterizan por:**
1. No presentar conductas de evitación.
 2. Mostrar un patrón fisiológico diferente al resto de las fobias.
 3. Mostrar una ansiedad anticipatoria más elevada.
 4. Mostrar patrones comportamentales apetitivos hacia el estímulo fóbico.
 5. Mostrar ansiedad “*post-mortem*” tras la exposición.
- 68. Según Barlow (1988), es necesario diferenciar entre el miedo y la ansiedad o “aprensión ansiosa”, ya que la aprensión ansiosa consiste en:**
1. Una alarma primitiva en respuesta a un peligro presente, caracterizada por elevada activación y afecto negativo.
 2. Una combinación difusa de emociones orientada hacia el futuro.
 3. Un estado emocional ante un estímulo externo claramente reconocible.
 4. Una reacción exagerada y desproporcionada de temor ante un estímulo interoceptivo intenso.
 5. Una reacción exagerada de temor que está bajo el control voluntario del sujeto.
- 69.Cuál de las siguientes situaciones NO es una situación típica agorafóbica:**
1. Viajar en tren.
 2. Hacer cola en un supermercado.
 3. Estar sentado en la silla del dentista.
 4. Estar en un puente.
 5. Ver sangre e inyecciones.
- 70. Según el DSM-IV, para diagnosticar un trastorno de pánico es necesario, entre otros criterios:**
1. Que ocurran frecuentes y recurrentes ataques de pánico limitados situacionalmente.
 2. Que ocurra al menos un ataque de pánico predispuerto situacionalmente al mes.
 3. Que ocurran ataques de pánico inesperados y recurrentes.
 4. Que ocurran varios ataques de pánico en un

- mes.
5. Que durante al menos un mes no ocurran ataques de pánico.
- 71. Según el DSM-IV para diagnosticar un trastorno de ansiedad generalizada, los síntomas deben prolongarse al menos durante:**
1. 2 semanas.
 2. 1 mes.
 3. 6 semanas.
 4. 3 meses.
 5. 6 meses.
- 72. De acuerdo con el DSM-IV, la fobia social generalizada se caracteriza por:**
1. La persona presenta temores en la mayoría de las situaciones sociales.
 2. La persona presenta temores que persisten una vez ha finalizado la situación social.
 3. La persona generaliza sus temores a todas las situaciones de su vida.
 4. La persona presenta temores desde la infancia y adolescencia.
 5. La persona presenta temores ante la interacción con cualquier otra persona.
- 73. Una de las principales innovaciones que introdujo el DSM-III (APA, 1980) frente a los sistemas anteriores de diagnóstico, con respecto a la categoría de los Trastornos de Ansiedad, fue:**
1. La desaparición del término de “neurosis” como concepto aglutinador y criterio rector de la clasificación de estos trastornos.
 2. La organización de los trastornos en dos grandes subgrupos: fobias *versus* ansiedad general.
 3. La inclusión de cuatro nuevos trastornos, entre los que se encuentra el trastorno mixto ansiedad-depresión.
 4. La inclusión de supuestos etiológicos específicos para cada trastorno de ansiedad.
 5. La inclusión del trastorno de hipocondría dentro de esta categoría.
- 74. Según la teoría de la preparación relativa a las fobias, formulada por Seligman, las fobias se caracterizan por:**
1. Asociarse a un determinado rango de estímulos (estímulos no arbitrarios).
 2. Ser de fácil adquisición cuando aparecen tras un condicionamiento tipo A.
 3. Estar limitadas a un determinado rango de estímulos.
 4. Ser de fácil extinción y de difícil adquisición.
 5. Originarse tras un acontecimiento traumático.
- 75. El trastorno de estrés post-traumático:**
1. Suele ser más grave y duradero si el suceso es natural o accidental.
 2. No suelen estar presentes conductas de evitación, como en otros trastornos de ansiedad.
 3. Incluye síntomas disociativos que dificultan la expresión emocional del suceso traumático.
 4. A diferencia de los otros trastornos de ansiedad, no presenta comorbilidad con otros trastornos de ansiedad.
 5. Se considera una reacción adaptativa ante el suceso experimentado.
- 76. ¿Cuál de estas características es común a la ansiedad y a la depresión?:**
1. Bajo afecto positivo.
 2. Incertidumbre.
 3. Desesperanza.
 4. Hiperactivación fisiológica.
 5. Alto afecto negativo.
- 77. Los estudios epidemiológicos sobre los trastornos de ansiedad, en general muestran que (señale la alternativa INCORRECTA):**
1. El trastorno de ansiedad más frecuente es la agorafobia.
 2. Los trastornos de ansiedad son los más frecuentes en los contextos clínicos.
 3. Los hombres tienden a padecer con más frecuencia estos problemas que las mujeres.
 4. Suelen aparecer en edades muy tempranas del desarrollo.
 5. Suelen tener un curso agudo.
- 78. De acuerdo con el modelo de Mowrer (modelo bifactorial mediacional) hay dos fases en la adquisición de las respuestas de miedo:**
1. En la primera fase se da la evitación pasiva y en la segunda la anticipación activa.
 2. En la primera la conducta de miedo se refuerza negativamente y en la segunda se refuerza positivamente.
 3. La primera sigue el patrón típico del condicionamiento operante, y la segunda el del condicionamiento instrumental.
 4. La primera sigue el patrón típico del condicionamiento clásico, y la segunda el del condicionamiento instrumental.
 5. En la primera fase se da la evitación activa y en la segunda la respuesta condicionada de miedo.
- 79. Según la teoría de la incubación de la ansiedad de H. Eysenck:**
1. La ansiedad se adquiere, se incuba y se mantiene de acuerdo con los principios del condicionamiento pavloviano tipo A.
 2. Para que se genere ansiedad debe darse una respuesta condicionada débil y una exposición larga del estímulo condicionado.
 3. La mera presentación del estímulo condicionado puede producir incremento de la respues-

ta condicionada (incubación), en lugar de extinción.

4. La ansiedad se va incubando a lo largo del proceso filogenético de la especie.
5. Para que se produzca extinción de la respuesta de ansiedad, la respuesta condicionada debe ser suficientemente fuerte y el estímulo condicionado debe ser corto.

80. Según el DSM-IV, para diagnosticar trastorno de estrés post-traumático de inicio demorado, entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han debido pasar por lo menos:

1. 1 semana.
2. 2 semanas.
3. 3 semanas.
4. 1 mes.
5. 6 meses.

81. Una de las diferencias entre las obsesiones y compulsiones en un trastorno obsesivo-compulsivo y otros síntomas que pueden estar presentes en las psicosis es:

1. Las ideas del psicótico son claramente absurdas y carentes de sentido, mientras que esto no ocurre en las ideas del obsesivo.
2. En el obsesivo está ausente la intencionalidad exterior (autorreferencia), mientras que ésta suele estar presente en las ideas psicóticas.
3. Los obsesivos mantienen siempre la conciencia de enfermedad, algo ausente en los psicóticos.
4. El obsesivo se tiende a identificar con sus ideas, mientras que el psicótico suele luchar contra ellas.
5. Las ideas obsesivas producen malestar en la persona, mientras que las psicóticas no.

82. Los trastornos bipolares:

1. Son más frecuentes que los trastornos depresivos.
2. Tiene una influencia genética menor que los trastornos depresivos.
3. Tienen más episodios de manía a lo largo de la vida que los trastornos depresivos.
4. Están asociados a un menor riesgo de suicidio que los trastornos depresivos.
5. Tienen más problemas cardíacos que los trastornos depresivos.

83. Una persona diagnosticada de un trastorno bipolar I:

1. Ha sufrido al menos un episodio hipomaniaco en su vida.
2. Ha sufrido al menos dos episodios maníacos en su vida.
3. Tiene peor pronóstico que una persona con un trastorno bipolar II.
4. No puede tener un episodio maníaco en el

momento en que el profesional le diagnostica.

5. No puede tener un episodio depresivo en el momento en que el profesional le diagnostica.

84. La teoría de los estilos de respuesta y la investigación posterior ha demostrado que el pensamiento rumiativo:

1. Reduce la capacidad para resolver los problemas.
2. Reduce la frecuencia de pensamientos positivos.
3. Es la causa de que aparezca el estado de ánimo negativo inicial.
4. Tiende a reducir la cantidad de endorfinas en el cerebro.
5. Tiende a generar mayor agresividad hacia los propios padres.

85. La teoría de la desesperanza se diferencia de la teoría cognitiva de la depresión de Beck en que:

1. La teoría de Beck no es un modelo de diátesis-estrés.
2. La teoría de Beck se centra sobre todo en los procesos atribucionales.
3. La teoría de la desesperanza no presupone que los pacientes distorsionen cognitivamente.
4. La teoría de la desesperanza intenta explicar cualquier tipo de depresión.
5. La teoría de Beck especifica cuándo una persona generará síntomas de baja autoestima.

86. Dentro de los errores cognitivos descritos por Beck, la personalización se refiere a la:

1. Tendencia a atribuirse los éxitos de las personas cercanas de forma inapropiada.
2. Tendencia a atribuirse que algo negativo le sucederá a la propia persona.
3. Tendencia a atribuirse sucesos externos sin base firme para realizar esta conexión.
4. Tendencia a atribuirse los fracasos propios de una forma catastrofista.
5. Tendencia a atribuirse los rasgos negativos de los otros de una forma sobregeneralizada.

87. Para poder diagnosticar un trastorno depresivo mayor debemos excluir previamente que en ese momento el paciente:

1. No presente un trastorno de ansiedad generalizada.
2. No presente un trastorno de personalidad.
3. No presente adicionalmente otro trastorno del estado de ánimo.
4. No presente un trastorno esquizoafectivo.
5. No presente un trastorno por abuso de medicamentos.

88. Según la teoría de Beck, los esquemas disfuncionales depresógenos se diferencian de los esquemas de las personas "normales" (sin vulne-

rabilidad a la depresión):

1. En relación al contenido.
 2. En relación a su estructura.
 3. En relación a su latencia.
 4. En relación a su contenido y su estructura.
 5. En relación a su contenido, estructura y latencia.
- 89. Un paciente es diagnosticado de trastorno depresivo mayor, y no ha mejorado desde hace 3 años, presentando los mismos síntomas. El diagnóstico correcto en este momento es:**
1. Trastorno depresivo mayor, episodio único.
 2. Trastorno depresivo mayor, episodio único crónico.
 3. Trastorno depresivo mayor, episodio único recurrente.
 4. Trastorno depresivo mayor, episodio único y distimia.
 5. Trastorno depresivo mayor, episodio único crónico y distimia.
- 90. Según la teoría conductual de la depresión de Lewinsohn, uno de los factores que favorece que aparezca la depresión es:**
1. La presencia de repertorios de observación limitados.
 2. La existencia de programas de refuerzo de gran coste.
 3. Una baja autoestima ya que hace que la persona tenga comportamientos auto-saboteadores.
 4. Una baja autoeficacia ya que hace que la persona no genere conductas nuevas.
 5. Un ambiente que no proporciona el reforzamiento suficiente.
- 91. En los trastornos depresivos, la clasificación que diferencia a las depresiones como “endógenas” y “exógenas”:**
1. Permite derivar a los pacientes al profesional adecuado.
 2. Tiene problemas importantes de fiabilidad.
 3. Nos da información sobre las causas etiológicas de la depresión.
 4. Es útil sólo en casos de trastorno bipolar.
 5. Aparece en el DSM-II y se mantiene en el DSM-IV.
- 92. El trastorno Esquizofreniforme (según criterios DSM-IV-TR) se caracteriza por una presentación sintomática equivalente a la Esquizofrenia excepto por la duración que debe:**
1. Durar al menos un mes, pero menos de 6 meses.
 2. Durar menos de un mes.
 3. Durar más de 6 meses.
 4. Durar al menos un año.
 5. Durar menos de un mes.
- 93. ¿Qué delirio implica que la persona cree que alguien que conoce ha sido reemplazado por un doble?:**
1. Síndrome de Fregoli.
 2. Síndrome de Cotard.
 3. Síndrome de Capgras.
 4. Delirios metacognitivos.
 5. Síndrome de Crow.
- 94. ¿Qué subtipo de esquizofrenia, anteriormente denominado hebefrénico, se caracteriza por problemas marcados en el habla y en el comportamiento?:**
1. Esquizofrenia paranoide.
 2. Esquizofrenia desorganizada.
 3. Esquizofrenia catatónica.
 4. Esquizofrenia indiferenciada.
 5. Esquizofrenia residual.
- 95. ¿En qué consisten las alucinaciones auditivas más características y frecuentes en la esquizofrenia?:**
1. Ruidos variados.
 2. Música.
 3. Ruido blanco.
 4. Voces que hablan al paciente.
 5. Voces que hablan entre sí.
- 96. Una chica de peso normal que presenta atracones esporádicos (con un promedio de una vez al mes) y que tras ellos se provoca el vómito nos orienta hacia un diagnóstico de:**
1. Bulimia nerviosa purgativa.
 2. Trastorno por atracón.
 3. Trastorno de la conducta alimentaria no especificado.
 4. Anorexia nerviosa compulsiva.
 5. No presenta ningún trastorno.
- 97. Un atracón en una persona con bulimia nerviosa, según el DSM-IV, se define por:**
1. El criterio subjetivo del paciente que considera que ha comido mucho.
 2. Una gran cantidad de comida y sensación de pérdida de control.
 3. La gran cantidad de comida ingerida en contraste con la que consumirían la mayoría de las personas en el mismo periodo de tiempo y circunstancias.
 4. La excesiva ingesta de algún alimento (o alimentos) por el placer de comer.
 5. La ausencia de control en la ingestión de alimentos.
- 98. Una chica con un índice de masa corporal (IMC) muy bajo (15) que presenta amenorrea, miedo intenso a ganar peso, se percibe a sí mis-**

ma como obesa y recurre regularmente a atracones y a conductas compensatorias tales como vómitos autoinducidos y uso excesivo de diuréticos o laxantes, nos orienta a un diagnóstico de:

1. Bulimia nerviosa purgativa.
2. Anorexia nerviosa compulsiva/purgativa.
3. Trastorno por atracón.
4. Anorexia nerviosa restrictiva.
5. Tasting.

99. ¿Qué trastorno presenta una mujer que cuando intenta mantener relaciones sexuales se manifiestan de forma persistente espasmos involuntarios en la musculatura del tercio externo de su vagina interfiriendo el coito y produciéndole dolor genital?:

1. Dispareunia.
2. Vaginismo.
3. Vaginismo con diagnóstico adicional de dispareunia.
4. Aversión al sexo y sus síntomas asociados.
5. Insuficiente lubricación como consecuencia de un trastorno de la excitación sexual.

100. El nivel de testosterona que tenemos en sangre en un momento dado:

1. Está determinado por la experiencia social reciente.
2. Es independiente de nuestra conducta social.
3. Está regulado por la hipófisis posterior.
4. Depende de los niveles de AMP cíclico.
5. Está inversamente relacionado con el de corticosterona.

101. En las Escalas McCarthy de Aptitudes y Psicomotricidad para Niños (MSCA; McCarthy, 1972), la puntuación en la Escala General Cognitiva se obtiene de la suma de las puntuaciones de las escalas:

1. Verbal, Memoria y Motricidad.
2. Verbal, Perceptivo-Manipulativa y Memoria.
3. Perceptivo-Manipulativa, Numérica y Memoria.
4. Verbal, Memoria y Numérica.
5. Verbal, Perceptiva-Manipulativa y Numérica.

102. La concepción de la inteligencia como el estilo individual de procesar información o resolver problemas es característica de:

1. La Batería de Evaluación para niños de Kaufman (K-ABC).
2. La Escala de Inteligencia de Wechsler para niños revisada (WISC-R).
3. La escala de McCarthy de Aptitudes y Psicomotricidad para niños (MSCA).
4. Las Escalas Diferenciales de Eficiencia Intelectual (EDEI).
5. El Test de Matrices Progresivas de Raven.

103. Koppitz (1975) propone un sistema de valoración del Test Gestáltico Visomotriz de Bender en el que se presentan una serie de ítems para evaluar la madurez en la percepción visomotriz y una serie de indicadores emocionales para detectar a niños con problemas emocionales. ¿En qué respuesta se recoge uno de los indicadores emocionales propuestos por Koppitz para el Test de Bender?:

1. La elaboración espontánea o añadidos a las figuras.
2. La rotación de la figura.
3. La perseveración en el número de puntos o columnas.
4. La distorsión de la forma.
5. La desproporción entre las partes de una figura.

104. ¿Qué subtests de la Escala de Inteligencia de Wechsler para niños (WISC-R) componen el Factor Independencia o Resistencia a la Distracción de Kaufman (1975)?:

1. Información, dígitos y aritmética.
2. Claves, dígitos y aritmética.
3. Figuras incompletas, dígitos y aritmética.
4. Figuras incompletas, cubos y laberintos.
5. Comprensión, semejanzas y vocabulario.

105. ¿Cuál es una técnica de castigo negativo?:

1. La reprimenda.
2. La saciación.
3. La Sobrecorrección.
4. El tiempo fuera.
5. La práctica negativa.

106. ¿Qué técnica de condicionamiento encubierto utiliza imágenes mentales de estímulos aversivos como la náusea o el vómito?:

1. La sensibilización encubierta.
2. El reforzamiento negativo encubierto.
3. La extinción encubierta.
4. El modelado encubierto.
5. El coste de respuesta encubierto.

107. ¿Qué variables evalúa el Cuestionario de 90 síntomas revisado SCL-90-R (Derogatis 1983)?:

1. 10 escalas clínicas: hipocondría, depresión, histeria, desviación psicopática, masculinidad-feminidad, paranoia, psicastenia, esquizofrenia, hipomanía, introversión social.
2. 15 escalas de contenido psicopatológico: ansiedad, miedos, obsesividad, depresión, preocupaciones por salud, pensamiento extravagante, hostilidad, cinismo, conductas antisociales, comportamiento tipo A, baja autoestima, malestar social, problemas familiares, interferencia laboral, indicadores negativos de

- tratamiento.
3. 9 dimensiones psicopatológicas (somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo).
 4. 3 grupos de trastornos mentales: de ansiedad, del estado de ánimo y esquizofrenia.
 5. Depresión (gravedad, tipo y riesgo de suicidio) y un índice global de psicopatología).
- 108. ¿Qué evalúa el Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck? (EPQ-R. Eysenck y Eysenck 1985/2001):**
1. Rasgos de personalidad y psicopatológicos.
 2. Rasgos de personalidad: introversión, extraversión y sinceridad.
 3. Rasgos de personalidad: neuroticismo, psicoticismo, extraversión, y sinceridad (tendencia al disimulo-conformidad).
 4. Rasgos psicopatológicos: somatización, depresión, ideación paranoide.
 5. Rasgos de personalidad: extraversión, neuroticismo, fuerza del Yo, y tendencia al disimulo-conformidad.
- 109. ¿Cuál de las escalas clínicas o básicas que se enuncian a continuación NO se puede evaluar con el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2. MMPI-2?:**
1. Hipocondría.
 2. Depresión.
 3. Histeria.
 4. Desviación psicopática.
 5. Hostilidad.
- 110. ¿Qué subtest de la escala de Wechsler de Inteligencia para adultos WAIS-III evalúa el juicio práctico, el sentido común y la adquisición e interiorización de elementos culturales, subtest en el que las respuestas se relacionan con las experiencias de la vida cotidiana y con la capacidad de comportarse de forma adecuada y consecuente con los valores sociales?:**
1. Semejanzas.
 2. Vocabulario.
 3. Información.
 4. Comprensión.
 5. Historietas.
- 111. ¿Cómo se denomina una fuente de error que puede aparecer en los autoinformes en la que se observa una tendencia del evaluado a responder afirmativamente (sí o verdadero) a las preguntas formuladas?:**
1. Aquiescencia.
 2. Deseabilidad Social.
 3. Simulación.
 4. Reactividad.
 5. Error escalar.
- 112. ¿Qué factores de personalidad evalúa el Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO PI-R) de Costa y McCrae, 1999?:**
1. Energía, afabilidad, tesón, estabilidad emocional, apertura mental.
 2. Extraversión, ansiedad, dureza, independencia, autocontrol.
 3. Dinamismo, cooperación, perseverancia, control de emociones, neuroticismo.
 4. Neuroticismo, psicoticismo, extraversión, introversión, sinceridad.
 5. Neuroticismo, extraversión, apertura, amabilidad, responsabilidad.
- 113. ¿Cuál es el estadístico que más se utiliza para obtener una estimación de la fiabilidad mediante la consistencia interna?:**
1. La medida de la fiabilidad interevaluadores.
 2. El coeficiente alfa.
 3. El coeficiente Cattel.
 4. La correlación test-retest.
 5. El coeficiente de Kuder-Brown.
- 114. ¿Qué estrategias comunicacionales son útiles para elicitar o mantener la expresión verbal de una persona en el transcurso de la entrevista psicológica?:**
1. Utilizar la técnica de la confrontación directa.
 2. Mirar el reloj para que tenga conciencia de la importancia del tiempo.
 3. Comentarios confirmatorios y retroalimentación de la comunicación.
 4. Mantener el silencio a lo largo de la entrevista, sin mirar al paciente directamente.
 5. Emitir juicios y dar consejos.
- 115. ¿Qué tipo de técnicas de evaluación se utilizan actualmente en el modelo conductual?:**
1. Técnicas psicométricas y documentos personales.
 2. Técnicas psicométricas y técnicas subjetivas.
 3. Técnicas proyectivas, técnicas de autoobservación y pensamientos en voz alta.
 4. Técnicas de observación ambiental, psicométricas y autobiografías.
 5. Técnicas de observación de la conducta, autoinformes, y registros psicofisiológicos.
- 116. ¿Cuál es el objetivo de las pruebas de screening del desarrollo?:**
1. Obtener un diagnóstico certero de retraso.
 2. Evaluar habilidades específicas.
 3. Identificar cualquier retraso o alteración en el desarrollo.
 4. Detectar procesos cualitativos de la capacidad mental.
 5. Analizar la naturaleza de las orientaciones

sociales y objetivas hacia el entorno.

117. ¿Qué modelo ha guiado la construcción del Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI)?:

1. Modelo racional.
2. Modelo teórico.
3. Estrategia empírica.
4. Modelo analítico-factorial.
5. Estrategia sustantiva.

118. En qué consiste la concordancia consensuada en metodología observacional?:

1. Es una forma cuantitativa de conseguir la fiabilidad entre observadores.
2. Es una forma cualitativa de conseguir la fiabilidad entre observadores.
3. Se trata de lograr el acuerdo entre los observadores después del registro.
4. En obtener un coeficiente de acuerdo resuelto mediante la correlación.
5. En expresar en porcentajes el resultado sobre el acuerdo.

119. La evaluación conductual de la dependencia a las sustancias psicoactivas:

1. No es compatible con la evaluación médica y fisiológica de los pacientes.
2. Excluye la evaluación clínica de trastornos asociados a la dependencia.
3. Requiere de la identificación de trastornos asociados a la dependencia.
4. No pretende explicar objetivamente el proceso de aprendizaje del comportamiento adictivo.
5. Se basa preferentemente en los autoinformes.

120. El Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo STAI:

1. Carece de baremos para estudiantes universitarios.
2. Evalúa la frecuencia del síntoma en ambas dimensiones.
3. Ofrece una sola puntuación total que engloba a las dos dimensiones.
4. Es considerado un instrumento de amplio espectro.
5. Permite evaluar tanto una dimensión estable de la personalidad como una conducta de ansiedad en la situación actual.

121. ¿En qué consiste el error de simulación en los autoinformes?:

1. En la tendencia involuntaria a dar una imagen deseable socialmente de sí mismo.
2. En la tendencia a contestar más en función del tipo de alternativa de respuesta que del contenido.
3. En el deseo deliberado del individuo por falsear sus respuestas.

sear sus respuestas.

4. En la tendencia a contestar afirmativamente independientemente del contenido.
5. En la tendencia a responder en los extremos de las escalas independientemente del contenido.

122. ¿Qué unidades de medida se utilizan en la técnica observacional?:

1. Frecuencia, ocurrencia, duración, intensidad y adecuación.
2. Interacciones y productos de conducta.
3. La reactividad.
4. El continuo del comportamiento.
5. Las expectativas.

123. ¿A qué edad puede aplicarse la escala de color del test de Matrices Progresivas de Raven?:

1. A niños entre 5 y 11 años.
2. De 11 años en adelante.
3. Sólo se aplica a adultos.
4. Entre 10 y 18 años.
5. A niños a partir de 5 años.

124. ¿Qué tipo de técnica proyectiva es el Test de Pata Negra?:

1. Estructural.
2. Asociativa.
3. Temática.
4. Constructiva.
5. Expresiva.

125. La Técnica de la Rejilla de Kelly:

1. Permite ubicar al individuo en una dimensión o categoría.
2. Aparece en el contexto de la Teoría Mediacional.
3. Forma parte de las técnicas objetivas.
4. Evalúa dimensiones y estructura del significado personal.
5. No puede emplearse en Psicología Educativa.

126. En la metodología observacional, las previsiones y/o anticipaciones de conductas no contextualizadas y en ocasiones no percibidas conforman el sesgo de:

1. Sesgo de carácter técnico.
2. Expentancia.
3. Reactividad.
4. Se produce en la auto-observación .
5. Se da en la concordancia.

127. La escucha activa en la entrevista psicológica:

1. Tiene la ventaja de provocar en el paciente el deseo de seguir hablando de sí mismo.
2. Se manifiesta sobre todo con conductas verbales.
3. Pone tenso al paciente cuando no se llenan los

- silencios.
4. Se facilita planteando preguntas cerradas.
 5. No es compatible con la empatía.
- 128. El DSM-IV establece los siguientes subtipos para la fobia específica:**
1. Animal, personal, social, agorafobia y otros tipos.
 2. Ambiental, situacional, social y otros tipos.
 3. Animal, ambiental, sangre-inyección-daño, situacional y otros tipos.
 4. Sangre-inyección-daño, salud, social, naturaleza y otros tipos.
 5. Simple, agorafobia, social y otros tipos.
- 129. El concepto de “sensibilidad a la ansiedad” hace referencia a:**
1. Tendencia a experimentar miedo ante síntomas de ansiedad.
 2. Tendencia a experimentar incrementos de miedo ante cada exposición a la situación amenazante.
 3. Tendencia a manifestar síntomas predominantemente cognitivos de la ansiedad.
 4. Tendencia a activar estructuras de memoria ante el peligro.
 5. Tendencia a dirigir la atención selectivamente hacia información amenazante.
- 130. El “Trastorno de Ansiedad Generalizada” se caracteriza por la presencia de:**
1. Preocupación excesiva por la salud propia y de la familia.
 2. Preocupación intensa por la muerte propia o de la familia.
 3. Preocupación irracional por las consecuencias posibles de padecer una crisis de angustia.
 4. Preocupación frecuente sobre temas variados de la vida cotidiana.
 5. Preocupación desproporcionada por la posible aparición de pensamientos intrusivos, recurrentes e irracionales.
- 131. ¿Qué estrategia de autocontrol se utiliza cuando el fumador quita los ceniceros de casa?:**
1. Restricción física.
 2. Reducir o eliminar estímulos discriminativos.
 3. Fortalecer los indicios.
 4. Cambiar el medio social.
 5. Modificar las condiciones fisiológicas.
- 132. ¿Qué variación de desensibilización sistemática incluye pensamientos positivos en el procedimiento?:**
1. La desensibilización autodirigida.
 2. La desensibilización en grupo.
 3. La desensibilización por movimientos oculares
- y reprocesamiento.
4. La desensibilización en vivo.
 5. La desensibilización encubierta.
- 133. ¿Qué variación de la desensibilización sistemática se puede considerar una modalidad de modelado participante?:**
1. La desensibilización automatizada.
 2. La desensibilización por contacto.
 3. La desensibilización virtual.
 4. La desensibilización enriquecida.
 5. La desensibilización de autocontrol.
- 134. ¿Qué fase de la economía de fichas tiene como objetivo convertir la ficha en un reforzador generalizado?:**
1. La fase de aplicación contingente.
 2. La fase de muestreo.
 3. La fase de establecimiento del programa.
 4. La fase de desvanecimiento.
 5. La fase de selección de los reforzadores de apoyo.
- 135. ¿En qué se centran los ejercicios del ciclo superior del entrenamiento autógeno?:**
1. En las sensaciones de pesadez y de calor.
 2. En la regulación cardíaca.
 3. En el control de la respiración.
 4. En la relajación muscular.
 5. En el control de las funciones mentales.
- 136. ¿Qué procedimiento concreto del entrenamiento en habilidades sociales consiste en decir una frase positiva antes y después de una frase negativa?:**
1. El disco rayado.
 2. La aserción negativa.
 3. El recorte.
 4. La inversión.
 5. La técnica del sándwich.
- 137. ¿Qué respuesta inhibitoria de la ansiedad utiliza la técnica de escenificaciones emotivas?:**
1. La relajación muscular.
 2. La comida.
 3. La ira inducida.
 4. Los movimientos oculares.
 5. Las emociones positivas generadas por el juego.
- 138. ¿Qué procedimiento conviene aplicar con la extinción?:**
1. El reforzamiento positivo.
 2. El aprendizaje de escape.
 3. El aprendizaje de evitación.
 4. El castigo positivo.
 5. El castigo negativo.

139. **¿Qué proceso mejora preferentemente el modelado múltiple?:**
1. La atención.
 2. La retención.
 3. La reproducción motora.
 4. La motivación.
 5. La generalización.
140. **¿Cuál es el efecto del modelado en el tratamiento de las fobias específicas?:**
1. Efecto de adquisición.
 2. Efecto inhibitorio.
 3. Efecto desinhibitorio.
 4. Efecto de facilitación.
 5. Efecto de potenciación.
141. **¿Qué programas de reforzamiento son más resistentes a la extinción?:**
1. De razón fija.
 2. De intervalo fijo.
 3. De razón variable.
 4. De intervalo variable.
 5. De reforzamiento continuo.
142. **¿Qué psicofármacos se usan más para tratar el trastorno por déficit de atención con hiperactividad?:**
1. Los tranquilizantes.
 2. Los estimulantes.
 3. Los antidepresivos.
 4. Los ansiolíticos.
 5. Los antiparkinsonianos.
143. **¿En qué paso de la técnica de resolución de problemas se utiliza la tormenta de ideas?:**
1. En la orientación hacia el problema.
 2. En la definición y formulación del problema.
 3. En la generación de alternativas.
 4. En la toma de decisiones.
 5. En la puesta en práctica y verificación de los resultados.
144. **¿Cuál de estas técnicas NO es un procedimiento aversivo?:**
1. El bloqueo facial.
 2. El fumar rápido.
 3. El encubrimiento con ruido blanco.
 4. La administración de disulfiram.
 5. La técnica de la tortuga.
145. **¿Qué pretende prevenir la técnica de la tensión muscular aplicada?:**
1. El ataque de pánico.
 2. La inhibición conductual.
 3. La discinesia.
 4. El desmayo.
 5. La fibromialgia.
146. **¿Cómo se denomina la distorsión cognitiva de sacar conclusiones sin datos que las apoyen?:**
1. Abstracción selectiva.
 2. Inferencia arbitraria.
 3. Sobregeneralización.
 4. Magnificación.
 5. Personalización.
147. **¿En qué se basa la técnica del rol fijo?:**
1. En la teoría de los constructos personales de Kelly.
 2. En la terapia del reflejo condicionado de Salter.
 3. En el psicodrama de Moreno.
 4. En el análisis transaccional de Berne.
 5. En la bioenergética de Lowen.
148. **¿Qué tipo de terapia es la técnica de la silla vacía?:**
1. Terapia sistémica.
 2. Terapia psicoanalítica.
 3. Terapia gestáltica.
 4. Terapia centrada en el cliente.
 5. Terapia cognitivo-conductual.
149. **¿Qué clase de respiración es más indicada para disminuir la activación fisiológica excesiva?:**
1. La respiración clavicular.
 2. La respiración torácica.
 3. La respiración diafragmática.
 4. La respiración circular.
 5. La respiración jadeante.
150. **¿Qué modalidad de relajación progresiva consiste en aprender a tensar solo los músculos implicados en una actividad, por ejemplo tomar apuntes en clase, y mantener relajado el resto de los músculos?:**
1. Relajación diferencial.
 2. Relajación condicionada.
 3. Relajación por evocación.
 4. Relajación por conteo.
 5. Relajación por sugestión.
151. **Los tratamientos administrados en el contexto de práctica clínica y de investigación terapéutica divergen en los siguientes aspectos:**
1. Preparación pretratamiento, estructuración y planificación previa del mismo y métodos empleados.
 2. Objetivos generales del tratamiento.
 3. Escasa consideración de los factores contextuales y familiares.
 4. Edad de los niños/adolescentes tratados.

5. Preocupación profesional por las recaídas, tras el tratamiento.

152. Las intervenciones terapéuticas realizadas en infancia y adolescencia se caracterizan por:

1. Desarrollar la intervención en un único escenario.
2. Requerir la implicación activa de adultos significativos en el proceso terapéutico.
3. Unificar, al margen del trastorno diagnosticado, el protocolo terapéutico con el propósito de maximizar y mejorar los resultados de la terapia.
4. Estimar el impacto del tratamiento en los padres, a partir de la reducción de los síntomas tratados.
5. Prescindir de estrategias para evitar recaídas teniendo en cuenta el apoyo y colaboración habitual de los padres y profesores en el tratamiento.

153. En niños con trastorno de ansiedad generalizada (o trastorno de hiperansiedad), los niños mayores (≥ 12 años) tienen mayor probabilidad que los niños pequeños (< 12 años) de padecer un diagnóstico comórbido de:

1. Trastorno de ansiedad de separación.
2. Fobia simple (fobia específica).
3. Trastorno disocial.
4. Trastorno de déficit de atención.
5. Trastorno negativista desafiante.

154. El tratamiento recomendado para el autismo se desarrolla a partir del siguiente supuesto:

1. La intervención prioriza la adquisición, por parte del paciente, de habilidades motoras.
2. Los efectos no difieren aunque varíe la edad de inicio de la intervención.
3. Los procedimientos derivados de los análisis funcionales de la conducta constituyen el tratamiento de elección.
4. Los efectos logrados no dependen de la intensidad y duración de las intervenciones.
5. El tratamiento basado en terapia ocupacional combinada con intervenciones médicas y entrenamiento a padres resulta de elección en estos casos.

155. La aplicación del concepto de eficiencia terapéutica en el ámbito de los tratamientos administrados en la infancia y la adolescencia significa que:

1. Se seleccionará aquel tratamiento que logra los objetivos terapéuticos previstos generando menos intrusividad.
2. Ante varios tratamientos posibles será de elección aquel que haya resultado útil en la práctica clínica habitual.

3. En caso de varios tratamientos será de elección aquel que cuente con mayor respaldo científico para el trastorno del paciente.
4. En caso de varios tratamientos será de elección aquel que sea más beneficioso para el paciente con el menor coste posible.
5. Se seleccionará aquel tratamiento que sea beneficioso para el paciente en condiciones terapéuticas controladas y haya demostrado su utilidad en la práctica clínica.

156. El tratamiento psicológico del trastorno de déficit de atención con hiperactividad se caracteriza por:

1. Obtener resultados comparativamente superiores al tratamiento farmacológico cuando éste se administra como opción única.
2. Concluir su administración cuando disminuyen los síntomas característicos.
3. Seleccionar las técnicas terapéuticas de acuerdo con el género (masculino vs. femenino).
4. Centrar su contenido en el tratamiento de los síntomas depresivos.
5. Administrar paquetes multicomponentes que incluyen técnicas conductuales y cognitivas, de aplicación prolongada y destinadas al niño, sus padres y profesores.

157. Para poder diagnosticar un trastorno depresivo en niños y adolescentes, hay dos síntomas básicos que, necesariamente, uno de ellos debe estar presente. Estos dos síntomas son:

1. Ánimo irritable y ánimo depresivo.
2. Ánimo depresivo y fatiga.
3. Agitación psicomotriz y ánimo irritable.
4. Ideación suicida y baja autoestima.
5. Anhedonia y ánimo depresivo.

158. El tratamiento del mutismo selectivo parte de la siguiente premisa:

1. La intervención de la familia es imprescindible en todos los casos, aunque su influencia no quede definida en el mantenimiento del problema.
2. Las técnicas de manejo de contingencias resultan eficaces para incrementar el habla espontánea del menor con mutismo.
3. La terapia familiar constituye el tratamiento de elección para este trastorno.
4. Cuando el objetivo del tratamiento es restaurar el habla como respuesta a preguntas, el tratamiento no incluye procedimientos de modelado.
5. La administración de procedimientos operantes conlleva reducción de costes materiales y personales.

159. El problema comórbido más frecuente asociado al trastorno de ansiedad de separación es el/la:

1. Fobia social.
2. Depresión mayor.
3. Fobia a la oscuridad.
4. Rechazo escolar.
5. Distimia.

160. El tratamiento eficaz de la encopresis se caracteriza por:

1. Aplicación de estrategias psicológicas generales e inespecíficas.
2. Integración y aplicación combinada, mixta, de intervenciones médicas y técnicas conductuales.
3. Discrepancias entre los tratamientos médicos y psicológicos respecto a la instauración de hábitos defecatorios regulares.
4. Desarrollo de protocolos de intervención comparativamente más sistematizados y formalizados que en el caso de la enuresis.
5. Adecuación de la técnica según el tipo de encopresis diagnosticado.

161. La modalidad de tratamiento seleccionada en los trastornos de la conducta alimentaria está determinada por:

1. Gravedad del trastorno y criterios específicos manejados para cada opción o modalidad terapéutica.
2. Adquisición por parte del paciente de conciencia de enfermedad y motivación para el tratamiento.
3. Relación de confianza y colaboración establecida entre paciente y terapeuta.
4. Viabilidad y posibilidades de administrar el tratamiento en casa, ajeno al control directo del terapeuta sobre las circunstancias que pudieran influir en el trastorno diagnosticado.
5. Posibilidad de involucrar a familiares en el proceso terapéutico.

162. El tratamiento de la enuresis nocturna a través del procedimiento conocido como *entrenamiento en cama seca* se ve limitado por:

1. Criterios de éxito terapéutico manejados.
2. Empleo de la alarma que detecta el episodio de incontinencia.
3. Supervisión del profesional durante el tratamiento.
4. Escasos resultados disponibles sobre efectos terapéuticos y recaídas.
5. Demandas familiares exigidas en el procedimiento, especialmente relacionadas con el componente “despertar programado”.

163. La eficacia de los tratamientos psicológicos administrados en hiperactividad infantil depende de los siguientes factores:

1. Aplicación de un protocolo terapéutico individualizado, intensivo, sistematizado y prolon-

gado en el tiempo.

2. Tiempo transcurrido desde el diagnóstico.
3. Subtipo diagnosticado (Predominio déficit atencional, predominio hiperactivo-impulsivo, tipo combinado).
4. Edad y género de los niños tratados.
5. Carácter crónico o episódico de los síntomas característicos: hiperactividad, impulsividad y déficit de atención.

164. Los tratamientos que cuentan con apoyo empírico para tratar fobias de niños y adolescentes incluye el componente:

1. Entrenamiento en relajación muscular.
2. Exposición en imaginación a las situaciones y acontecimientos temidos.
3. Reforzamiento positivo del comportamiento de aproximación a las situaciones temidas.
4. Interacción gradual en vivo con los estímulos fóbicos.
5. Exposición en imaginación apoyada en instigación y autoinstrucciones.

165. Los programas de entrenamiento de padres que se utilizan en el tratamiento de los trastornos del comportamiento, tienen como objetivo:

1. Participar a los padres del tratamiento recomendado.
2. Controlar el estrés asociado a las alteraciones del comportamiento de su hijo y los conflictos familiares derivados.
3. Mejorar las relaciones familiares.
4. Enseñar a los padres a alterar la conducta de su hijo a través de habilidades y estrategias que fomentan conductas sociales apropiadas y disminuyen comportamientos alterados.
5. Reducir las sesiones y duración del tratamiento administrado al niño o adolescente.

166. ¿A qué se denomina la práctica programada (Mathews, Gelder y Johnston, 1981) en el tratamiento de la agorafobia?:

1. A la desensibilización sistemática en imaginación y en vivo.
2. A la inundación en compañía del terapeuta.
3. A la exposición en vivo con el apoyo de la reestructuración cognitiva.
4. A la exposición en vivo con un terapeuta.
5. A la exposición en vivo con un coterapeuta (no profesional), con el apoyo de un autorregistro y de un manual de autoayuda.

167. La medicación es especialmente útil en el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo cuando está(n) presente(s):

1. Un nivel alto de depresión.
2. Una personalidad obsesiva.
3. Obsesiones sin rituales.
4. Rituales sin obsesiones.

5. Conductas de reaseguración.
- 168. ¿En qué consiste la “reatribución de los síntomas” en el tratamiento cognitivo-conductual de la hipocondría?:**
1. En modificar las atribuciones negativas acerca del origen de las sensaciones somáticas.
 2. En mostrar la influencia que ejercen determinadas conductas que realiza el sujeto en el mantenimiento de sus preocupaciones por la salud.
 3. En registrar los estímulos que actúan como detonantes de un episodio de preocupación excesiva por la salud y atribuirlos a causas positivas.
 4. En plantear al paciente la posibilidad de considerar durante un período de tiempo limitado que sus síntomas no son señal de una enfermedad grave.
 5. En modificar el estilo somático amplificador característico de los pacientes hipocondríacos.
- 169. ¿En qué trastorno de personalidad se ha aplicado especialmente la terapia dialéctico-conductual?:**
1. Trastorno paranoide de personalidad.
 2. Trastorno límite de la personalidad.
 3. Trastorno disociativo de la personalidad.
 4. Trastorno esquizoide de la personalidad.
 5. Trastorno antisocial de la personalidad.
- 170. ¿En cuál de las siguientes fobias presenta más limitaciones y resulta más difícil de programar el tratamiento de exposición en vivo?:**
1. La claustrofobia.
 2. La agorafobia.
 3. La fobia a la oscuridad.
 4. La fobia a los animales.
 5. La fobia social.
- 171. ¿Qué cuadro clínico comórbido denota un mayor nivel de gravedad e incide negativamente en los resultados terapéuticos?:**
1. Fobia social y trastorno de personalidad de evitación.
 2. Fobia social y trastorno de ansiedad generalizada.
 3. Fobia social y fobia específica a la sangre.
 4. Fobia social y trastorno distímico.
 5. Fobia social y trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido.
- 172. En el tratamiento de la bulimia, ¿cuál de los siguientes factores NO constituye un indicador de ingreso hospitalario?:**
1. Presencia de atracones grandes y muy repetitivos.
 2. Presencia de vómitos inmediatos y muy frecuentes.
 3. Presencia de alteraciones orgánicas derivadas de las conductas purgativas (deshidratación, por ejemplo).
 4. Existencia de depresión con riesgo de suicidio.
 5. Presencia de ideas disfuncionales respecto al peso.
- 173. El programa de autoinstrucciones para el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada ha sido propuesto y desarrollado por:**
1. Foa.
 2. Wolpe.
 3. Beck.
 4. Meichenbaum.
 5. Ladouceur.
- 174. ¿Cuál es el fármaco más adecuado para el tratamiento de mantenimiento del trastorno bipolar?:**
1. El bupropion.
 2. Los antidepresivos IMAO.
 3. El litio.
 4. Los neurolepticos en dosis bajas.
 5. Las benzodiacepinas de vida media larga en dosis altas.
- 175. ¿Cuál es el objetivo específico de los procedimientos operantes de manejo de contingencias en el tratamiento de la anorexia a nivel hospitalario?:**
1. Eliminar el miedo a la gordura y a la ganancia de peso.
 2. Conseguir un aumento del peso y de la ingesta.
 3. Modificar las distorsiones de la imagen corporal.
 4. Reducir las conductas purgativas.
 5. Controlar la sintomatología asociada.
- 176. ¿Qué tratamiento cuenta con apoyo empírico en la terapia del trastorno de evitación de la personalidad?:**
1. El entrenamiento en habilidades sociales y la exposición gradual.
 2. La terapia conductual-dialéctica.
 3. La terapia cognitivo-interpersonal de Safran.
 4. La terapia cognitiva centrada en los esquemas de Young.
 5. La terapia de valoración cognitiva de Wessler.
- 177. ¿Cuál es el objetivo de la terapia de exposición en el trastorno dismórfico corporal?:**
1. Convencer al paciente de que su apariencia es atractiva.
 2. Que el paciente tolere la visión de su imagen.
 3. Modificar la percepción de los demás sobre su imagen.
 4. Producir un cambio en las reacciones de los

- demás ante sus cambios físicos.
5. Explorar los hábitos de evitación que ha adquirido el paciente.
- 178. ¿Qué tipo de técnicas de *biofeedback* han sido las más utilizadas en el tratamiento del dolor del “miembro fantasma”?:**
1. *Biofeedback* de respuesta electrodérmica y *biofeedback* de volumen en sangre.
 2. *Biofeedback* de volumen respiratorio y *biofeedback* de presión sanguínea.
 3. *Biofeedback* electromiográfico y *biofeedback* termal.
 4. *Biofeedback* electromiográfico y *biofeedback* de presión sanguínea.
 5. *Biofeedback* de frecuencia cardíaca y *biofeedback* cinesiológico.
- 179. Cuando se utilizan antidepresivos en el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo, las dosis empleadas habitualmente:**
1. Son más altas que en el tratamiento de la depresión.
 2. Son iguales que en el tratamiento de la depresión.
 3. Son más bajas que en el tratamiento de la depresión.
 4. Son más bajas cuando hay obsesiones y rituales.
 5. Son más altas cuando hay un trastorno obsesivo de la personalidad.
- 180. La prevención de respuesta en el ámbito del tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo actúa específicamente sobre:**
1. Los rituales.
 2. Los pensamientos intrusivos.
 3. Las ideas sobrevaloradas.
 4. Las preocupaciones.
 5. Las obsesiones sin rituales.
- 181. ¿Quién es el primer autor que se ha ocupado específicamente del tratamiento de las preocupaciones en el ámbito del trastorno de ansiedad generalizada?:**
1. Eysenck.
 2. Borkovec.
 3. Wolpe.
 4. Marks.
 5. Lewinshon.
- 182. ¿A qué cuadro clínico se ha aplicado principalmente la “tensión aplicada” (Öst y Sterner, 1987)?:**
1. Fobia a la sangre.
 2. Fobia a volar en avión.
 3. Agorafobia.
 4. Fobia social.
 5. Trastorno de ansiedad generalizada.
- 183. ¿Cuál es el componente esencial para la efectividad del tratamiento de la fobia social?:**
1. Entrenamiento en habilidades sociales.
 2. Desensibilización sistemática.
 3. Exposición en vivo.
 4. Reestructuración cognitiva.
 5. Entrenamiento en habilidades sociales y reestructuración cognitiva.
- 184. ¿Qué componente terapéutico resalta el programa del grupo de Barlow para el tratamiento del pánico?:**
1. La identificación de las interpretaciones catastrofistas.
 2. Los experimentos conductuales.
 3. La detención del pensamiento.
 4. La exposición a las sensaciones corporales.
 5. Las estrategias de distracción.
- 185. ¿Qué modalidad de intención paradójica es más común?**
1. La prescripción de síntomas.
 2. La restricción del cambio.
 3. El replanteamiento de postura.
 4. La reformulación del problema.
 5. La confusión e interferencia.
- 186. ¿Cuáles son los efectos secundarios anticolinérgicos de los antidepresivos tricíclicos y tetracíclicos?:**
1. Sequedad de boca, visión borrosa, estreñimiento.
 2. Sudoración, disfunción sexual, hipotensión ortostática.
 3. Somnolencia, aumento de peso.
 4. Disminución del umbral convulsivo, arritmias, aumento de la tensión arterial.
 5. Cefaleas, temblores, mareos.
- 187. ¿Para qué trastorno se han desarrollado técnicas de tratamiento específicas para incrementar la motivación para el cambio?:**
1. Esquizofrenia.
 2. Trastorno obsesivo-compulsivo.
 3. Adicciones.
 4. Insomnio.
 5. Cáncer.
- 188. Las técnicas de control de la ira y de la agresividad tienen relevancia para el tratamiento de:**
1. El insomnio.
 2. La pica.
 3. El trastorno obsesivo-compulsivo.
 4. La enuresis.
 5. Los trastornos por dependencia de sustancias.

- 189. ¿En cuál de los siguientes trastornos es frecuente utilizar fármacos junto al tratamiento psicológico por su complementariedad y mejora de su eficacia?:**
1. El trastorno de ansiedad generalizada.
 2. La eyaculación precoz.
 3. La dependencia de la heroína.
 4. La depresión mayor.
 5. La obesidad mórbida.
- 190. Uno de los objetivos principales de las terapias de orientación cognitivo-conductual para la depresión es:**
1. Aumentar el refuerzo positivo que recibe el deprimido/a.
 2. Aumentar el tiempo libre y el refuerzo negativo.
 3. Mejorar sus habilidades de comunicación.
 4. Mejorar sus relaciones familiares.
 5. Conseguir la superación de los duelos de su vida.
- 191. ¿Qué tratamiento para la depresión hace hincapié en la reducción de la intensidad y frecuencia de los acontecimientos aversivos y el aumento de su implicación en actividades agradables?:**
1. La terapia sistémica.
 2. La terapia psicodinámica.
 3. La terapia conductual.
 4. La terapia de parejas.
 5. La terapia de habilidades sociales.
- 192. En la terapia cognitiva de Beck, ¿cuáles son los pensamientos más accesibles por medio de la introspección y el autoinforme?:**
1. Los patrones de conducta o “esquemas”.
 2. El razonamiento emocional.
 3. Las cogniciones superficiales o “pensamientos automáticos”.
 4. El pensamiento dicotómico.
 5. Los pensamientos sobre el futuro.
- 193. ¿Cuáles son los principales objetivos de la terapia cognitiva de la depresión?:**
1. Los pensamientos de suicidio.
 2. Las distorsiones semánticas.
 3. Colaborar con la familia del paciente y con su pareja.
 4. Identificar la tríada cognitiva.
 5. Los pensamientos automáticos negativos y los esquemas.
- 194. Se considera que la hipnosis en el tratamiento del dolor:**
1. Es ineficaz.
 2. Potencia la eficacia de un tratamiento eficaz.
 3. Debe aplicarse al principio del tratamiento.
 4. Bloquea las cogniciones de dolor.
 5. Es el tratamiento psicológico de elección.
- 195. Las técnicas psicológicas que mejores resultados terapéuticos han ofrecido en el tratamiento de las náuseas y vómitos anticipatorios en pacientes con cáncer son:**
1. La psicoterapia breve.
 2. La terapia familiar estratégica.
 3. La desensibilización sistemática y entrenamiento en relajación muscular progresiva con visualización dirigida.
 4. La logoterapia combinada con hipnosis.
 5. La exposición intensiva junto con técnicas de reestructuración cognitiva.
- 196. La terapia que se utiliza en los pacientes con cáncer y que pretende cambiar la percepción que el paciente tiene acerca de su enfermedad, así como sus mecanismos inmunológicos de defensa, se denomina:**
1. Atención selectiva.
 2. Percepción enmascarada.
 3. Desensibilización sistemática.
 4. Psicoterapia breve.
 5. Terapia por visualización.
- 197. La ira y la hostilidad son factores de riesgo significativos de:**
1. Las fobias.
 2. La depresión.
 3. La esquizofrenia.
 4. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad.
 5. La enfermedad coronaria.
- 198. ¿En qué trastorno debe primarse en la fase aguda el tratamiento farmacológico?:**
1. La depresión.
 2. El TDAH.
 3. La esquizofrenia.
 4. La dependencia de la cocaína.
 5. El cáncer.
- 199. ¿Cuál es la disfunción sexual masculina que mejor responde al tratamiento psicológico?:**
1. La falta de deseo sexual.
 2. La eyaculación precoz.
 3. La dispareunia.
 4. La disfunción orgásmica masculina.
 5. El coitus interruptus.
- 200. En el tratamiento de las disfunciones sexuales, independientemente de la disfunción de que se trate, ¿cuál es el objetivo de la prescripción terapéutica de supresión temporal de las rela-**

ciones sexuales?:

1. Eliminar la ansiedad de ejecución.
2. Eliminar la ansiedad de ejecución y comenzar la reconstrucción de la relación desde el principio.
3. Mejorar la relación de pareja antes de seguir con el tratamiento.
4. Mejorar la comunicación entre los dos miembros de la pareja.
5. Eliminar los orgasmos para incrementar la fijación atencional.

201. El desafío verbal y la prueba de realidad permite reducir:

1. El número de noches mojadas en la enuresis.
2. Los ataques de pánico en el seguimiento.
3. El insomnio en sujetos deprimidos.
4. Las confusiones verbales en enfermos de Alzheimer.
5. Las creencias delirantes en pacientes psicóticos.

202. ¿Cuál es el elemento distintivo de la actual terapia sexual por contraposición a otras aproximaciones más tradicionales?:

1. El entrenamiento en técnicas sexuales específicas (distintas para cada disfunción).
2. La focalización sensorial no genital.
3. Que el terapeuta debe colaborar en el tratamiento farmacológico.
4. El control del abuso de sustancias.
5. El manejo de la ansiedad en todos los casos.

203. El control de la ansiedad y del estrés es un elemento central del tratamiento:

1. Del dolor en la fibromialgia.
2. Del insomnio de rebote.
3. Del control de esfínteres.
4. Del SIDA.
5. De la diabetes.

204. ¿Qué terapia para la depresión asume que ésta se caracteriza por déficits específicos en el manejo de la conducta de uno mismo?:

1. En la terapia de grupo.
2. En la terapia de solución de problemas.
3. En la terapia sistémica.
4. En la terapia psicoanalítica.
5. En la terapia de autocontrol.

205. La terapia de incentivo mediante la utilización de vales o de privilegios ha mostrado funcionar eficazmente para el tratamiento de:

1. La bulimia nerviosa.
2. La adicción a la heroína.
3. La esquizofrenia.
4. El trastorno por estrés postraumático.

5. La eyaculación retardada.

206. En pacientes con mayor gravedad a la adicción a la cocaína se ha mostrado más eficaz:

1. La psicoterapia interpersonal.
2. El manejo clínico.
3. La terapia psicodinámica breve.
4. La prevención de la recaída.
5. El programa de 12 pasos.

207. ¿Para cuál de los siguientes trastornos el tratamiento de elección es psicológico y no el farmacológico?:

1. La esquizofrenia.
2. El trastorno bipolar.
3. La dependencia de la cocaína.
4. La depresión menor.
5. El trastorno obsesivo-compulsivo.

208. La terapia de pareja conductual ha demostrado ser especialmente eficaz para el tratamiento de:

1. La agorafobia.
2. El alcoholismo.
3. La migraña.
4. La dispareunia.
5. El trastorno de déficit de atención con hiperactividad.

209. En los trastornos de erección, ¿por qué se elegirían los tratamientos psicológicos si los comparamos con la medicación?:

1. Porque los fármacos tienen efectos secundarios.
2. Porque los psicológicos son más eficaces a largo plazo.
3. Porque los farmacológicos sólo persiguen una buena erección.
4. Porque los psicológicos mejoran la sexualidad además de la disfunción.
5. Porque todavía no se conocen los efectos de la ingesta reiterada del fármaco.

210. ¿En qué tratamientos para la depresión se incluye el programa de actividades agradables?:

1. En la terapia cognitiva y en la terapia psicoanalítica.
2. En la terapia con antidepresivos clásicos y la terapia sistémica.
3. En la terapia de sueño y en la terapia psicofarmacológica.
4. En la terapia cognitiva y en la terapia gestáltica.
5. En el curso para el afrontamiento de la depresión y en la terapia cognitiva.

211. Dentro de la Psicología Evolutiva, Erikson estudia y distingue una sucesión de etapas a lo largo del proceso evolutivo. ¿Cuál es el aspecto del

desarrollo humano del que se ocupa en sus trabajos?:

1. El moral.
2. El intelectual.
3. El afectivo.
4. El cognoscitivo.
5. El psicosocial.

212. Según Freud, la personalidad humana está integrada por tres componentes el *id*, el *ego* y el *superego*, que se desarrollan en distintos momentos del proceso evolutivo. ¿En qué momento empieza a desarrollarse el *ego*?:

1. Poco después del nacimiento.
2. A partir de los 4 ó 5 años.
3. Cuando comienza la identificación del niño con su progenitor del mismo sexo.
4. Al comienzo de la escolaridad primaria.
5. Cuando comienza a relacionarse con otros niños de su misma edad.

213. Los seres humanos nacemos con un conjunto de reflejos primitivos que tienden a desaparecer en distintos momentos durante el primer año de vida. Uno de ellos es el llamado reflejo de Moro, que consiste en que:

1. Cuando aparece un estímulo fuerte e inesperado, extiende las piernas, los brazos y los dedos.
2. Cuando se le toca la palma de la mano, cierra el puño tan fuerte que podría ser levantado.
3. Cuando se le toca la palma del pie, abre los dedos en forma de abanico.
4. Cuando se le toca la mejilla con el dedo, gira la cabeza, abre la boca y empieza a chupar.
5. Cuando se le pone boca abajo en el agua, realiza movimientos de natación bien coordinados.

214. Según Piaget, el desarrollo cognitivo consiste en una sucesión de cambios que son resultado de dos funciones básicas: la adaptación y la organización. La adaptación es alcanzada por los individuos como resultado, a su vez, de dos procesos. ¿Cuáles son?:

1. La asimilación y la acomodación.
2. La asimilación y la equilibración.
3. La asimilación y la diferenciación.
4. La equilibración y la diferenciación.
5. La diferenciación y la acomodación.

215. Dentro de la Psicología Evolutiva, Piaget distingue una sucesión de etapas a lo largo del proceso evolutivo. ¿Con qué nombre designa la etapa que comienza con la aparición de la función simbólica?:

1. Estadio sensoriomotor.
2. Estadio preoperacional.

3. Estadio simbólico.
4. Estadio de las operaciones concretas.
5. Estadio de las operaciones formales.

216. Piaget concibe el desarrollo intelectual como un proceso continuo de organización y reorganización de estructuras individuales, a las que suele referirse con el nombre de:

1. Estadios.
2. Funciones.
3. Operaciones.
4. Propiedades.
5. Esquemas.

217. La teoría del desarrollo intelectual de Piaget es una de las teorías que ha tenido una mayor aceptación dentro de la psicología. No obstante, también ha sido objeto de numerosas críticas. Una de las principales se refiere al siguiente hecho:

1. Concede escasa importancia al contexto social.
2. Su explicación se fundamenta en el modelo mecanicista.
3. La metodología que utiliza carece de rigor experimental.
4. Concibe el desarrollo como una forma de adaptación biológica del organismo al medio.
5. Explica de manera insuficiente la transición de un estadio a otro.

218. El apego es un vínculo emocional duradero que los niños establecen pronto con las personas de su alrededor, en especial con la madre. Para su explicación han surgido diferentes teorías y, en la actualidad, la que goza de una mayor aceptación es:

1. El modelo de reducción del impulso.
2. El modelo del condicionamiento operante.
3. Las teorías psicoanalistas.
4. La teoría de Bowlby.
5. La teoría del aprendizaje social.

219. Una sustancia que parece esencial en la estimulación del hambre es:

1. La serotonina.
2. La renina.
3. El neuropéptido Y.
4. La angiotensina II.
5. La colecistoquinina.

220. La corteza orbitofrontal, en cuanto área implicada en la regulación de la conducta emocional, recibe aferencias directas de:

1. El núcleo rojo.
2. La médula espinal.
3. El área tegmental ventral.
4. El cerebelo.
5. La formación hipocampal.

- 221. Señales típicas de sueño paradójico como un electroencefalograma desincronizado y movimientos rápidos de los ojos se dan en:**
1. Todos los vertebrados.
 2. Solamente en mamíferos.
 3. Solamente en los vertebrados de sangre caliente.
 4. Todos los vertebrados e invertebrados.
 5. Solamente en los animales con ritmos circadianos.
- 222. Un aspecto común a todos los neurotransmisores es que:**
1. Producen impulsos nerviosos.
 2. Producen potenciales en los axones de las células nerviosas que los reciben.
 3. Intervienen en la comunicación del sistema nervioso central y del periférico.
 4. Alteran brevemente el potencial de reposo de las neuronas postsinápticas.
 5. Abren canales iónicos.
- 223. El estudio de las características del potencial de acción en preparaciones experimentales ha revelado que:**
1. Cuanto mayor es el estímulo despolarizante, mayor es la magnitud del potencial de acción.
 2. Una vez producida la despolarización, la membrana neuronal responde gradualmente a nivel local.
 3. La magnitud del potencial de acción es independiente de la magnitud del estímulo.
 4. La intensidad de los estímulos se codifica por cambios en la amplitud de los impulsos nerviosos.
 5. Con estímulos fuertes se producen menos impulsos nerviosos.
- 224. Los plexos coroideos son:**
1. Membranas especializadas que recubren los ventrículos laterales.
 2. Lugares de intercambio entre sangre y líquido cefalorraquídeo.
 3. Los conductos por dónde pasa el líquido cefalorraquídeo desde el tercer ventrículo al cuarto ventrículo.
 4. Membranas en forma de red que se disponen entre la duramadre y la piamadre.
 5. Las zonas en las que se unen las arterias basilar y carótida.
- 225. Una vez que la información auditiva sale del oído, la primera estructura del sistema nervioso central que recibe esa información es:**
1. La protuberancia.
 2. El bulbo raquídeo.
 3. El mesencéfalo.
 4. La formación reticular.
 5. El núcleo rojo.
- 226. La circunvolución postcentral, que regula la sensación táctil, pertenece:**
1. Al lóbulo frontal.
 2. Al lóbulo temporal.
 3. Al lóbulo parietal.
 4. Al área postrema.
 5. A la corteza promotora.
- 227. Las fibras preganglionares del sistema nervioso autónomo liberan:**
1. Acetilcolina en la división simpática y norepinefrina en la parasimpática.
 2. Norepinefrina en la división simpática y acetilcolina en la parasimpática.
 3. Noradrenalina.
 4. Acetilcolina.
 5. Norepinefrina.
- 228. El nervio craneal denominado hipogloso es:**
1. Una vía sensorial.
 2. Una vía mixta (sensorial y motora).
 3. Amielínico.
 4. También una vía del sistema nervioso autónomo.
 5. Una vía motora.
- 229. ¿Qué tipo de memoria primaria interviene cuando la información tiene que mantenerse sólo el tiempo suficiente para completar una tarea particular?:**
1. Memoria de trabajo.
 2. Memoria de referencia.
 3. Memoria procedimental.
 4. Memoria perceptiva.
 5. Memoria prospectiva.
- 230. En el procesamiento cognitivo de la ansiedad, ¿cómo actúan los sesgos de la memoria implícita?:**
1. Anticipan las consecuencias de la situación amenazante.
 2. Producen una mejora en la recuperación de todo tipo de recuerdos.
 3. Mejoran los mecanismos de procesamiento controlado.
 4. Producen un sesgo en la información entrante.
 5. Facilitan la ejecución de tareas que no requieren un recuerdo intencional o consciente.
- 231. De las investigaciones sobre la relación entre emoción y cognición, ¿qué postula el modelo de Arne Öhman?:**
1. Que las emociones tendrían orígenes no conscientes o preatencionales.

2. Que no existen diferencias entre mecanismos automáticos y controlados vinculados a la emoción.
 3. Que todas las emociones tienen orígenes conscientes o atencionales.
 4. Que la conciencia emocional actúa en una etapa temprana del procesamiento.
 5. Que se pueden inducir hipnóticamente los estados emocionales.
- 232. Dentro de las teorías clásicas de la emoción, ¿cuál es el principal supuesto de la teoría de James-Lange?:**
1. No es necesario la activación fisiológica para que se produzca la respuesta emocional.
 2. Todas las experiencias emocionales poseen el mismo patrón fisiológico.
 3. No es necesaria la contingencia entre la propiocepción de la activación fisiológica con el episodio emocional.
 4. La activación fisiológica es condición necesaria para la existencia de una respuesta emocional.
 5. La existencia de una única dimensión de activación general para todo el organismo.
- 233. Según Cannon (1929), ¿qué función principal tenía la activación en los estados motivacionales de un organismo?:**
1. Una función motivacional energética.
 2. Una función direccional de la motivación.
 3. Una función cognitiva de la conducta motivacional.
 4. Una función reguladora de la actividad emocional.
 5. Una función inhibitoria de la actividad emocional.
- 234. ¿Qué se suprime en el procedimiento de la respuesta emocional condicionada?:**
1. La respuesta condicionada.
 2. La respuesta incondicionada.
 3. La respuesta operante.
 4. La respuesta al estímulo discriminativo.
 5. La respuesta de miedo.
- 235. Una característica del condicionamiento de aversión al sabor, que lo diferencia de otras formas de condicionamiento clásico, consiste en que se produce:**
1. Conforme el principio de contingencia.
 2. Por una interacción de condicionamiento clásico y operante.
 3. Con un número elevado de ensayos.
 4. Con un intervalo entre estímulos excesivamente largo.
 5. Con exposiciones prolongadas a los estímulos.
- 236. Si obtenemos altas correlaciones entre las puntuaciones de un test y las puntuaciones de otra medida del mismo constructo, obtenemos evidencia de validez:**
1. Concurrente.
 2. Predictiva.
 3. Convergente.
 4. Discriminante.
 5. De contenido.
- 237. Si aplicamos el mismo instrumento de medida a las mismas personas en varias ocasiones, el resultado no será siempre el mismo para cada una de ellas, sino que proporcionará distintas estimaciones de una ocasión a otra. Este hecho revela que al instrumento le falta:**
1. Fiabilidad.
 2. Validez.
 3. Equidad.
 4. Calibración.
 5. Comparabilidad.
- 238. El límite inferior del coeficiente de fiabilidad lo proporciona el cálculo de:**
1. Spearman-Brown.
 2. Guttman-Flanagan.
 3. Alpha de Cronbach.
 4. Correlación Pearson.
 5. Fórmula de Rulon.
- 239. Cuando los individuos cambian por la influencia de un tratamiento, o se realiza un muestreo de tiempos, a la hora de calcular la precisión del instrumento que se esté utilizando es más aconsejable calcular la fiabilidad del mismo a través de:**
1. Coeficiente de estabilidad.
 2. Formas alternativas.
 3. Coeficiente de equivalencia.
 4. Fiabilidad entre calificadores.
 5. Coeficiente de consistencia interna.
- 240. Un informe de investigación tiene varios apartados. Donde se describe cómo se ha desarrollado la investigación es el apartado:**
1. Resumen.
 2. Introducción.
 3. Método.
 4. Resultados.
 5. Discusión.
- 241. Uno de los factores que disminuye la validez externa en un diseño cuasiexperimental es el efecto:**
1. Harwthorne.
 2. Rosenthal.
 3. De maduración.
 4. De la historia.

5. De la muestra.
- 242. En la medida en que nuestros controles nos permiten rechazar interpretaciones alternativas de los resultados, nuestro experimento tiene validez:**
1. Interna.
 2. Externa.
 3. De constructor.
 4. Factorial.
 5. Predictiva.
- 243. El factor que se espera sea la causa de algo y que es manipulado por el investigador se denomina variable:**
1. Dependiente.
 2. Independiente.
 3. Enmascarada.
 4. Extraña.
 5. Covariante.
- 244. Señale cuál de los siguientes aspectos es sintomático de un pensamiento grupal:**
1. Un sentimiento de vulnerabilidad entre los miembros del grupo.
 2. La incertidumbre dentro del grupo de que esté en lo correcto.
 3. La tendencia dentro del grupo a dar crédito a cualquier información contraria a la posición del grupo.
 4. La existencia de una presión directa ejercida sobre los disidentes dentro del grupo.
 5. Una alta motivación y preocupación por adoptar procedimientos de toma de decisiones racionales.
- 245. ¿Qué proceso de atribución causal se da ante una conducta socialmente indeseable o inconveniente?:**
1. La gente infiere que esa conducta no corresponde a una disposición o rasgo interno de la persona.
 2. La gente infiere que esa conducta corresponde a una disposición o rasgo interno de la persona.
 3. Predomina una atribución situacional en detrimento de una atribución interna.
 4. Se recurre más a la categoría social de pertenencia de la persona para explicar la conducta de ésta.
 5. El observador empatiza en mayor medida con el actor.
- 246. ¿Cuál de los siguientes procesos aparece asociado con la trasmisión de los rumores?:**
1. La incertidumbre general influye en la difusión de información verídica, pero no en los rumores.
 2. Al transmitirse, el rumor se vuelve más largo, con más detalles y se hace más complejo.
 3. Ha llamado la atención que los prejuicios no intervienen en la distorsión del rumor.
 4. En el rumor se enfatiza y se exagera todas las características sin diferenciar entre ellas.
 5. El rumor se vuelve rápidamente más corto y menos complejo (nivelación).
- 247. ¿A qué sesgo o funcionamiento cognitivo corresponde el hecho de sobrestimar la fuerza de una relación entre dos variables, generalmente distintas, por ejemplo “delincuencia” e “inmigrantes”?:**
1. Al sesgo del anclaje o “framing”.
 2. Al sesgo del error fundamental de atribución.
 3. Al sesgo del personalismo.
 4. Al sesgo de asimilación y contraste.
 5. Al sesgo de la correlación ilusoria.
- 248. ¿A qué se refiere en psicología social el llamado falso consenso?:**
1. Una unidad estructurada de conocimiento general sobre un objeto o concepto.
 2. Creencias sobre la forma de cómo algunas causas probables de la conducta se relacionan entre sí.
 3. Respuesta emocional-cognitiva orientada hacia otra persona.
 4. Tendencia a ver la propia conducta como más representativa o típica de los que realmente es.
 5. Proceso mediante el cual se suspende la asignación de personas individuales a grupos.
- 249. ¿Qué es la reactancia psicológica?:**
1. Las reacciones de un individuo en cualquier situación social en la que existe un poder implícito.
 2. Un estado psicológico consecutivo a la amenaza de la libertad.
 3. El poder del que dispone un agente para inducir reacciones.
 4. Las reacciones cognitivas del individuo ante el grupo social.
 5. El hastío experimentado ante la repetición monótona de un estímulo.
- 250. ¿Qué se entiende en psicología social por influencia normativa?:**
1. Influencia para aceptar información del otro como prueba acerca de la realidad.
 2. La divergencia de opiniones que se da en un grupo de discusión.
 3. Los individuos con mentalidad legalista se dejan influir más por la autoridad.
 4. El conformismo del individuo con las expectativas de los otros.
 5. Las repercusiones del cambio social en la conducta de los grupos.

251. **Una de las principales características del pensamiento del niño en los años preescolares es el egocentrismo, que en esta etapa parece estar causado porque el niño:**
1. Es incapaz de adoptar el punto de vista de otra persona.
 2. Tiene un escaso desarrollo del concepto de causalidad.
 3. Su desarrollo moral es incipiente.
 4. Su pensamiento es irreversible.
 5. Su disposición para compartir con los demás es escasa.
252. **Dentro del desarrollo perceptivo del niño, las investigaciones llevadas a cabo en los últimos años ponen de manifiesto que los niños empiezan a reconocer las expresiones faciales de las emociones y a reaccionar diferencialmente a ellas a partir:**
1. De los cinco o seis meses.
 2. Del nacimiento.
 3. Del primer año.
 4. De las primeras semanas.
 5. De los cuatro meses.
253. **¿Cómo se diferencian las emociones a través de la valencia afectiva?:**
1. Por la intensidad de los cambios fisiológicos.
 2. En función de quien ejerce el dominio, la persona o la situación desencadenante.
 3. En función de su tono hedónico.
 4. En función de una mayor o menor activación del sujeto.
 5. Por la forma de control de la situación.
254. **En la serie de experimentos de S. Milgram sobre la obediencia a la autoridad, ¿cuándo se observó la menor obediencia a la autoridad (se aplicó un menor nivel de descargas, voltios)?:**
1. Cuando los participantes eran varones y no había ninguna mujer.
 2. Cuando aumentaba la distancia entre la víctima y el sujeto.
 3. Cuando aumentaba la proximidad entre la víctima y el sujeto.
 4. Cuando el que daba las órdenes tenía un status superior al propio sujeto.
 5. Cuando el sujeto caía en un estado agéntico.
255. **¿Qué tipo de memoria es aquella retención a largo plazo de la información necesaria para el uso correcto de la información entrante y recién adquirida?:**
1. Memoria de trabajo.
 2. Memoria de referencia.
 3. Memoria procedimental.
 4. Memoria perceptiva.
 5. Memoria primaria.
256. **Según la teoría de MacKintosh, ¿a qué es atribuible específicamente el aprendizaje de una conducta?:**
1. A las expectativas que crea el EI.
 2. Al procesamiento del EC como predictor válido del EI.
 3. A la prominencia del EC y el EI.
 4. A la efectividad del EI.
 5. A que el EC no haya sido en el pasado un predictor adecuado del EI.
257. **En las primeras semanas embrionarias los órganos sexuales internos son:**
1. Bisexuales.
 2. Heterosexuales (masculinos o femeninos).
 3. Asexuales.
 4. Femeninos.
 5. Refractarios a la influencia de las hormonas sexuales.
258. **Los diseños de línea base múltiple son un tipo de diseño que pertenece a un grupo de diseños más amplio denominado:**
1. Cuasiexperimentales.
 2. De caso único.
 3. Factoriales.
 4. Ex post facto.
 5. Cualitativos.
259. **El análisis que usaremos para comprobar si existen diferencias significativas entre 3 medias es:**
1. Prueba t.
 2. Prueba Z.
 3. Anova.
 4. Correlación.
 5. Regresión.
260. **¿Qué se entiende en psicología social por error fundamental de atribución?:**
1. El error por el que se sobrestima el número de personas que responden como uno mismo.
 2. El error por el que se subestima el número de personas que responden como uno mismo.
 3. El sesgo del actor a hacer atribuciones disposicionales.
 4. El sesgo de atribuir la conducta de otro a causas internas más que a causas situacionales.
 5. El sesgo de atribuir la conducta de otro a causas situacionales más que a causas internas.