



PRUEBAS SELECTIVAS 2012

CUADERNO DE EXAMEN

PSICÓLOGOS -VERSIÓN 0 -

ADVERTENCIA IMPORTANTE

ANTES DE COMENZAR SU EXAMEN, LEA ATENTAMENTE LAS SIGUIENTES

INSTRUCCIONES

1. **MUY IMPORTANTE** : Compruebe que este Cuaderno de Examen, integrado por 225 preguntas más 10 de reserva, lleva todas sus páginas y no tiene defectos de impresión. Si detecta alguna anomalía, pida otro Cuaderno de Examen a la Mesa. **Realice esta operación al principio**, pues si tiene que cambiar el cuaderno de examen posteriormente, se le facilitará una versión "0", que **no coincide** con su versión personal en la colocación de preguntas y **no dispondrá** de tiempo adicional.
2. Compruebe que el **número de versión** de examen que figura en su "Hoja de Respuestas", **coincide** con el número de versión que figura en el cuestionario. Compruebe también el resto de sus datos identificativos
3. La "Hoja de Respuestas" está nominalizada. Se compone de tres ejemplares en papel autocopiativo que deben colocarse correctamente para permitir la impresión de las contestaciones en todos ellos. Recuerde que debe firmar esta Hoja.
4. Compruebe que la respuesta que va a señalar en la "Hoja de Respuestas" corresponde al número de pregunta del cuestionario. **Sólo se valoran** las respuestas marcadas en la "Hoja de Respuestas", siempre que se tengan en cuenta las instrucciones contenidas en la misma.
5. Si inutiliza su "Hoja de Respuestas" pida un nuevo juego de repuesto a la Mesa de Examen y **no olvide** consignar sus datos personales.
6. Recuerde que el tiempo de realización de este ejercicio es de **cinco horas improrrogables** y que están **prohibidos** el uso de **calculadoras** (excepto en Radiofísicos) y la utilización de **teléfonos móviles**, o de cualquier otro dispositivo con capacidad de almacenamiento de información o posibilidad de comunicación mediante voz o datos.
7. Podrá retirar su Cuaderno de Examen una vez finalizado el ejercicio y hayan sido recogidas las "Hojas de Respuesta" por la Mesa.

1. El modelo de actitud de tres componentes (p.e. Rosenberg y Hovland, 1960) incluye en su definición la siguiente información:

1. Afecto, motivación y emociones hacia objetos, grupos, personas o eventos.
2. Preparación mental, predisposiciones implícitas y explícitas para actuar.
3. Información positiva, negativa y neutral hacia el objeto de actitud.
4. Creencias, sentimientos y tendencias conductuales hacia objetos, grupos, personas o eventos.
5. Intención conductual, control percibido y norma social.

2. La investigación sobre diferentes culturas ha mostrado que las culturas occidentales (p.e. EEUU) generalmente tienen un yo:

1. Interdependiente, esto es, tienen en cuenta los grupos sociales para definirse como personas.
2. Interdependiente, esto es, definen el yo en función de la historia de aprendizaje personal.
3. Independiente, esto es, una definición del yo independiente de los demás con atributos internos poco influenciados por el contexto social.
4. Independiente, esto es, colectivista al construirse en función de los grupos sociales.
5. Un yo colectivo al depender fundamentalmente de la comparación social con los otros.

3. El clásico estudio de Bandura, Ross y Ross (1963) sobre el aprendizaje por modelos mostró por primera vez que:

1. Las conductas agresivas se heredan de nuestra historia biológica, pero es posible eliminarlas con los castigos contingentes.
2. La frustración es condición necesaria y suficiente para generar agresión.
3. La experiencia directa de realizar una conducta agresiva y obtener recompensas permite aprender conductas agresivas.
4. Es suficiente con observar a otra persona (o personaje de ficción) realizar actos violentos a los que siguen recompensas para aprender a comportarse agresivamente, sin que haga falta realizar la conducta directamente para aprenderla.
5. El observar personajes no reales (de ficción como dibujos animados) realizando conductas agresivas no fomenta la conducta violenta en los niños.

4. La influencia de observadores pasivos ante un caso de necesidad (existe una víctima en sufrimiento) influye en la conducta de ayuda:

1. Disminuyéndola bien por difusión de la responsabilidad, bien por generar una interpreta-

ción equivocada de la situación o bien por miedo a la crítica social.

2. Aumentándola bien por difusión de la responsabilidad, bien una interpretación equivocada de la situación o bien por miedo a la crítica social.
3. No influye dado que la decisión de ayudarla o no, depende exclusivamente de nuestros valores.
4. Disminuyéndola al distraer nuestra atención sobre cuántas personas puedan estar sufriendo.
5. Aumentándola por focalizar el problema en la injusticia (hipótesis de un mundo justo).

5. El mecanismo asociativo mediante el cual los organismos aprenden a dar respuestas nuevas a las relaciones entre estímulos o eventos se denomina:

1. Condicionamiento de sensibilización.
2. Condicionamiento observacional o modelado.
3. Condicionamiento operante o condicionamiento instrumental.
4. Condicionamiento pavloviano, condicionamiento clásico o aprendizaje de estímulos.
5. Habitación a largo plazo.

6. Aun siendo cierto que las emociones se desarrollan y cambian con la experiencia y a lo largo del tiempo, se comparte la existencia de unos aspectos emocionales básicos. Para que una emoción sea considerada como básica ha de reunir ciertas características:

1. Ser innatas, expresarse de manera exclusiva y distintiva, tener un patrón de respuestas fisiológico propio y surgir en las mismas circunstancias para todos los sujetos.
2. Ser innatas.
3. Tener un patrón de respuesta fisiológico característico, con independencia de que sean innatas o no.
4. Facilitar la interacción social, ayudar a crear, mantener y disolver relaciones.
5. Regular la interacción con el medio.

7. El paradigma de amplitud de memoria dividida consiste en atender a:

1. Un solo mensaje presentado primero en un oído y luego en el otro.
2. Dos mensajes diferentes presentados simultáneamente, cada uno en un oído.
3. A uno de dos mensajes simultáneos, mientras se repite el otro en voz alta.
4. Dos mensajes presentados alternativamente, cada uno en un oído diferente.
5. A un mensaje auditivo mientras realiza una tarea de seguimiento visual.

8. ¿La conducta que permite operar sobre el ambiente para obtener lo que necesitamos o esca-

par del peligro se llama?:

1. Observación.
2. Conducta de discriminación.
3. Razón de respuesta.
4. Conducta preparatoria y/o consumatoria.
5. Conducta operante o instrumental.

9. La técnica experimental basada en el tiempo de reacción en la que se presenta una cadena de letras para que el sujeto decida si esa cadena de letras es o no una palabra se denomina:

1. Priming.
2. Naming.
3. Categorización.
4. Desenmascaramiento progresivo.
5. Decisión Léxica.

10. En todo texto siempre se da algo por sabido, es decir, todo texto siempre contiene información implícita. La información implícita se obtiene mediante:

1. Procesamiento semántico.
2. Procesamiento léxico.
3. La elaboración de inferencias.
4. Un proceso de desambiguación.
5. Procesamiento sintáctico.

11. La memoria encargada de los sistemas involucrados en la adquisición, mantenimiento y uso de habilidades motoras y cognitivas es la:

1. Memoria operativa.
2. Memoria semántica.
3. Memoria procedimental.
4. Memoria episódica.
5. Memoria declarativa.

12. Dentro de los procesos que caracterizan la Producción del lenguaje, se afirma que hay un nivel preverbal, otro propiamente lingüístico y el último de corte motor, que se corresponde con los siguientes:

1. Nivel posicional, funcional y léxico.
2. Nivel funcional, posicional y representacional.
3. Conceptualizador o planificador, formulador y articulador.
4. Procesamiento léxico, sintáctico y semántico.
5. Nivel motor, sintáctico y morfológico.

13. Los heurísticos:

1. Propician soluciones al maximizar el criterio de satisfacción, lo que implica un incremento considerable de tiempo.
2. Nada tienen que ver con el proceso de asignación de probabilidades y toma de decisiones.
3. Hacen que la toma de decisiones sea más lenta y menos costosa pero con el problema de

generar sesgos sistemáticos.

4. Hacen que la toma de decisiones sea más rápida y costosa que si realizamos los cálculos de los modelos normativos.
5. Hacen que la toma de decisiones sea más rápida y menos costosa pero con el problema de poder llegar a generar errores o sesgos sistemáticos.

14. El grado en que covarían los ítems que constituyen un test, se le conoce como:

1. Un indicador de la validez predictiva.
2. Un indicador de consistencia interna.
3. Un indicador del índice de dificultad.
4. Un indicador del índice de discriminación.
5. Un indicador del coeficiente beta.

15. Un/a psicólogo/a desea conocer si hay relación entre las variables: “intensidad del dolor de cabeza” ordenado de 0 a 10 y “momento del curso escolar”, ordenado de 1 (septiembre) a 9 (mayo). ¿A qué estadístico ha de recurrir?:

1. Correlación de Pearson.
2. Q de Yule.
3. Varianza.
4. Estadísticos de tendencia central.
5. Correlación de Spearman.

16. La variable tiempo que tarda cada paciente en abandonar el hábito tabáquico:

1. Es una variable cuantitativa continua.
2. Es una variable cuantitativa discreta.
3. Es una variable nominal.
4. Es una variable ordinal.
5. Es una variable cuasi-cuantitativa.

17. Con el intervalo de confianza conseguimos:

1. Que la medición se obtenga sin error.
2. Que contenga siempre un parámetro determinado.
3. Que el parámetro a contrastar esté fuera de dicho intervalo.
4. Un pronóstico de que contenga un parámetro con una mínima probabilidad.
5. Un pronóstico de que contenga un parámetro con máxima probabilidad.

18. El concepto “homocedasticidad” hace referencia a:

1. La igualdad de las varianzas.
2. La desigualdad de las varianzas.
3. La igualdad en las medias.
4. La desigualdad en las medias.
5. El comportamiento simétrico en las variables.

19. Si observo mínima variabilidad en el número de cigarrillos que fuma un grupo de pacientes, su

histograma debería ser:

1. Asimétrico positivo.
2. Asimétrico negativo.
3. Leptocúrtico.
4. Platicúrtico.
5. Mesocúrtico.

20. La hipótesis nula :

1. Es una proposición que se considera provisionalmente como falsa hasta que se comprueba experimentalmente.
2. En contraste de medias, indica que la diferencia entre dos medias es negativa.
3. Es una proposición que se considera provisionalmente como verdadera hasta su comprobación experimental.
4. En contraste de medias, indica que la diferencia entre dos medias es mayor que cero.
5. Se considera siempre que la variable aleatoria no sea continua.

21. Desde el criterio de clasificación según la obtención de datos, el diseño que registra un conjunto de medidas de las mismas unidades observacionales en distintos periodos temporales:

1. Es un diseño transversal.
2. Es un diseño longitudinal.
3. Es un diseño de encuesta.
4. Es un diseño no experimental.
5. Es un diseño splits-plot.

22. En las teorías multifactoriales de inteligencia (por ejemplo L.L. Thustone, J.P. Guilford o H. Gardner):

1. Las aptitudes o inteligencias no están correlacionadas entre sí.
2. El factor g está siempre en la base de las diferencias entre los individuos.
3. Las diferencias interindividuales son mayores que las inter-grupales.
4. La aptitud viso-espacial explica las diferencias de rendimiento matemático.
5. Las aptitudes se agrupan en cinco factores.

23. Ser capaz de organizar eficientemente los horarios de tren y barco que has de reservar para desplazarte en países diferentes al tuyo de tus vacaciones, refleja (según J. P. Guilford):

1. Producción Convergente Simbólica.
2. Producción Divergente Semántica.
3. Capacidad de Evaluación Simbólica.
4. Producción Convergente Semántica.
5. Capacidad de Evaluación Semántica.

24. Las diferencias interindividuales en inteligencia práctica explican, según R. J. Sternberg:

1. Las diferencias de razonamiento deductivo.
2. Las diferencias en la facilidad para automatizar tareas.
3. Las diferencias en la facilidad para adaptarse, modelar o seleccionar entornos.
4. Las diferencias en razonamiento inductivo.
5. Las diferencias en creatividad.

25. Las diferencias en los estilos de crianza de las familias, corresponden al siguiente componente de la varianza fenotípica:

1. Varianza genética.
2. Varianza debida al Ambiente Específico.
3. Varianza debida al Ambiente Compartido.
4. Varianza debida a la Homogamia de las Uniones.
5. Interacción Genética x Ambiente.

26. En cuanto a la inteligencia, es más probable que el hijo adoptado se parezca a sus padres adoptivos:

1. Durante la etapa escolar.
2. En la infancia.
3. En la adolescencia.
4. En la edad adulta.
5. En sus elección profesional.

27. María se da cuenta de que Clara se enfada con ella si tras equivocarse Clara, María se lo dice. Por eso, María espera a que a Clara se le pase la frustración y el enfado por haberse equivocado, antes de darle su opinión sobre los motivos de su error. María muestra Inteligencia Emocional en lo referente a:

1. Capacidad para razonar con emociones.
2. Capacidad para comprender emociones.
3. Capacidad para percibir y expresar emociones.
4. Capacidad para la facilitación emocional.
5. Capacidad para manejar y regular emociones.

28. Si las personas varían en su comportamiento con el paso del tiempo:

1. Aún así los rasgos son estables.
2. Los rasgos no son estables.
3. No podemos predecir cómo se comportarán.
4. Las personas son consistentes.
5. Las personas no son coherentes.

29. Las diferencias individuales en la práctica de una tarea cognitiva se asocian con:

1. El aumento del consumo de glucosa cerebral.
2. El mantenimiento del consumo de glucosa cerebral.
3. Sólo aumenta el consumo de glucosa cerebral en los más inteligentes.
4. La reducción del consumo de glucosa cere-

- bral.
- La reducción del consumo de glucosa cerebral en los menos inteligentes.
30. **¿Qué nombre reciben en el estudio del desarrollo lingüístico del niño las palabras únicas que expresan un pensamiento completo?:**
- Palabras función.
 - Restricciones.
 - Holofrases.
 - Transiciones.
 - Atribuciones.
31. **¿Qué autor formuló el concepto de zona de desarrollo próximo, entendida como la diferencia entre lo que un niño puede hacer por sí mismo (nivel de desarrollo actual) y lo que puede hacer con ayuda (nivel de desarrollo potencial)?:**
- Ausubel.
 - Piaget.
 - Bandura.
 - Kohlberg.
 - Vygotsky.
32. **¿En qué etapa del ciclo vital se considera de mayor efecto las influencias normativas de la edad?:**
- Infancia.
 - Adolescencia.
 - Juventud.
 - Madurez.
 - Vejez.
33. **En la teoría de Piaget, aparición de la imitación diferida se considera una manifestación de:**
- La reversibilidad del pensamiento.
 - El concepto de centración.
 - La distinción entre apariencia y realidad.
 - La capacidad simbólica.
 - El razonamiento transductivo.
34. **¿Qué nombre recibe el proceso por el que, de acuerdo con Piaget, el niño modifica sus estructuras cognitivas para integrar las nuevas experiencias?:**
- Asimilación.
 - Acomodación.
 - Descentración.
 - Equilibrio.
 - Organización.
35. **El desarrollo de las gónadas se produce (Señale la alternativa INCORRECTA):**
- A partir de las gónadas primordiales o indiferenciadas se desarrollan los ovarios o los testículos.
 - En machos, a partir del gen SRY o antígeno H-Y, se desarrollan los testículos.
 - En hembras, gracias a la presencia de estrógenos, se desarrollan los ovarios.
 - Sin el gen SRY o antígeno H-Y, se desarrollan los ovarios.
 - El desarrollo se produce a partir de la sexta semana de desarrollo embrionario.
36. **Los husos de sueño (o spindles) y los complejos K son fenómenos característicos de la:**
- Fase I del sueño lento.
 - Fase II del sueño lento.
 - Fase III del sueño lento.
 - Fase IV del sueño lento.
 - Fase REM o fase MOR.
37. **La fase de ayuno se caracteriza por:**
- El reflujo metabólico.
 - Almacenarse los nutrientes.
 - Altos niveles de glucagón.
 - Altos niveles de insulina.
 - Transformarse los aminoácidos en proteínas.
38. **Mediante técnicas de estimulación cerebral directa, se puede provocar agresión estimulando a:**
- La amígdala.
 - El área central del lóbulo temporal.
 - El séptum.
 - Los núcleos caudado y putámen.
 - La corteza orbitofrontal.
39. **¿Qué neurotransmisor se ha relacionado con una disminución de la conducta agresiva y la irritabilidad, tanto en animales como en seres humanos?:**
- Dopamina.
 - Serotonina.
 - Glutamato.
 - Acetilcolina.
 - Noradrenalina.
40. **Tras una extirpación bilateral del lóbulo temporal a un paciente con epilepsia, encontramos que:**
- Tiene amnesia retrógrada.
 - Tienen amnesia anterógrada.
 - No pueden mejorar en tareas de aprendizaje procedimental, como el test de dibujo en espejo.
 - Tienen amnesia retro-anterógrada.
 - Tienen alterado el aprendizaje por condicionamiento clásico.
41. **Señale la alternativa INCORRECTA: Algunos**

de los efectos de la angiotensina II son:

1. Estimula la retención de agua y sodio por parte de los riñones.
2. Aumenta la presión arterial.
3. Desencadena la conducta de beber.
4. Produce apetito de sal.
5. Provoca dilatación de los vasos sanguíneos.

42. El principal tratamiento farmacológico para los trastornos de ansiedad consiste en la administración de:

1. Benzodiazepinas y neurolepticos.
2. Neurolepticos y litio.
3. Agonistas de la serotonina y beta-bloqueantes.
4. Inhibidores colinérgicos y benzodiazepinas.
5. Benzodiazepinas y agonistas de la serotonina.

43. La afasia de Broca, a nivel neuroanatómico, se caracteriza por una lesión en la:

1. Parte inferior del lóbulo frontal, del hemisferio dominante para el lenguaje.
2. Parte posterior del lóbulo temporal, del hemisferio dominante para el lenguaje.
3. Primera circunvolución del lóbulo parietal del hemisferio dominante para el lenguaje.
4. Parte posterior del lóbulo parietal, del hemisferio dominante para el lenguaje.
5. Parte superior del lóbulo frontal, del hemisferio dominante para el lenguaje.

44. La técnica que permite colocar con precisión dispositivos en las profundidades del cerebro, mediante un atlas que proporciona la situación y un instrumento para situar un electrodo o cánula en un aparte concreta del encéfalo, se denomina:

1. Cirugía estereotáxica.
2. Marcado de axones aferentes.
3. Micrótopo.
4. Test de Wada.
5. Microiontoforesis.

45. Las técnicas de neuroanatomía o neuroimagen funcional, que estudian el cerebro *in vivo*, proporcionándonos imágenes de la actividad cerebral, son:

1. Tomografía axial computarizada (TAC), resonancia magnética funcional (RMf).
2. Tomografía axial computarizada (TAC), tomografía por emisión de positrones (TEP).
3. Tomografía por emisión de positrones (TEP), resonancia magnética funcional (RMf).
4. Estimulación magnética transcranial (EMT), tomografía axial computarizada (TAC).
5. Resonancia magnética (RM) y tomografía por emisión de positrones (TEP).

46. Un/a psicólogo/a quiere pronosticar la satisfacción vital de los/as enfermero/as mediante cuatro rasgos concretos, para ello debe:

1. Efectuar un análisis de correlación múltiple.
2. Efectuar un análisis de regresión múltiple.
3. Efectuar un análisis de correlación simple.
4. Efectuar un análisis de regresión simple.
5. Efectuar un análisis de varianza.

47. ¿Cuál es una de las características más destacadas de las técnicas proyectivas?:

1. Se han de interpretar desde el modelo teórico psicodinámico.
2. Son muy sensibles a la deseabilidad social.
3. Tiene una alta fiabilidad entre evaluadores.
4. Poca estructuración de estímulos y respuestas.
5. Se pueden aplicar con una cualificación básica de licenciatura/grado.

48. ¿Cuál es la garantía básica de las técnicas de observación, relacionada con la fiabilidad?:

1. Validez.
2. Objetividad.
3. Precisión.
4. Exactitud.
5. Constancia.

49. ¿Cuál es el método más frecuente de construcción de los cuestionarios para la evaluación de rasgos y dimensiones de personalidad?:

1. De constructo.
2. Racional.
3. Teórico.
4. Convergente.
5. Factorial.

50. ¿Cómo se denomina la disciplina de la psicología que se dedica al estudio de casos individuales, mediante un proceso de toma de decisiones en el que se utilizan datos procedentes de diferentes instrumentos o técnicas?:

1. Administración de tests.
2. Valoración de programas.
3. Psicometría.
4. Medición.
5. Evaluación psicológica.

51. ¿Cómo se llama la propiedad técnica de los tests que informa sobre la consistencia, precisión, objetividad y estabilidad de sus puntuaciones?:

1. Validez.
2. Objetividad.
3. Fiabilidad.
4. Norma.
5. Estandarización.

52. **¿En qué tipo de técnicas de evaluación el sujeto no puede modificar voluntariamente sus respuestas?:**
1. Entrevista.
 2. Objetivas.
 3. Proyectivas.
 4. Cuestionarios.
 5. Observación.
53. **¿Qué nombre recibe la capacidad para comprender al evaluado y transmitirle esa comprensión?:**
1. *Rapport*.
 2. Paráfrasis.
 3. Empatía.
 4. Honestidad.
 5. Confidencialidad.
54. **Según Spearman, todos los tests que miden aptitudes intelectuales comparten una cantidad de varianza, a la que se denomina:**
1. CI.
 2. Factor G.
 3. Funciones ejecutivas.
 4. Inteligencia factorial.
 5. Modelo del intelecto.
55. **¿Qué tipo de técnicas están orientadas a evaluar significados, connotaciones y valoraciones sobre uno mismo u otros?:**
1. Entrevista.
 2. Observación.
 3. Subjetivas.
 4. Proyectivas.
 5. Objetivas.
56. **¿Cómo se llama el procedimiento para interpretar las puntuaciones directas de los tests sin transformarlas en puntuaciones normativas?:**
1. Baremación.
 2. Validación.
 3. Puntuación referida al criterio.
 4. Puntuación directa.
 5. Desviación típica.
57. **¿Qué tipo de puntuación normativa tiene el inconveniente de que su distribución es desigual, por lo que no es posible calcular diferencias ni compararlas si se han obtenido en diferentes pruebas?:**
1. Desviación CI.
 2. Puntuaciones Z.
 3. Eneatipos.
 4. Percentiles.
 5. Puntuaciones T.
58. **¿Qué enfoque de la evaluación de la inteligencia resulta más adecuado en programas de intervención para déficits cognitivos?:**
1. Modelo del intelecto de Guilford.
 2. Pruebas basadas en el modelo del procesamiento de la información.
 3. Enfoque factorial.
 4. Pruebas de CI clínicas derivadas de las escalas Binet.
 5. Modelo de las inteligencias múltiples.
59. **De las tres facetas o fuentes de evidencia sobre la validez, ¿Cuál es la fundamental y la que engloba a las otras dos?:**
1. Ecológica.
 2. Criterial.
 3. De constructo.
 4. De contenido.
 5. Predictiva.
60. **Una característica común en la evaluación de niños y adolescentes es que:**
1. Es innecesario evaluar aspectos relacionales.
 2. El motivo de consulta suele estar bien explicado por los adultos de su entorno.
 3. La distancia entre el motivo de consulta y el problema real puede ser grande.
 4. Puesto que el problema suelen definirlo los adultos, la visión del interesado suele tener menos interés que en otros ámbitos.
 5. Es menos importante que en otros ámbitos recoger información procedente de distintas fuentes.
61. **Es bien conocido que la escala Wechsler permite obtener información sobre la capacidad intelectual en forma de CI. Al utilizarla, es importante tener en cuenta que:**
1. No debe extraerse ninguna conclusión distinta de las apoyadas en el CI Total, teniendo en cuenta que las puntuaciones escalares e índices de agrupamiento ya están consideradas en él.
 2. Su aplicación permite realizar una observación informal del sujeto evaluado que puede permitir formular hipótesis adicionales.
 3. La información cualitativa que aporta esta prueba es tan importante y concluyente como la información cuantitativa.
 4. La información cualitativa que aporta puede llegar a modificar tanto el CI Total como los índices de agrupamiento.
 5. La información cualitativa que aporta es concluyente y diagnóstica.
62. **Para evaluar las dificultades asociadas a una personalidad vulnerable al estrés y una baja estabilidad emocional, utilizamos:**

1. El 16PF.
2. La observación de su conducta en situaciones naturales.
3. Un procedimiento de autoregistro.
4. La observación de su conducta en situaciones análogas.
5. El DAT.

63. Para poder comparar puntuaciones procedentes de distintas pruebas, necesitamos que dichas puntuaciones estén expresadas en:

1. Puntuaciones típicas normalizadas.
2. Percentiles.
3. Puntuaciones tipificadas.
4. Escalas T.
5. Eneatipos o estaninos.

64. Decir que la información procedente de un autoinforme se toma de modo directo o isomórfico significa que los ítems:

1. Se agregan para obtener puntuaciones en una escala que representa una dimensión o constructo y sirven para predecir otras conductas en el futuro.
2. Se refieren a asociaciones de conductas motoras, cognitivas y fisiológicas problemáticas que se han seleccionado por su frecuencia de aparición en un determinado trastorno.
3. Describen repertorios de conducta o estructuras cognitivas que explican trastornos más amplios que pueden tener manifestaciones motoras, cognitivas o fisiológicas y se utilizan sólo como variables dependientes.
4. Se toman como muestras de ciertas conductas en determinadas situaciones y sirven para describir o predecir la conducta en situaciones similares.
5. Tratan de evaluar construcciones personales e idiográficas cuyo formato presenta ítems formulados de forma cuantitativa y alternativas de respuesta de tipo cualitativo.

65. Un test situacional es:

1. La observación de una conducta de interés en la situación natural.
2. La observación de una conducta de interés en una situación análoga.
3. Una observación con una gran validez externa.
4. Una observación que puede presentar importantes limitaciones de validez interna.
5. Un procedimiento de observación que elimina la reactividad.

66. Un matriz multimétodo-multirrasgo:

1. Contiene resultados de la evaluación de distintos rasgos mediante diferentes métodos que aportan información sobre la validez conver-

- gente y discriminante de una o varias técnicas.
2. Es una matriz aleatoria para evaluar rasgos a partir de distintas técnicas tratando de triangular los resultados.
3. Es un procedimiento de validación cruzada de los autoinformes psicométricos que miden múltiples rasgos.
4. Es un procedimiento al que recurre la teoría de respuesta a los ítems para valorar la información que aporta cada ítem al conjunto de un autoinforme multirrasgo.
5. Es un procedimiento de validez cruzada para tratar de eliminar o al menos detectar sesgos procedentes del informante.

67. ¿Qué error suelen cometer los padres al evaluar y/o valorar los problemas de sus hijos?:

1. Subestiman los problemas exteriorizados.
2. Sobrestiman los problemas interiorizados.
3. Subestiman los problemas de fracaso escolar.
4. Sobrestiman los problemas exteriorizados.
5. Subestiman los problemas infantiles en general.

68. ¿Qué tipo de validez de las pruebas psicológicas es más relevante en la detección de trastornos mentales?:

1. Validez de contenido.
2. Validez de criterio.
3. Validez de constructo.
4. Validez convergente.
5. Validez discriminante.

69. Teniendo en cuenta la distribución poblacional de la capacidad intelectual, ¿cuál de las siguientes declaraciones es incorrecta?:

1. Cinco de cada diez ciudadanos presentarían una inteligencia normal.
2. La mitad de la población se situaría por debajo de la media.
3. Uno de cada diez ciudadanos será intelectualmente brillante.
4. De cada diez personas, uno muestra discapacidad intelectual.
5. La superdotación afecta a menos del 4% de la población.

70. Una de las características esenciales de las entrevistas es:

1. Tener un objetivo predeterminado.
2. Los interlocutores tienen roles simétricos.
3. El registro escrito de la información.
4. El entorno en el que se produce.
5. Tener una finalidad terapéutica.

71. Una tarea en la que el niño debe completar un texto como “la niña ___ sienta (de, mi, se)”, se persigue evaluar:

1. Procesos léxicos de la escritura.
2. Procesos morfosintácticos de la escritura.
3. Procesos motores de la escritura.
4. Procesos de composición del texto.
5. Procesos perceptivos.

72. La evaluación psicológica de los trastornos del sueño en la infancia se fundamenta normalmente en:

1. La utilización de técnicas subjetivas de recogida de información.
2. El empleo de registros polisomnográficos.
3. Monitorización ambulatoria.
4. Análisis del impacto de ciertos fármacos en las fases del sueño.
5. El estudio de la historia evolutiva de los responsables familiares.

73. Desde la perspectiva evolutiva, según Garber (1984), el foco de interés en la evaluación se centra en:

1. Considerar la intensidad aislada de los síntomas.
2. Medir la influencia del trastorno en el desarrollo de los instintos y el potencial de sublimación.
3. Estimar los niveles de funcionamiento en relación con las tareas evolutivas propias de su edad.
4. Evaluar las dimensiones internalizantes y externalizantes de los problemas.
5. Priorizar la etiología orgánica.

74. Las pruebas de aproximación conductual en las que, gradualmente, se acerca al niño ante un estímulo temido se suelen utilizar para:

1. Evaluar el juego simbólico.
2. Estimar la existencia de trastornos del estado de ánimo.
3. Valorar dificultades del aprendizaje.
4. Evaluar fobias.
5. Valorar dificultades generalizadas del desarrollo.

75. ¿Qué tarea sería más conveniente para evaluar los procesos perceptivos de la lectura?:

1. Dictados.
2. Asociación grafía-sonido.
3. Ordenar categorías de palabras.
4. Pruebas para integrar significados.
5. División de oraciones.

76. La técnica de “pensamiento en voz alta” es:

1. Una técnica proyectiva de asociación libre.
2. Un procedimiento de autorregistro en audio.
3. Un procedimiento en el que se pide al sujeto

que asocie libremente a partir de un autoinforme psicométrico.

4. Un autoinforme no estructurado en el que se pide que verbalice todo lo que se le pase por la cabeza.
5. Un autoinforme psicométrico presentado y cumplimentado en formato virtual.

77. Respecto a los aspectos que se contemplan en la teoría de la preparación ¿Cuál es el que ha recibido un apoyo experimental inequívoco?:

1. La elevada resistencia a la extinción de las respuestas de miedo una vez condicionadas.
2. La fácil adquisición de miedo a determinados estímulos con un solo ensayo de condicionamiento.
3. La resistencia a los argumentos lógicos que demuestran la ausencia objetiva de peligro.
4. La arbitrariedad de las fobias ya que el número de estímulos potencialmente fóbicos son ilimitados.
5. La mayor utilidad de la teoría para explicar la agorafobia frente a las fobias específicas.

78. ¿Las preocupaciones tipo II en el modelo meta-cognitivo de Wells sobre la ansiedad generalizada hacen referencia a..?:

1. Cualquier tipo de preocupación que active ansiedad somática.
2. Las preocupaciones sobre las situaciones cotidianas de la vida (trabajo, salud).
3. Las preocupaciones sobre las sensaciones físicas de ansiedad.
4. La preocupación por el hecho de estar preocupado.
5. La preocupación por la búsqueda de soluciones a los problemas.

79. Ana está diagnosticada de trastorno obsesivo compulsivo. Algunos de los síntomas que manifiesta son: 1) imágenes recurrentes e intrusivas en las se imagina a su madre muerta, 2) repetir las palabras “salud, amor, Jesús” varias veces cuando aparecen esas imágenes, 3) marcar el número de su madre y colgar cuando contesta, varias veces al día. Elige la respuesta correcta:

1. Todas son compulsiones.
2. Todas son obsesiones.
3. 1y 2 son obsesiones y 3 es una compulsión.
4. 1 es una obsesión, 2 es una compulsión y 3 no es clínicamente relevante.
5. 1 es una obsesión y 2 y 3 son compulsiones.

80. Con respecto a la edad de inicio de la fobia específica, la fobia social y la ansiedad generalizada puede señalarse que:

1. No existe un patrón diferencial de edad de aparición de esos trastornos de ansiedad.

2. La fobia social suele aparecer en la infancia, la ansiedad generalizada en la adolescencia y la fobia específica al final de la adolescencia o a edad adulta temprana.
3. Los tres tipos de trastornos aparecen por igual en edades tempranas.
4. La fobia específica suelen aparecer en la infancia, la fobia social en la adolescencia y la ansiedad generalizada es la última en aparecer.
5. La fobia específica y la fobia social aparecen por igual en la infancia, mientras que la ansiedad generalizada es característica de la mitad de la adolescencia.

81. ¿De qué tipo de fobias es un rasgo distintivo el patrón de respuesta cardiovascular bifásico caracterizado inicialmente por un breve y ligero aumento del ritmo cardíaco y tensión arterial, seguido de una importante activación vasovagal del ritmo cardíaco?:

1. Fobia a las alturas.
2. Fobia a la sangre.
3. Agorafobia.
4. Miedo a las enfermedades.
5. Fobia a los animales.

82. ¿De qué trastorno de ansiedad es característica la ausencia de una clara evitación comportamental?:

1. Fobia específica.
2. Trastorno de Estrés Post-traumático.
3. Agorafobia.
4. Fobia social.
5. Ansiedad generalizada.

83. Por las similitudes de su patrón conductual, algunas teorías recientes consideran que el juego patológico debería clasificarse más bien entre los:

1. Trastornos adictivos.
2. Trastornos obsesivos-compulsivos.
3. Trastornos adaptativos.
4. Trastornos de la personalidad.
5. Trastornos de ansiedad.

84. ¿Qué tipo de tratamiento puede considerarse la administración de metadona en el caso de dependencia de los opiáceos?:

1. Consumo controlado.
2. Manejo de antecedentes y consecuentes.
3. Mantenimiento con agonistas.
4. Bloqueo por antagonistas.
5. Tratamiento aversivo.

85. ¿Qué nombre recibe el trastorno caracterizado por síntomas idénticos los de la esquizofrenia pero con una duración más corta (no más de seis meses)?:

1. Trastorno esquizoide.
2. Trastorno esquizotípico.
3. Trastorno esquizoafectivo.
4. Trastorno delirante.
5. Trastorno esquizofreniforme.

86. Un paciente está convencido de que las risas y conversaciones de sus compañeros de trabajo se relacionan con él. ¿Cómo llamamos a esto?:

1. Delirio de persecución.
2. Tangencialidad.
3. Idea de referencia.
4. Perseveración.
5. Pensamiento mágico.

87. ¿Cuáles son las características principales del trastorno delirante?:

1. Ideas delirantes inverosímiles en ausencia de otros síntomas de esquizofrenia.
2. Ideas delirantes no extrañas en ausencia de otros síntomas de esquizofrenia.
3. Ideas delirantes no extrañas acompañadas de síntomas positivos o negativos de esquizofrenia.
4. Ideas delirantes inverosímiles en ausencia de otros síntomas de la esquizofrenia.
5. Ideas delirantes acompañadas de un deterioro importante de la actividad psicosocial.

88. ¿Cuál de los siguientes síntomas NO ES característico de la esquizofrenia tipo catatónico?:

1. Anhedonia.
2. Inmovilidad motora.
3. Movimientos estereotipados.
4. Negativismo o mutismo.
5. Ecolalia o ecopraxia.

89. ¿Qué caracteriza al paciente con trastorno de somatización y lo diferencia del paciente con hipocondría?:

1. Su elemento motivador es el miedo a la enfermedad.
2. Describe sus síntomas de forma vaga y exagerada.
3. Teme una enfermedad concreta.
4. Sus quejas son limitadas.
5. Muestra una personalidad obsesiva.

90. ¿Cuál de los siguientes es un trastorno somatoforme, según DSM-IV-TR?:

1. El trastorno facticio.
2. El trastorno dismórfico corporal.
3. La fuga disociativa.
4. El trastorno disociativo de identidad.
5. El trastorno distímico.

91. ¿Cuál de los siguientes aspectos caracteriza a la hipocondría?:

1. La pérdida real del funcionamiento físico.
2. Una preocupación excesiva del paciente con una patología orgánica demostrable.
3. Múltiples y variadas quejas somáticas referentes a síntomas gastrointestinales, de dolor, sexuales y pseudoneurológicos.
4. La interpretación errónea de las sensaciones corporales como signo de enfermedad.
5. La preocupación por un defecto imaginado en la apariencia física.

92. La relación a al Hipertensión de Bata Blanca (HBB), señala la afirmación correcta:

1. La HBB hace referencia a una elevación artefactual de la presión arterial provocada por la presencia del personal sanitario durante el proceso de medida que reduce la validez del diagnóstico y en la que el estatus social atribuido al personal médico puede inducir a dicha elevación.
2. La HBB hace referencia a una elevación artefactual de la presión arterial provocada por la presencia del personal sanitario durante el proceso de medida en personas con niveles de ansiedad altos.
3. La HBB hace referencia a una elevación artefactual de la presión arterial provocada por la presencia del personal sanitario durante el proceso de medida en personas que presentan una alta labilidad de la presión arterial.
4. La HBB está presente en aquellos pacientes con personalidad Tipo H, personalidad predispuesta a la HBB.
5. Las personas con HBB presentan un riesgo cardiovascular mayor que las personas normotensas.

93. Señala la afirmación falsa:

1. El patrón de conducta tipo A se considera un factor de riesgo independiente para los trastornos coronarios con el mismo orden de magnitud que el riesgo asociado a factores como el tabaco, el colesterol o la presión sistólica.
2. Los metaanálisis de revisión sobre las conductas y factores de personalidad asociados con los trastornos coronarios indican que la ira y la hostilidad son predictores significativos de los trastornos coronarios.
3. Uno de los aspectos más importantes del patrón de conducta tipo A es la reactividad psicofisiológica, ya que contribuye al daño arterial con el aumento de los depósitos de placas de colesterol.
4. La hostilidad es la dimensión con menor valor predictor de riesgo para los trastornos coronarios.

5. La depresión es un factor de riesgo emocional significativo de enfermedad coronaria, infarto de miocardio y mortalidad cardiaca.

94. ¿Qué características integran la personalidad con propensión al cáncer?:

1. Extremadamente paciente y cooperativa, asertiva, buscadora de armonía y con tendencia a la negación de emociones.
2. Evitadora de conflictos, con tendencia a la supresión de reacciones emocionales e incapacidad de hacer frente al estrés con sentimientos de desesperación y desamparo, dócil.
3. Con tendencia a la supresión y/o negación de reacciones emocionales fuertes, asertiva e independiente.
4. Dócil, defensiva, dominante, apaciguadora y cooperativa.
5. Apaciguadora, impaciente, cooperativa y buscadora de armonía.

95. En relación a los mensajes informativos para modificar conductas de salud es cierto que:

1. Deben ser los propios destinatarios los que extraigan las conclusiones.
2. Si se presupone que la audiencia es escéptica o crítica, el mensaje no debe mencionar las posibles objeciones que tendría el receptor y ha de centrarse en describir las consecuencias indeseables de las prácticas negativas de salud.
3. Los mensajes han de ser técnicos, claros, concisos y con complejidad para que la mayor parte de los destinatarios capten las consecuencias de las prácticas negativas de salud.
4. Los mensajes informativos son más efectivos si el comunicador que los presenta no es experto en la materia.
5. Los mensajes deben ser claros, concisos y no demasiado complejos.

96. En relación a la acción del VIH en el organismo es cierto que:

1. Hasta que no transcurre el período ventana, que oscila entre cuatro y seis meses desde la práctica del riesgo, resulta muy difícil determinar si el individuo expuesto al virus se ha infectado o no.
2. En el período ventana, entre dos y tres meses desde la práctica de riesgo, pueden darse casos en los que la prueba de detección de anticuerpos sea negativa y el sujeto esté infectado.
3. En el período ventana, entre dos y tres meses, el sujeto infectado aún no transmite el virus a otros sujetos.
4. En la fase asintomática, que dura seis meses, la persona infectada no experimenta ningún síntoma y no trasmite el VIH.

5. En la fase asintomática, período de tiempo indeterminado que puede durar desde unos meses hasta muchos años, la persona infectada que no ha desarrollado la enfermedad no transmite el VIH.

97. Una persona con diagnóstico de fobia social está preocupada porque pueda decir algo estúpido o inconveniente en una conversación, y lo intenta prevenir mediante la comparación de lo que está a punto de decir con cualquier cosa que haya dicho en los últimos minutos. ¿A qué concepto psicológico hace referencia este comportamiento que dificulta desconfirmar su temor de que está en peligro de ser visto como estúpido?:

1. Intención paradójica.
2. Conductas de seguridad.
3. Compulsión.
4. Evitación.
5. Memorias recurrentes.

98. ¿Qué se conoce como síndrome de Wernicke-Korsakoff?:

1. Un cuadro de tipo psicótico relacionado con la abstinencia del alcohol.
2. Un trastorno amnésico relacionado con el consumo continuado de alcohol.
3. Un tipo específico de delirium relacionado con la abstinencia del alcohol.
4. Un cuadro de delirium asociado a la intoxicación por alcohol.
5. Un trastorno sexual inducido por el consumo de alcohol.

99. Según el DSM-IV-TR, una de las diferencias importantes entre un episodio maníaco y uno hipomaníaco es:

1. En el episodio hipomaníaco no pueden aparecer síntomas psicóticos, y en el maníaco sí pueden aparecer.
2. En el episodio hipomaníaco no pueden aparecer síntomas psicóticos, y en el maníaco siempre aparecen síntomas psicóticos.
3. La duración de los episodios: El episodio maníaco es más largo que el hipomaníaco.
4. En el episodio hipomaníaco no se dan inequívocos del funcionamiento de las personas, y en el episodios maníaco, sí.
5. Síntomas como actividad de alto riesgo potencial (por ejemplo, negocios absurdos), pueden aparecer en el episodio maníaco pero no en el episodio hipomaníaco.

100. Una persona durante todos los días de una semana cumple todos los criterios de un episodio maníaco y de un episodio depresivo mayor (excepto en lo que respecta a la duración), y esta fluctuación del estado de ánimo diaria es sufi-

cientemente grave como para provocar un importante deterioro o para necesitar hospitalización. Siguiendo el DSM-IV-TR, ¿Cuál podría ser el diagnóstico más probable?:

1. Trastorno bipolar tipo II.
2. Episodio mixto.
3. Ciclotimia.
4. Trastorno depresivo mayor.
5. Recibiría un diagnóstico doble: Episodio maníaco más episodio depresivo mayor.

101. ¿A qué se refiere el termino “depresión doble”?:

1. Dos episodios depresivos mayores consecutivos pero en los que no habido más de dos meses sin síntomas entre ellos, es decir, no se ha llegado a recuperar del todo.
2. El diagnóstico que se le da a una persona que lleva años sufriendo una ciclotimia y a partir de un momento dado se superponen episodios depresivos menores.
3. El diagnóstico que recibe una persona que lleva años sufriendo una depresión psicótica y a partir de un momento dado, desarrolla sintomatología de una depresión neurótica.
4. El diagnóstico que recibe un paciente que muestra conjuntamente cuadros clínicos de un trastorno depresivo mayor y un trastorno distímico (generalmente, se trata de un trastorno distímico, en el que transitoriamente, los síntomas se agravan hasta cumplir criterios de un episodio depresivo mayor).
5. Se le llama así al trastorno depresivo mayor recurrente (no es una terminología propia del DSM-IV).

102. De todos los síntomas que forman parte del diagnóstico del episodio depresivo mayor ¿cuáles son necesarios para su diagnóstico, según el DSM-IV-TR?:

1. Cambio en el peso: La pérdida de peso (por la pérdida de apetito), o el aumento del peso (por el aumento del apetito).
2. El estado de ánimo triste, abatido, deprimido y/o la pérdida de la capacidad de placer (anhedonia) con las cosas que solía disfrutar.
3. Los síntomas cognitivos tales como la memoria, la atención y la falta de concentración, se ven afectados drásticamente.
4. El estado de ánimo triste, abatido, deprimido y las ideas recurrentes de muerte.
5. La pérdida de la capacidad de placer (anhedonia) con las cosas que solía disfrutar y los problemas de sueño (generalmente insomnio, aunque en algunos casos, puede ocurrir lo contrario, es decir, dormir muchas más horas de lo normal, fenómeno se conoce como *depresión morféica*).

- 103. Una persona presenta, entre otras, las siguientes características de personalidad: expresiones emocionales de forma exagerada, con tendencia a la teatralidad, emocionalmente voluble, fácilmente sugestionable, expresión emocional superficial, interacción con los demás a través de conductas sexualmente seductoras, deseo imperioso de ser el centro de atención. ¿Qué diagnóstico podría ser el más probable?:**
1. Trastorno de personalidad por dependencia.
 2. Trastorno pasivo-agresivo de la personalidad.
 3. Trastorno narcisista de la personalidad.
 4. Trastorno límite de la personalidad.
 5. Trastorno histriónico de la personalidad.
- 104. De los trastornos de tipo psicótico que se distinguen actualmente, ¿cuál de ellos se corresponde con la *hebefrenia* descrita por Kraepelin?:**
1. Esquizofrenia tipo catatónico.
 2. Trastorno esquizoafectivo.
 3. Esquizofrenia tipo paranoide.
 4. Esquizofrenia tipo desorganizado.
 5. Trastorno delirante.
- 105. Los trastornos de inclinación sexual comprenden:**
1. Trastornos parafilicos y parafilias.
 2. Fracaso de la respuesta sexual.
 3. Posturas sesgadas.
 4. Síndrome homolateral.
 5. Comportamiento sadomasoquista pactado.
- 106. Dentro de los trastornos del deseo sexual se encuentran:**
1. Trastornos de excitación sexual en la mujer.
 2. Trastorno de la erección en el varón.
 3. Trastorno por aversión al sexo.
 4. Trastorno orgásmico femenino.
 5. Eyaculación precoz.
- 107. De los trastornos mentales con mayores tasas de mortalidad se encuentra:**
1. Trastornos de ansiedad generalizada.
 2. El trastorno adaptativo.
 3. El trastorno de pánico.
 4. La anorexia nerviosa.
 5. El trastorno de ingesta en la infancia.
- 108. Las personas muy preocupadas por su aspecto físico presentan pensamientos intrusos y rituales con respecto a su aspecto; pero sólo se debe realizar el diagnóstico de trastorno obsesivo compulsivo cuando:**
1. Presentan ideas sobrevaloradas sobre la delgadez.
 2. Presentan ideas sobrevaloradas sobre la salud.
 3. El contenido de los pensamientos o rituales no se circunscriben al aspecto físico.
 4. La preocupación por el defecto imaginario es delirante.
 5. La persona se auto-agrade por su aspecto físico.
- 109. Los episodios de atracón, como criterio diagnóstico en el DSM IV tanto en la *Bulimia Nerviosa* como el *Trastorno por Atracón*, además de presentar la característica de comer una gran cantidad de comida, ha de completarse con otra característica, a saber:**
1. El miedo a ser descubierta durante el episodio.
 2. La sensación de perder el control sobre la ingesta de alimento.
 3. La vergüenza al recordar el episodio.
 4. Comer con mucha rapidez.
 5. Llevar la intención de purgarse después.
- 110. ¿En cuál de los siguientes trastornos de la conducta alimentaria NO se producen conductas compensatorias inapropiadas encaminadas a mitigar el efecto en el peso de la sobre-ingesta (vómitos, laxantes, diuréticos, ayuno, ejercicio excesivo...)?:**
1. Anorexia nerviosa subtipo purgativo.
 2. Obesidad.
 3. Trastorno por Atracón.
 4. Anorexia.
 5. Síndrome purgativo.
- 111. Un paciente con esquizofrenia afirma que ha descubierto que sus pensamientos son captados y transmitidos por radio. De los siguientes, ¿a qué tipo de idea delirante se ajusta este ejemplo?:**
1. Difusión del pensamiento.
 2. Inserción del pensamiento.
 3. Robo del pensamiento.
 4. Delirios de control.
 5. Lectura del pensamiento.
- 112. Existe cierto solapamiento entre la fobia social del tipo generalizado y un trastorno de personalidad concreto, ¿con qué trastorno de personalidad se solapa?:**
1. Trastorno de la personalidad por dependencia.
 2. Trastorno paranoide de la personalidad.
 3. Trastorno esquizoide de la personalidad.
 4. Trastorno esquizotípico de la personalidad.
 5. Trastorno de la personalidad por evitación.
- 113. Si una persona desde muy joven presenta características tales como: es una persona solitaria, sin relaciones personales íntimas ni de confianza, no disfruta con casi ninguna actividad, eligiendo siempre actividades solitarias,**

indiferente a la alabanza o a la crítica y restricción en la expresión emocional (frialdad, distanciamiento, y aplanamiento de la afectividad), incapaz de expresar sentimiento de empatía, ¿Qué trastorno podría presentar?:

1. Trastorno antisocial de la personalidad.
2. Trastorno paranoide de la personalidad.
3. Trastorno esquizotípico de la personalidad.
4. Trastorno esquizoide de la personalidad.
5. Trastorno de la personalidad por evitación.

114. Según la epidemiología descriptiva, ¿qué tasa indica el número de casos nuevos de un trastorno en un periodo de tiempo determinado?:

1. La frecuencia del trastorno.
2. La incidencia del trastorno.
3. La distribución del trastorno.
4. La prevalencia del trastorno.
5. La acumulación del trastorno.

115. En un estudio experimental de condicionamiento de miedo fóbico, se encontró que la resistencia a la extinción de las respuestas autónomas condicionadas a un estímulo potencialmente fóbico (diapositiva de una araña), era mayor que la resistencia a la extinción de las respuestas condicionadas a un estímulo neutro (diapositiva de una flor). ¿A cuál de las siguientes teorías y/o modelos dan apoyo estos resultados?:

1. A la teoría de la preparación de Seligman.
2. Al modelo de condicionamiento clásico.
3. Al modelo bifactorial mediacional de Mowrer.
4. Al modelo del condicionamiento operante.
5. A la teoría de la indefensión aprendida.

116. ¿Cuál de los siguientes se considera un síntoma positivo de la esquizofrenia?:

1. El estado de ánimo deprimido.
2. Las alucinaciones.
3. El aplanamiento afectivo.
4. La pobreza del lenguaje.
5. La apatía.

117. ¿Qué nombre recibe la pérdida o deterioro, no intencional, de alguna función motora o sensorial para la que existe una patología orgánica demostrable?:

1. Trastorno dismórfico corporal.
2. Hipocondría.
3. Somatización.
4. Trastorno inhibitorio.
5. Trastorno de conversión.

118. ¿Cuál es la principal diferencia entre la esquizofrenia y el trastorno esquizofreniforme?:

1. El trastorno esquizofreniforme, a diferencia de la esquizofrenia, no presenta alucinaciones auditivas.
2. El trastorno esquizofreniforme tiene una duración más breve que la esquizofrenia.
3. El trastorno esquizofreniforme se caracteriza por delirios más sistematizados que los propios de la esquizofrenia.
4. En el trastorno esquizofreniforme no hay síntomas negativos.
5. El trastorno esquizofreniforme, a diferencia de la esquizofrenia, es de comienzo tardío (entre los 45-50 años).

119. El trastorno bipolar tipo II se caracteriza por:

1. La aparición de uno o más episodios maníacos o episodios mixtos.
2. La aparición de uno o más episodios maníacos acompañados de episodios distímicos.
3. La aparición de uno o más episodios depresivos mayores acompañados por al menos un episodio hipomaniaco.
4. La aparición de un episodio maníaco inducido por sustancias.
5. La aparición de uno o más episodios depresivos acompañados de episodios ciclotímicos.

120. ¿De qué subtipo de esquizofrenia son más características las alucinaciones auditivas?:

1. Tipo paranoide.
2. Tipo desorganizado.
3. Tipo catatónico.
4. Tipo residual.
5. Tipo hebefrénico.

121. ¿Qué nombre se da a la pseudopercepción que se produce en situaciones ligadas al paso de un estado de vigilia al sueño?:

1. Imagen mnémica.
2. Imagen hipnagógica.
3. Imagen parásita.
4. Imagen hipnopómpica.
5. Imagen alucinoide.

122. ¿Qué trastorno del pensamiento implica pobreza de ideas y lentitud mental?:

1. Taquipsiquia.
2. Fuga de ideas.
3. Bradipsiquia.
4. Perseverancia.
5. Disgregación.

123. Se lleva a cabo un estudio en el que se analizan las diferencias entre pacientes con esquizofrenia y sujetos "normales" en una tarea de atención sostenida. De los siguientes, ¿qué diseño de investigación emplea el mencionado estudio?:

1. Evaluación transversal.
2. Seguimiento retrospectivo.
3. Seguimiento prospectivo.
4. Evaluación retrospectiva.
5. Evaluación longitudinal.

124. Desde el modelo biológico, ¿qué se consideraría la pérdida de peso en una persona con trastorno de la conducta alimentaria?:

1. Un signo del trastorno.
2. Un síndrome del trastorno.
3. Un síntoma del trastorno.
4. Una tipología del trastorno.
5. Un factor etiológico del trastorno.

125. Cuando observamos que existe una discordancia entre la expresión facial y gestual y los contenidos psicoafectivos, podemos indicar que se trata de:

1. Hiperimia generalizada.
2. Hiperimia polarizada.
3. Hipomimia.
4. Dismimia.
5. Ecomimia.

126. A la dificultad para llevar a cabo actividades propositivas que exija secuenciar y coordinar adecuadamente una serie de movimientos, se la denomina:

1. Discinesia aguda.
2. Discinesia tardía.
3. Apraxia.
4. Acatisia.
5. Disonía.

127. Los problemas de memoria presentes en la demencia tipo Alzheimer se caracterizan por:

1. Los problemas iniciales afectan a la memoria semántica.
2. Dificultad preferentemente para el recuerdo de acontecimientos lejanos en el tiempo.
3. Afectación exclusiva de acontecimientos recientes.
4. Preservación en la memoria episódica.
5. Afectación especial de la memoria episódica aunque también se ven afectados los aspectos semánticos.

128. Cuando se tiene la experiencia de que un recuerdo no es experimentado como tal, y por lo tanto se cree que se trata de una producción original, nos encontramos ante un fenómeno de:

1. Déjà vu.
2. Jamais vu.
3. Confabulación.
4. Criptomnesia.
5. Laguna temporal.

129. La incapacidad para distinguir lo real de lo imaginario, con pérdida de capacidad para tener un pensamiento claro y coherente, la encontramos en:

1. Obnubilación.
2. Estupor.
3. Letargia.
4. Sopor.
5. Estado confusional.

130. Señala cuál de las siguientes afirmaciones acerca de las personas que padecen Trastorno de Estrés Postramático es falsa:

1. Suelen revivir intensamente la situación traumática vivida en forma de imágenes y recuerdos.
2. El curso más probable del trastorno en ausencia de tratamiento es la remisión espontánea.
3. Tienden a evitar los lugares o situaciones asociados al hecho traumáticos.
4. Es más probable que lo desarrollen cuando el trauma acontece en un lugar seguro o familiar (casa, trabajo, etc).
5. La cronificación del trastorno es más probable que suceda cuando los pacientes muestran embotamiento afectivo frente a hipervigilancia y sobresalto.

131. Cuando un paciente no percibe algo que realmente existe, hablamos de:

1. Alucinación refleja.
2. Alucinación funcional.
3. Alucinación negativa.
4. Alucinación extracámpica.
5. Pseudoalucinación.

132. A la visión de uno mismo en el espacio exterior se le denomina:

1. Metamorfopsia.
2. Imagen eidética.
3. Autoscopia.
4. Pareidolia.
5. Alucinación extracámpica.

133. La combinación de distintas cualidades sensoriales al fundirse en una única experiencia perceptiva es conocida como:

1. Sensaciones anormales simultáneas.
2. Contaminación perceptiva.
3. Sinestesia.
4. Escisión.
5. Alucinación refleja.

134. A la incapacidad para atribuir significado y reconocer la experiencia perceptiva, se la de-

nomina:

1. Agnosia.
2. Anosmia.
3. Ageusia.
4. Acatisia.
5. Extrañeza perceptiva.

135. La distraibilidad o labilidad de la atención, es también denominada:

1. Aproxexia.
2. Hipoprosexia.
3. Pseudoaproxexia.
4. Hiperproxexia.
5. Paraproxexia

136. La hiperproxexia es típica en pacientes con alteraciones de tipo:

1. Maníaco.
2. Obsesivo.
3. Depresivo.
4. Esquizofrénico.
5. Trastorno límite de la personalidad.

137. Los pacientes con Alzheimer muestran un deterioro severo en el recuerdo de sucesos pasados, especialmente, de los ocurridos a partir del inicio de la edad adulta. ¿Qué nombre recibe este tipo de amnesia?:

1. Amnesia funcional.
2. Amnesia anterógrada.
3. Amnesia retrógrada.
4. Amnesia léxica.
5. Síndrome amnésico.

138. En los casos más dramáticos de trastornos obsesivo compulsivo, donde han fracasado todas las estrategias farmacológicas y todas las técnicas de tratamiento psicológico cognitivo conductuales, se suele intentar:

1. La terapia electroconvulsiva.
2. La estimulación magnética transcranial.
3. Un tratamiento psicoanalítico de larga duración.
4. Psicocirugía mediante capsulotomía bilateral anterior o cingulotomía.
5. Psicocirugía mediante lobotomía bilateral.

139. El efecto sobre los síntomas obsesivo compulsivos de la terapia conductual es:

1. Similar de los psicofármacos.
2. Claramente inferior a los psicofármacos.
3. Muy superior a los psicofármacos.
4. Muy similar al efecto placebo.
5. Inexistente cuando no se usan psicofármacos.

140. La utilización de fármacos ansiolíticos en el

trastorno obsesivo compulsivo:

1. Resulta aconsejable cuando el paciente tiene que realizar un tratamiento de exposición con prevención de respuesta.
2. Se recomienda siempre que la ansiedad concomitante sea muy elevada.
3. Se recomienda en pacientes con un trastorno de personalidad concomitante.
4. Reducen la ansiedad, aunque no tiene efecto, sobre el fenómeno obsesivo compulsivo.
5. Resulta conveniente siempre, ya que se trata de un trastorno de ansiedad.

141. Una importante fuente de error en la aplicación de la Asignación de Tareas Graduales, en la terapia cognitiva de Beck es:

1. Realizar las tareas graduales en la consulta, ya que el paciente atribuirá el éxito al terapeuta.
2. No designar y entrenar a un coterapeuta para su aplicación.
3. Que el terapeuta no comente con la suficiente profundidad con el paciente las evaluaciones de éste.
4. Previamente a la aplicación no haber corregido en profundidad las distorsiones cognitivas del paciente.
5. Aplicarla en pacientes menos graves, ya que es una técnica destinada a pacientes con depresión grave.

142. En el manejo de la transición de rol de la psicoterapia interpersonal, el paciente debe:

1. Renunciar al rol actual, expresar sentimientos de culpa, enfado o pérdida, adquirir nuevas habilidades y establecer nuevos vínculos y grupos de apoyo.
2. Elaborar el duelo por el rol perdido, trabajar en la inoculación del estrés y adquirir habilidades de relajación.
3. Realizar un entrenamiento en habilidades de solución de problemas.
4. Realizar un registro de los pensamientos que le provocan ansiedad anticipatoria.
5. Abordar las relaciones interpersonales conflictivas con sus superiores o sus compañeros de trabajo.

143. De los siguientes enunciados sobre el riesgo suicida en pacientes con depresión, señale el FALSO:

1. Una mejoría repentina en un paciente que anteriormente estaba agitado es una señal de peligro.
2. Muchos pacientes que han consumado el suicidio consultan un servicio psiquiátrico la semana previa al suicidio.
3. Los intentos de suicidio que se hacen como una forma de resolver el sufrimiento son más

peligrosos que los relacionados con un intento de producir un cambio en otras personas o en el ambiente.

4. A mayor número de intentos previos, hay más posibilidades de que se consuma el suicidio en un intento posterior.
5. Algunos pacientes acometen el suicidio por sentirse una carga para sus familiares.

144. En el tratamiento del trastorno afectivo bipolar ¿Cuál es el tratamiento coadyuvante con mayor consenso para ser aplicado:

1. Terapia interpersonal y de ritmo social.
2. Programa de prevención de recaídas.
3. Terapia cognitiva.
4. Psicoeducación.
5. Terapia de grupo.

145. La terapia interpersonal y del ritmo social está orientada al tratamiento de:

1. El trastorno límite de personalidad.
2. El trastorno bipolar.
3. El trastorno histriónico de la personalidad.
4. El trastorno antisocial de la personalidad.
5. La fobia social.

146. La terapia psicológica de potenciación de estrategias de afrontamiento diseñada por Tarrier se aplica fundamentalmente en la esquizofrenia y se compone de diferentes elementos. Señale el único que NO corresponde a esa terapia:

1. Autoinstrucciones.
2. Técnicas de distracción.
3. Relajación o respiración controlada.
4. Aumento del número de actividades diarias.
5. Modificación de creencias disfuncionales.

147. Si un paciente con esquizofrenia en la primera sesión de tratamiento psicológico nos dice que le visitan seres extraterrestres que conducen al espacio exterior y a continuación pregunta ¿me cree? ¿Cree en los seres extraterrestres? El terapeuta debería contestar:

1. “¿Se ha fijado si ve los extraterrestres cuando deja de tomar la medicación?”.
2. “Creo que su experiencia no es más que un síntoma de su enfermedad”.
3. “Sería negligente por mi parte contestarle sin indagar, me gustaría primero atender bien a lo que me está usted contando e intentar entenderle mejor”.
4. “Honestamente, no creo que hayan extraterrestres pero eso no debe importar en nuestra relación terapéutica”.
5. “Sí, yo creo en todas esas cosas, ya verá como nos vamos a entender”.

148. La terapia cognitiva de Chadwick, Birchwood y

Troer (1996) que está indicada en la modificación de las creencias delirantes de la esquizofrenia consiste en aplicar la siguiente(s) técnica(s):

1. El desafío verbal y la prueba de realidad.
2. Psicoeducación y las técnicas de distracción.
3. Potenciación de las estrategias de afrontamiento.
4. Psicoeducación y reducción de la emoción expresada.
5. Entrenamiento en habilidades de cognición social.

149. Combinando con la medicación antipsicótica, el tratamiento psicológico que parece haber demostrado mayor eficacia en la reducción de las recaídas y hospitalizaciones en la esquizofrenia es:

1. La intervención familiar.
2. La terapia de focalización.
3. La psicoeducación individual.
4. La potenciación de estrategias de afrontamiento.
5. El entrenamiento en habilidades sociales interpersonales.

150. El módulo de diferenciación cognitiva de la Terapia Psicológica Integrada (IPT) de Brenner y cols. (1992) tiene como foco de intervención:

1. Análisis e interpretación de diferentes estímulos sociales.
2. Habilidades de atención y formación de conceptos.
3. Competencia en habilidades de cognición social.
4. Detección y restructuración de esquemas cognitivos disfuncionales.
5. Habilidades cognitivas de autocontrol.

151. El tratamiento farmacológico antipsicótico en la esquizofrenia:

1. Predispone negativamente al paciente respecto a la terapia cognitiva.
2. Dificulta la realización de enganche terapéutico.
3. Disminuye la probabilidad de obtener efectos positivos con la terapia cognitiva.
4. No tiene ninguna influencia sobre el efecto de la terapia cognitiva.
5. Aumenta la probabilidad de obtener efectos positivos con la terapia cognitiva.

152. La terapia de focalización de Slade y Bentall (1988) se utiliza en el tratamiento de:

1. El trastorno por déficit de atención sin hiperactividad.

2. Las disfunciones sexuales y las terapias de pareja.
3. Las alucinaciones auditivas de la esquizofrenia.
4. El pensamiento disgregado en la esquizofrenia.
5. La presión del habla en la fase maníaca del trastorno bipolar.

153. ¿Cuál de los siguientes componentes terapéuticos caracteriza de modo particular al programa de intervención en la hipocondría de Barsky y cols. (Barsky 1988, 2004)?:

1. Exposición a estímulos interoceptivos.
2. Análisis de los amplificadores sintomáticos.
3. Intención paradójica.
4. Supresión de la atención a las quejas de los pacientes.
5. Experimentos conductuales.

154. En el programa de tratamiento de la hipocondría de Warwick y Salkoskis (1989):

1. Al paciente se le prohíbe ir al médico ante cualquier síntoma.
2. Se emplea como técnica terapéutica el uso de información médica tranquilizadora.
3. Se establece un contrato terapéutico con el paciente en el que se somete a prueba la hipótesis de trabajo.
4. Tiene un papel central las técnicas de desensibilización sistemática y relajación aplicada.
5. Se instruye a los sujetos a desatender los síntomas desagradables.

155. ¿Con qué propósito terapéutico se puede indicar al sujeto afecto de un Trastorno Hipocondríaco que centre selectivamente la atención en su cuerpo?:

1. Inducir la búsqueda de información tranquilizadora.
2. Plantear la somatización como un patrón de afrontamiento de la inestabilidad personal.
3. Establecer la relación entre síntomas somáticos y carencias de self.
4. Facilitar los ejercicios de exposición imaginada.
5. Mostrar el efecto que la vigilancia ejerce en la percepción de las sensaciones corporales.

156. ¿Cuál es la técnica conductual más empleada en la actualidad en el tratamiento del Trastorno Dismórfico Corporal?:

1. Castigo de las conductas de reaseguración.
2. Refuerzo positivo del acercamiento social.
3. Exposición a las situaciones evitadas.
4. Saciación de los rituales de acicalamiento.
5. Coste de respuesta de las quejas sobre la apariencia.

157. ¿Cuál es el objetivo fundamental de las estrategias actuales de tratamiento del trastorno de identidad disociativo?:

1. Transformar el recuerdo en un suceso actual.
2. Proporcionar apoyo a la persona hasta la resolución espontánea del trastorno.
3. Eliminar las ganancias secundarias del paciente.
4. Identificar los activadores que promueven los recuerdos del trauma y obtener el control de los sucesos horribles.
5. Mantener alejado de la conciencia el afecto negativo.

158. ¿En qué casos se ha demostrado conveniente asociar el uso del modelado participante a la exposición en el tratamiento de las fobias específicas?:

1. Claustrofobia.
2. Fobia a conducir.
3. Fobia a los ascensores.
4. Cuando hay que enseñar habilidades al sujeto.
5. En ningún caso se ha demostrado la conveniencia del modelado.

159. ¿Cómo podemos mejorar la eficacia de la exposición en el tratamiento de las fobias específicas?:

1. Extendiendo el tiempo transcurrido entre sesiones.
2. Asociando a la exposición un tratamiento con benzodiacepinas.
3. Empleando la exposición imaginada en lugar de la exposición en vivo.
4. Prolongando la duración de las sesiones de exposición.
5. Permitiendo al sujeto escapar de la situación cuando su ansiedad aumente.

160. ¿A cuál de las siguientes variables se han asociado los mejores resultados terapéuticos en la Fobia Social?:

1. Entrenamiento en habilidades sociales.
2. Apoyo familiar.
3. Ausencia de síntomas fisiológicos.
4. Experiencia previa en psicoterapia.
5. Cumplimiento de las tareas de exposición entre sesiones.

161. ¿En qué consiste la técnica conocida como “práctica programada” empleada en el tratamiento de la agorafobia?:

1. Exposición en vivo a la situación temida, asistido por un coterapeuta no profesional.
2. Autoexposición en vivo sin asistencia.
3. Exposición en vivo con terapeuta.

4. Exposición imaginada a la situación temida.
5. Entrenamiento guiado en respiración lenta y relajación muscular.

162. Con respecto al uso del formato grupal en el tratamiento de la Fobia Social, los estudios indican:

1. Es más efectivo que el formato individual.
2. Es menos efectivo que el tratamiento individual.
3. Es igualmente efectivo que el formato individual pero resulta más costoso.
4. Es igualmente efectivo que el formato individual pero resulta menos costoso.
5. Sólo es aplicable en raras ocasiones por el amplio rechazo de los sujetos al trabajo grupal.

163. ¿Qué técnica recomienda Clark y Beck (2010) en el contexto de la terapia cognitiva para la Fobia Social, con el fin de subrayar los efectos negativos del exceso de atención focalizada?:

1. "Role-playing" o ensayo conductual grabado en vídeo.
2. Análisis coste-beneficio.
3. Descatastrofización.
4. Preparación para el peor resultado.
5. Valoración de probabilidad y gravedad.

164. ¿Cuál de los siguientes se considera un predictor de mala respuesta al tratamiento de exposición en el Trastorno de Estrés Postraumático?:

1. Miedo intenso.
2. Sentimientos de ira o culpa.
3. Haber sobrevivido a una catástrofe.
4. Abusos sexuales.
5. Insomnio grave.

165. En relación con la técnica de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (DRMO) de Shapiro, los datos disponibles señalan:

1. Su eficacia en el tratamiento del Estrés Postraumático (TEPT) es notablemente inferior a las técnicas cognitivo-conductuales y de exposición.
2. Es considerada un tratamiento bien establecido para el TEPT.
3. No se aconseja su uso en víctimas de sucesos traumáticos.
4. Existe controversia acerca del papel específico de los movimientos oculares como componente necesario de la técnica.
5. Debe utilizarse asociada al entrenamiento en relajación.

166. Siguiendo los criterios de los tratamientos basados en la evidencia, en la actualidad se consi-

deran tratamientos bien establecidos para el Trastorno de Pánico los programas de Barlow y Clark. ¿Qué diferencia principal existe entre ambas intervenciones?:

1. El programa de Barlow se basa en las técnicas de inoculación de estrés, y el de Clark en la relajación aplicada.
2. El programa de Clark se centra en los ejercicios de exposición en vivo, mientras que el de Barlow hace énfasis en el entrenamiento auto-instruccional.
3. Los programas aplican las mismas técnicas, pero el de Barlow en formato individual y el de Clark en formato grupal.
4. La intervención de Clark no contempla el uso de experimentos conductuales.
5. La propuesta de Barlow da una importancia central a la exposición a sensaciones interoceptiva, y el de Clark enfatiza la intervención cognitiva.

167. ¿En qué trastorno de ansiedad se considera como una intervención probablemente eficaz al programa de Relajación Aplicada de Öst?:

1. Fobia social.
2. Trastorno de Estrés Postraumático.
3. Agorafobia.
4. Trastorno de Pánico.
5. Fobia a la sangre.

168. ¿Qué nombre recibe la técnica empleada en el tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada en la que se pide a la persona que suponga que su peor temor o escenario se cumple, y a continuación busque soluciones realistas al mismo?:

1. Guión del peor escenario.
2. Descatastrofización.
3. Afrontamiento de la incertidumbre.
4. Revaloración de la amenaza.
5. Procesamiento de la metapreocupación.

169. Cuando a un paciente que padece Trastorno de Ansiedad Generalizada se le indica que deje de llamar frecuentemente a sus seres queridos para comprobar que se encuentran bien, o que no acuda con antelación a sus citas, se está aplicando la técnica conocida como (Brown, O'Leary y Narlow, 1993):

1. Exposición a la preocupación.
2. Procesamiento intencionado de señales de seguridad.
3. Prevención de las conductas de preocupación.
4. Inducción de la rumiación.
5. Evitación encubierta.

170. Cuando en un programa de promoción de la salud hablamos de factores que explican la

aparición de un problema concreto de salud, estamos refiriéndonos a los denominados:

1. Factores de riesgo.
2. Factores contribuyentes.
3. Marcadores de riesgo.
4. Marcadores de salud.
5. Objetivos específicos.

171. En el ámbito de la prevención de la infección por VIH, los esfuerzos dirigidos a prevenir la aparición de la enfermedad en personas sanas promocionando el uso del preservativo, entrarían dentro de lo que denominamos:

1. Promoción de la salud.
2. Prevención primaria.
3. Prevención secundaria.
4. Prevención terciaria.
5. Prevención cuaternaria.

172. ¿Qué teoría explicativa del dolor fue desarrollada por Melzack y Wall (1965):

1. Teoría de la Especificidad.
2. Teoría de la Sumación.
3. Teoría de la Puerta.
4. Teoría Sensorial-discriminativa.
5. Teoría de la globalidad.

173. ¿Cuál de los siguientes aspectos constituye el principal foco de atención psicológica en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo I o insulino-dependiente?:

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

174. Los estudios sobre la eficacia de distintas técnicas de intervención en pacientes con asma bronquial indican que:

1. Los programas de automanejo son programas bien establecidos con evidencia empírica
2. La terapia familiar es el tratamiento de elección para estos pacientes.
3. La relajación es una técnica eficaz especialmente para los pacientes que tienen asociado al asma un componente emocional.
4. La relajación no ha mostrado ninguna eficacia.
5. La única técnica que ha mostrado su eficacia es la exposición a episodios asmáticos.

175. La Terapia Focalizada en la Transferencia (Clarkin, Lewin, Lenzenweger y Kernberg, 2004) y El Tratamiento Basado en la Mentalización (Bateman y Fonagy, 2001) cuenta con resultados favorables aplicada al trastorno de personalidad:

1. Dependiente.
2. Límite.
3. Por evitación.
4. Esquizoide.
5. Antisocial.

176. ¿Qué característica de las que definen los esquemas tempranos desadaptativos (ETD) en la Terapia de Esquemas de Young es FALSA?:

1. Son verdaderos e incondicionales.
2. Sus orígenes se encuentran en necesidades emocionales básicas.
3. Son funcionales.
4. Distorsionan el procesamiento de información.
5. Se desencadenan por determinados acontecimientos ambientales.

177. A diferencia de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), la Terapia Interpersonal (TIP) en la bulimia nerviosa:

1. Se centra en cambiar los pensamientos y creencias disfuncionales, se prescriben tareas para casa y se realizan ensayos de nuevas habilidades.
2. Se realiza exclusivamente de forma personalizada, con la finalidad de aumentar la autoeficacia interpersonal.
3. Consta de dos fases: identificación de los problemas interpersonales y, posteriormente, identificación de los posibles medios de hacerles frente.
4. Es la única terapia que produce mejoría en la creencia del paciente de que es capaz de solucionar su problema.
5. Parte del supuesto de que los problemas interpersonales les genera estrés personal que provocan sentimientos de ansiedad y depresión, desencadenándose episodios de atracón y pérdida de control sobre la comida.

178. ¿Qué tipo de modalidad terapéutica elegirías en la intervención de una adolescente de 14 años que presenta un trastorno alimentario tipo anorexia nerviosa restrictiva y cuyo Índice de masa corporal es de 14?:

1. Programa cognitivo conductual de Fairburn.
2. Tratamiento ambulatorio de hábitos alimentarios.
3. Ingreso hospitalario para restitución del peso y normalización de hábitos alimentarios.
4. Control de contingencias en el domicilio de la paciente.
5. Terapia racional emotiva.

179. ¿Cuál de los siguientes factores debe hacer sospechar la posible etiología orgánica de una disfunción sexual?:

1. El que la disfunción aparezca después de un período en el que el funcionamiento sexual era adecuado.
2. El hecho de que la disfunción tan sólo aparezca en el momento de la relación sexual y no durante la masturbación.
3. El hecho de que la disfunción aparezca con unas parejas y no con otras.
4. El que el paciente nunca presente erección durante la noche o al despertar.
5. Si nos encontramos en la historia sexual con una agresión sexual.

180. ¿Cuál es el objetivo de la re-estructuración cognitiva en el tratamiento de los trastornos alimentarios en la adolescencia?:

1. Modificar los pensamientos automáticos respecto a la comida, el peso y la imagen corporal y sus supuestos básicos.
2. Que la adolescente conozca cuáles son los alimentos saludables y cuáles no.
3. Modificar los valores sociales de las adolescentes.
4. Enseñar a los padres a mantener criterios estrictos en torno a la alimentación.
5. Valorar las emociones depresivas en torno a la alimentación.

181. Los principales beneficios de la Terapia Dialéctica Conductual para el trastorno límite de la personalidad son:

1. Reducción de las conductas parasuicidas, de los días de ingreso y de las visitas a urgencias.
2. Reducción de las perturbaciones depresivas y de las conductas autolíticas.
3. Reducción de las perturbaciones depresivas y de la inestabilidad emocional.
4. Reducción de los consumos de sustancias y mejora de la inestabilidad emocional.
5. Reducción del consumo de sustancias y de las perturbaciones depresivas.

182. ¿Cuál de las siguientes técnicas puede utilizarse para reforzar aproximaciones sucesivas a una respuesta objetivo cuando el nivel de ocurrencia actual de esa respuesta es cero o prácticamente cero?:

1. El moldeamiento.
2. El refuerzo diferencial de conductas incompatibles.
3. La economía de fichas.
4. El contrato conductual.
5. El ensayo de conducta.

183. En el entrenamiento en solución de problemas ¿qué principios básicos debieran guiar la fase de generación de alternativas?:

1. Únicamente han de generarse alternativas

- realistas, debe valorarse su adecuación a los objetivos y deben ser variadas.
2. Deben generarse tantas ideas alternativas como sea posible, deben aplazarse los juicios sobre las mismas y deben ser variadas.
3. Deben generarse todas las posibles pero siempre ajustándose a las capacidades objetivas de la persona poder llevarlas a cabo.
4. Deben ser limitadas y someterse a valoración en función de la capacidad que tienen para resolver el problema y de las expectativas de autoeficacia de la persona.
5. Deben ser variadas, realistas y dirigidas a la solución del problema objetivo aunque causen malestar emocional.

184. En la intervención con técnicas de autocontrol a una persona que presenta adicción a las compras ¿Qué estrategia de control estimular se está aplicando cuando se le propone de “deje en casa las tarjetas de crédito” para favorecer la reducción o eliminación de la compra compulsiva?:

1. Modificar las condiciones fisiológicas.
2. Presentar estímulos discriminativos.
3. Incrementar las consecuencias negativas de la conducta.
4. Eliminar estímulos discriminativos.
5. Cambiar el medio social.

185. ¿Qué técnica se está enseñando a un niño con un trastorno depresivo cuando, tras ensayos en los que el terapeuta verbaliza en voz alta el contenido de pensamientos disfuncionales depresivos del niño para que ante una situación problema pueda introducir pensamientos relevantes y eficaces, se ensaya el procedimiento ejecutándolo el niño con la finalidad de que lo practique cuando se enfrente ante la situación problema?:

1. Entrenamiento en solución de problemas.
2. Autoinstrucciones.
3. Modelamiento cognitivo.
4. Reestructuración cognitiva.
5. Reforzamiento positivo.

186. ¿Qué técnica se está utilizando en un paciente en tratamiento por violencia psicológica, estando relajado, cuando se asocia una situación en la que sus amigos le recriminan en público su comportamiento y le hacen el vacío mientras se imagina humillando o infravalorando a su pareja?:

1. Autorreforzamiento positivo encubierto.
2. Modelado encubierto.
3. Exposición en imaginación.
4. Desensibilización sistemática.
5. Sensibilización encubierta.

187. El principio más importante de la rehabilitación psicosocial de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia crónica es:

1. Facilitar la creación de recursos sociales específicos de pacientes para que puedan interactuar libremente.
2. Crear espacios sociales, educativos y de ocio para que los pacientes se relacionen, aprendan y se diviertan juntos.
3. Entrenarles a visitar regularmente al psicólogo, el psiquiatra y estar en contacto con los servicios sociales.
4. Facilitar la máxima autonomía posible del paciente en su propia comunidad.
5. Facilitar que tengan un nivel alto de actividades sociales y una buena formación continua.

188. ¿Cuál de los siguientes elementos NO responden a una cualidad de la terapia de mindfulness, según Germer (2004)?:

1. Es intencional.
2. Verbal.
3. Centrado en el presente.
4. Observación participante.
5. Exploratorio.

189. En el tratamiento de una persona con fobia social ¿Qué error cognitivo está cometiendo cuando piensa “Si una persona no tiene pareja, nunca alcanzará la felicidad”?:

1. Pensamiento dicotómico.
2. Abstracción selectiva.
3. Generalización excesiva.
4. Personalización.
5. Minimización.

190. ¿Qué estrategia se utiliza para modificar ciertos aspectos del medio social o físico y así alterar la probabilidad de emitir determinadas respuestas en ese contexto?:

1. La distracción cognitiva.
2. El diálogo interno.
3. La técnica de control de estímulos.
4. El reforzamiento diferencial.
5. El desvanecimiento.

191. ¿Cuál de las siguientes modalidades de exposición se asocia con una mayor eficacia?:

1. La exposición con presencia del terapeuta.
2. La exposición en imaginación con un gradiente de exposición muy gradual.
3. La exposición en vivo siempre que vaya precedida de exposición en imaginación.
4. La exposición en vivo y que incluya autoexposición.
5. La exposición en imaginación combinada con

estrategias de afrontamiento.

192. ¿Cuál de las siguientes técnicas o procedimientos podría utilizarse para hacer perder su valor a un reforzador positivo con el objetivo de reducir las conductas que se emiten para obtenerlo?:

1. El moldeamiento.
2. La sobrecorrección.
3. La saciación.
4. La intención paradójica.
5. La extinción encubierta.

193. Si oímos a un terapeuta realizando preguntas del estilo “¿Y qué pasaría si eso fuera así..?”, ¿Y qué significaría eso..?” con el objeto de identificar suposiciones subyacentes a un pensamiento o emoción y, en su caso, modificarlas ¿Qué técnica estará utilizando?:

1. La técnica de la fecha descendiente.
2. El reentrenamiento atribucional.
3. El cuestionamiento mediante diálogo socrático.
4. El encadenamiento.
5. El ensayo cognitivo.

194. Cuando pretendemos que se utilice la relajación como estrategia de afrontamiento en situaciones provocadas de ansiedad de la vida real ¿qué técnica se utiliza?:

1. La relajación controlada por señales.
2. La técnica de tensión aplicada.
3. La relajación aplicada.
4. La relajación muscular progresiva con los ejercicios de tensión-relajación reducidos a dos grupos musculares.
5. El entrenamiento autógeno.

195. ¿En qué dos grandes grupos pueden dividirse, básicamente, las técnicas de autocontrol?:

1. En técnicas de control estimular y técnicas de programación conductual.
2. En autorelajación y activación.
3. En técnicas cognitivas y técnicas conductuales.
4. En técnicas de afrontamiento y técnicas de manejo de contingencias.
5. En técnicas de monitorización y técnicas de activación conductual.

196. ¿Qué técnica está utilizando una administración pública cuando aplica un recargo del 20 % por el impago de una tasa dentro del límite temporal establecido?:

1. Castigo positivo.
2. Extinción.
3. Principio de Premack.

4. Costo de respuesta.
5. Reforzamiento negativo.

197. ¿Qué teoría plantea que la depresión infantil es un trastorno latente que se manifiesta de diferentes formas?:

1. La teoría de la depresión anaclítica.
2. La teoría de la depresión endógena.
3. La teoría de la depresión enmascarada.
4. La teoría de la depresión psicoanalítica.
5. La teoría de la depresión anancástica.

198. ¿Qué clase, dimensión o función de la atención está más alterada en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad?:

1. Atención selectiva.
2. Atención dividida.
3. Atención sostenida.
4. Atención focalizada.
5. Atención concentrada.

199. ¿Qué neurotransmisor se halla en exceso en el trastorno autista con más frecuencia?:

1. Adrenalina.
2. Noradrenalina.
3. Dopamina.
4. Serotonina.
5. Melatonina.

200. ¿Cuál es el trastorno generalizado del desarrollo de mayor prevalencia en el género femenino?:

1. Trastorno autista.
2. Trastorno de Rett.
3. Trastorno desintegrativo infantil.
4. Trastorno de Asperger.
5. Trastorno generalizado del desarrollo no especificado.

201. ¿Qué tipo de enuresis tiene mejor pronóstico?:

1. Síndrome enurético.
2. Enuresis nocturna polisintomática.
3. Enuresis mixta.
4. Enuresis nocturna monosintomática.
5. Enuresis complicada.

202. ¿Cuál es la principal causa de insomnio en niños menores de 5 años?:

1. Miedo a la oscuridad.
2. Alergia a los alimentos.
3. Ansiedad por separación.
4. Hábitos incorrectos.
5. Estrés.

203. Si un niño mueve involuntariamente la boca al guiñar el ojo, ¿cómo se denomina el movimiento

involuntario?:

1. Movimiento distónico.
2. Movimiento atetósico.
3. Espasmo hemifacial.
4. Movimiento hemibalístico.
5. Sincinesia.

204. ¿A partir de qué edad cronológica (o nivel de desarrollo equivalente) se diagnostican los trastornos de la eliminación?:

1. Tres años tanto la enuresis como la encopresis.
2. Cuatro años tanto la enuresis como la encopresis.
3. Cinco años tanto la enuresis como la encopresis.
4. Cuatro años la enuresis y cinco la encopresis.
5. Cinco años la enuresis y cuatro años la encopresis.

205. ¿Con qué fonemas al inicio de la palabra se produce con más frecuencia bloqueos en el tartamudo?:

1. Vocálicos.
2. Africados.
3. Fricativos.
4. Oclusivos.
5. Laterales.

206. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre los terrores nocturnos es cierta?:

1. Ocurren en la segunda mitad de la noche.
2. Son más frecuentes en las niñas que en los niños.
3. Se presentan durante el sueño profundo.
4. Al despertar el niño recuerda completamente el contenido de su terror.
5. No remiten espontáneamente.

207. Los miedos infantiles tienden a disminuir con la edad debido a la maduración y al desarrollo del niño. Sin embargo, ¿Qué tipo de miedo no disminuye en la adolescencia?:

1. Miedo a las tormentas.
2. Miedo a la oscuridad.
3. Miedo a las relaciones sociales.
4. Miedo a los ruidos fuertes.
5. Miedo a la separación.

208. La duración del “tiempo fuera” cuando se utiliza con niños debería ser:

1. Larga con el fin de extinguir la conducta inadecuada.
2. Muy breve (menos de 1 minuto) para no traumatizar al niño.
3. Hasta que el niño aguante en la situación de “tiempo fuera”.

4. Moderada (1 minuto por cada año de edad del niño).
5. La misma duración que hubiera tenido el refuerzo en su ambiente natural, si no lo hubieran sacado fuera (tiempo dentro).

209. Para el tratamiento de las fobias en la infancia, la técnica de Modelado más eficaz es:

1. Modelado virtual.
2. Modelado filmado.
3. Modelado con dibujos animados.
4. Modelado participante.
5. Modelado parental.

210. ¿Cuál de las siguientes respuestas hace referencia a los tratamientos que mejor han mostrado su evidencia científica en el tratamiento con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)?:

1. Modificaciones de la dieta: reducción de café, refrescos de cola, chocolate y otros alimentos.
2. Apoyo escolar para aumentar el rendimiento académico.
3. Intervención psicosocial y tratamiento farmacológico.
4. Ejercicio físico diario controlado para combatir la inquietud.
5. Entrenamiento de la atención mediante ejercicios de atención focalizada.

211. ¿Cuál de los siguientes tipos de terapia ha demostrado mayor evidencia de su efectividad en la intervención con niños que padecen algún trastorno del Espectro Autista?:

1. Los procedimientos basados en el análisis de la conducta.
2. La terapia de integración sensorial.
3. La terapia ocupacional.
4. Los sistemas de comunicación facilitada.
5. La medicación psicoactiva.

212. ¿Cuál de las siguientes técnicas se enseña a los padres para el manejo de las consecuencias derivadas de las conductas hiperactivas de su hijo?:

1. Autoestima positiva.
2. Re-estructuración cognitiva.
3. Anticipación de las consecuencias de la conducta.
4. Refuerzo positivo y sobrecorrección.
5. El control de la ira.

213. Señala cuál de las siguientes respuestas es FALSA respecto a los tratamientos para los trastornos de eliminación en la infancia y adolescencia:

1. Alarma para la enuresis (Pipistop).

2. Entrenamiento en limpieza para la encopresis.
3. Dieta + laxantes para la encopresis.
4. Entrenamiento en cama seca para la enuresis.
5. Reforzamiento positivo para ambos trastornos.

214. En el tratamiento psicológico de un niño con cáncer u otras enfermedades graves incapacitantes o deteriorantes, es necesario:

1. No mantener al margen de la situación a los hermanos, proporcionándoles información veraz y adecuada.
2. Preservar al niño de cualquier mala noticia.
3. Satisfacer todos los deseos del niño.
4. Evitar que vaya al colegio para que no se debilite ni exponga a posibles infecciones.
5. Llevar a cabo un programa de desensibilización de movimientos oculares rápidos (EDRS) (Shapiro. 1997).

215. Un objetivo terapéutico de la Intervención Familiar de Barrett, Rappe y Dadds para el Trastorno de Ansiedad Generalizada es:

1. Que los padres hagan terapia de pareja para solucionar los conflictos.
2. Que acuda toda la familia a las sesiones para favorecer el éxito de la terapia.
3. Enseñar a los padres como identificar sus emociones para que tomen conciencia de sus propias respuestas y adopten estrategias adecuadas ante las situaciones temidas.
4. Establecer con el niño una jerarquía de situaciones de ansiedad a las que exponerse gradualmente.
5. Llevar a cabo una reorganización de los subsistemas familiares.

216. ¿Cuál de las siguientes técnicas se utiliza en el tratamiento de la distorsión de la imagen corporal en menores que padecen Anorexia Nerviosa?:

1. Técnicas de afrontamiento.
2. Ejercicio físico.
3. Supresión de creencias irracionales sobre los cánones de belleza social.
4. Técnicas de evitación de la visión del espejo.
5. Técnicas de exposición a la visión del cuerpo en el espejo.

217. Un adolescente es llevado a un Terapeuta familiar debido a los problemas de conducta que presenta. En la primera sesión, el terapeuta explica que su intervención se rige por los principios del Modelo Estructural Minuchin. ¿Cuál es el objetivo central de la terapia para este modelo?:

1. Crear grupos de autoayuda con familias que tienen problemas similares.
2. Modificar el estilo y relación familiar (jerar-

quías, frontera y coaliciones).

3. Elaborar hipótesis sobre los déficits del funcionamiento familiar.
4. Plantear prescripciones paradójicas.
5. Atribuir intenciones positivas a comportamientos que son considerados problemáticos.

218. Según las revisiones efectuadas en la literatura científica, ¿cuáles han sido los principales modelos y técnicas psicológicas utilizadas en el tratamiento de la delincuencia juvenil?:

1. Las intervenciones orientadas a trabajos en beneficio de la comunidad.
2. Las intervenciones orientadas a la privación de libertad.
3. Las intervenciones orientadas al descubrimiento de un trauma infantil.
4. Las intervenciones conductuales y educativas.
5. Las intervenciones orientadas al entrenamiento en habilidades sociales.

219. En el abordaje del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en la infancia y adolescencia, ¿cuál es el síntoma más resistente al tratamiento?:

1. Bajo rendimiento escolar.
2. Inquietud psicomotriz.
3. Déficit de Atención.
4. Déficit en las relaciones parentales.
5. Impulsividad.

220. Los estudios en los tratamientos en patología dual han demostrado que:

1. No existen diferencias entre los diferentes tipos de tratamientos.
2. Los tratamientos integrados consistentes en entrevista motivacional, terapia, cognitivoconductual e intervención familiar son más efectivos que las terapias convencionales.
3. Los tratamientos psicosociales no son fundamentales en el proceso rehabilitador del paciente.
4. Los tratamientos farmacológicos son suficientes para la intervención terapéutica.
5. Los tratamientos psicodinámicos son básicos debido a la mayor temporalidad de los tratamientos

221. ¿Qué programa conductual cuenta con mejor soporte empírico en el tratamiento de la adicción al alcohol?:

1. Manejo de contingencias.
2. Terapia de exposición a pistas.
3. Entrenamiento en habilidades sociales.
4. Aproximación de refuerzo comunitario.
5. Prevención de recaídas.

222. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre los

principios básicos de la Entrevista Motivacional es FALSA?:

1. La aceptación facilita el cambio.
2. La ambivalencia es normal.
3. La resistencia es una señal que indica que se deben mantener las estrategias que se han estado utilizando.
4. Los nuevos puntos de vista se sugieren, no se imponen.
5. La creencia en la posibilidad de cambiar es un factor motivacional importante.

223. ¿Cuál es el principal sesgo cognitivo que se observa en la ludopatía?:

1. Negación.
2. Minimización.
3. Ilusión de control.
4. Magnificación.
5. Racionalización.

224. Las características distintivas de los episodios depresivos en el trastorno bipolar, hacen que sea más recomendable para su tratamiento psicológico una de las siguientes estrategias:

1. La aplicación de técnicas cognitivas.
2. El ingreso hospitalario.
3. La aplicación de técnicas conductuales.
4. La aplicación de la terapia de aceptación y compromiso.
5. Los episodios depresivos del trastorno bipolar no son distintos de los episodios depresivos unipolares.

225. ¿Qué nombre recibe la técnica mediante la cual una persona aprende a utilizar estrategias generadas por ella misma, sin ninguna investigación externa, para modificar la probabilidad de una respuesta cuyas consecuencias pueden serlesivas?:

1. Autoinstrucciones.
2. Autocontrol.
3. Solución de problemas.
4. Manejo de contingencias.
5. Moldeamiento.

226. ¿Qué nombre se da en psicopatología a las ideas recurrentes, persistentes y/o absurdas que se perciben como egodistónica por el individuo?:

1. Ideas extrañas.
2. Ideas sobrevaloradas.
3. Ideas obsesivas.
4. Ideas delirantes.
5. Ideas secundarias.

227. ¿Cuál es un factor de vulnerabilidad psicológica general a los trastornos de ansiedad?:

1. Sesgos de memoria implícitos hacia la información amenazante.
2. La fusión pensamiento-acción.
3. Las expectativas de incontrolabilidad.
4. El sesgo de interpretación catastrófica.
5. El exceso de responsabilidad.

228. Las denominadas técnicas de “parada-arranque” y del “apretón” son utilizadas en el marco del tratamiento de:

1. Eyaculación precoz.
2. Trastorno de la excitación en la mujer.
3. Trastorno de la excitación en el hombre.
4. Disfunción orgásmica femenina.
5. Vaginismo.

229. Un psicólogo desea conocer si existen diferencias en distintos aspectos relacionados con el hábito tabáquico entre hombres y mujeres. Suponiendo normalidad y varianzas desconocidas pero iguales, convendría que analizase los datos considerando:

1. Prueba de Lèvene.
2. Análisis factorial confirmatorio.
3. Análisis de estadísticos descriptivos.
4. La correlación de Pearson.
5. El estadístico “t” de Student.

230. El modelo de memoria operativa de Baddeley, está compuesto por el ejecutivo central al que considera un sistema de control de capacidad atencional limitada, que es responsable de la manipulación de la información y del control de una serie de sistemas subsidiarios de almacenamiento. Estos sistemas son:

1. Pizarra virtual y agenda semántica.
2. Memoria sensorial, memoria a corto plazo y memoria a largo plazo.
3. Subsistemas de codificación, almacenamiento y recuperación de la información.
4. Lazo fonológico, agenda visoespacial y buffer episódico.
5. Subsistemas semántico, declarativo y procedimental.

231. La Teoría de la Acción Razonada (Fishbein y Ajzen, 1974) propone un modelo racionalista del ser humano donde la intención conductual de las personas depende de:

1. La actitud hacia la conducta y de la norma subjetiva (creencias de los otros significativos).
2. El nivel de motivación intrínseco para hacer la conducta.
3. La opinión de los otros relevantes siempre que sean coincidentes con la actitud de la persona.
4. Paradójicamente al nombre de la teoría, la intención depende de la impulsividad de las

personas.

5. La atribución de responsabilidad que sobre la conducta hagan las personas.

232. ¿Qué grado de retraso mental corresponde a un cociente intelectual de cuarenta y dos?:

1. Retraso mental límite.
2. Retraso mental leve.
3. Retraso mental moderado.
4. Retraso mental grave.
5. Retraso mental profundo.

233. Según la teoría de la personalidad de R.B. Cattell, las personas que puntúan alto en el factor *parmia* se muestran, en el plano conductual:

1. Suspicious.
2. Competitivas.
3. Taciturnas.
4. Seguras de sí mismas.
5. Emprendedoras.

234. La característica distintiva del período de las operaciones formales, según Piaget, es:

1. El razonamiento hipotético-deductivo.
2. La identidad cualitativa.
3. Las nociones de conservación del número y la sustancia.
4. La inclusión de clase.
5. La transitividad del pensamiento.

235. El procedimiento de evaluación diseñado por Mary Ainsworth denominado “la situación desconocida” se emplea en el estudio de:

1. Las interacciones sociales entre niños de 2 a 6 años.
2. La resolución de conflictos morales en el modelo de Kohlberg.
3. El desarrollo de autocontrol.
4. La relación de apego.
5. La noción de permanencia del objeto.