



PRUEBAS SELECTIVAS 2014

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. **¿Mediante qué procedimiento experimental podemos evaluar la memoria implícita?:**
 1. El priming de repetición.
 2. La técnica del informe parcial.
 3. La técnica del informe total.
 4. El método de los ahorros.
 5. El recuerdo libre.

2. **A la mayor tasa de recuerdo de los primeros ítems de una lista se le denomina:**
 1. Efecto de primacía.
 2. Efecto de recencia.
 3. Efecto sufijo.
 4. Efecto Von Restorff.
 5. Interferencia proactiva.

3. **¿Qué tipo de mecanismo propone la Gestalt como mecanismo explicativo para la resolución de un problema?:**
 1. El ensayo y error.
 2. La búsqueda de operaciones en el espacio-problema.
 3. Los métodos algorítmicos.
 4. Los métodos huerísticos.
 5. El insight.

4. **¿Cuál es la principal estructura cerebral implicada en el miedo condicionado?:**
 1. El hipocampo.
 2. La corteza cingulada.
 3. El bulbo olfatorio.
 4. El hipotálamo.
 5. La amígdala.

5. **¿Qué programas de reforzamiento simple producen un patrón de repuesta más estable?:**
 1. Los de razón fija.
 2. Los de razón variable.
 3. Los de intervalo fijo.
 4. Los de intervalo variable.
 5. Todos los programas de reforzamiento producen tasas similares de respuesta.

6. **¿Cómo se denomina el procedimiento de condicionamiento instrumental en el que la respuesta instrumental elimina o previene la ocurrencia de un estímulo aversivo?:**
 1. Reforzamiento positivo.
 2. Castigo.
 3. Reforzamiento negativo.
 4. Omisión.
 5. Extinción.

7. **Para Kurt Lewin el conjunto de elementos que influyen en la conducta de un individuo en un momento dado conforman:**
 1. El espacio vital.

2. El lugar de control del reforzamiento.
3. Los mapas cognitivos.
4. La disonancia cognitiva.
5. El proceso de valoración orgánico.

8. **La amnesia anterógrada es consecuencia de daño cerebral en:**
 1. El hipocampo, sus aferencias o eferencias.
 2. El hipotálamo, sus aferencias o eferencias.
 3. El tálamo, sus aferencias o eferencias.
 4. La hipófisis, sus aferencias o eferencias.
 5. La corteza orbitofrontal, sus aferencias o eferencias.

9. **Se ha comprobado que las anfetaminas tienen efectos reforzantes debido a que:**
 1. Son agonistas gabaérgicos.
 2. Son antagonistas dopaminérgicos.
 3. Son antagonistas serotoninérgicos.
 4. Son agonistas dopaminérgicos.
 5. Son agonistas serotoninérgicos.

10. **La técnica que estimula la corteza cerebral aplicando pulsos eléctricos mediante una bobina electromagnética, que se utiliza para el tratamiento de algunos trastornos como la depresión, se denomina:**
 1. Estimulación magnética transcraneal.
 2. Fotoestimulación intracerebral.
 3. Resonancia magnética funcional o RMf.
 4. Potenciales evocados de estimulación.
 5. Magnetoencefalografía.

11. **El alcohol se incluye en el grupo de drogas sedantes o depresoras debido a que actúa como:**
 1. Agonista de los receptores colinérgicos: nicotínicos y muscarínicos.
 2. Antagonista de los receptores serotoninérgicos (5-HT) y colinérgicos.
 3. Agonista de los receptores noradrenérgicos y antagonista serotoninérgico.
 4. Antagonista de los receptores NMDA y agonista de los receptores AMPA.
 5. Agonista de los receptores GABA-a y antagonista de los receptores NMDA.

12. **¿Qué neurotransmisor tiene un tipo de receptor denominado muscarínico?:**
 1. Acetilcolina.
 2. Dopamina.
 3. Serotonina.
 4. Noradrenalina.
 5. Adrenalina.

13. **¿Qué núcleo del hipotálamo es el responsable de regular la conducta sexual en hembras?:**
 1. Ventromedial.

2. Supraquiasmático.
 3. Paraventricular.
 4. Preóptico medial.
 5. Dorsomedial.
14. **¿Cómo se denomina la proteína que permite al sistema inmunitario reconocer una sustancia propia o un invasor?:**
1. Linfocito B.
 2. Linfocito T.
 3. Anticuerpo.
 4. Citocina.
 5. Antígeno.
15. **El uso de cambios de entonación y énfasis para añadir significado al habla se denomina:**
1. Lexitimia.
 2. Tonalidad.
 3. Ritmicidad.
 4. Melodía.
 5. Prosodia.
16. **¿Por qué núcleo del tálamo se transmite la información visual?:**
1. Núcleo pulvinar.
 2. Núcleo arqueado.
 3. Núcleo geniculado lateral.
 4. Núcleo geniculado medial.
 5. Núcleo ventrolateral.
17. **El denominado “efecto de mera exposición” señala que la exposición reiterada a un objeto social promueve hacia ese objeto:**
1. Una mayor disonancia.
 2. Un procesamiento cognitivo más complejo.
 3. Una mayor atracción.
 4. Una menor disonancia.
 5. Una menor atracción.
18. **Lo que caracteriza a la llamada “Cultura del Honor” es respaldar que una de las formas de solucionar las amenazas contra la reputación social sea:**
1. El proceso judicial.
 2. La mediación.
 3. La violencia.
 4. La negociación.
 5. La coexistencia pacífica.
19. **¿Cuál de los siguientes es un síntoma del denominado “pensamiento grupal”?:**
1. Ilusión de invulnerabilidad.
 2. Disonancia cognitiva.
 3. Ignorancia pluralista.
 4. Correlación ilusoria.
 5. Conversión.
20. **¿Cuál de las siguientes es la característica central de la etapa de las operaciones formales según Piaget?:**
1. La solución de problemas de conservación.
 2. La reversibilidad en el pensamiento.
 3. La superación del egocentrismo.
 4. La teoría de la mente.
 5. El pensamiento hipotético-deductivo.
21. **En la adolescencia es frecuente pensar que los demás están extremadamente interesados en uno mismo ¿Cómo se denomina este sesgo egocéntrico?:**
1. Propiocentrismo.
 2. Fábula personal.
 3. Fábula de invencibilidad.
 4. Audiencia imaginaria.
 5. Pseudoparanoia.
22. **¿A qué edad aproximada los niños comienzan a entender que una persona pueda tener creencias falsas sobre el mundo?:**
1. A los 18 meses.
 2. A los dos años.
 3. A los cuatro años.
 4. A los seis años.
 5. A los ocho años.
23. **¿Cómo se denomina la distancia entre lo que un niño es capaz de hacer por sí mismo y lo que es capaz de hacer si un adulto, u otro niño más capaz, le ayuda?:**
1. Andamiaje.
 2. Autorregulación.
 3. Reacción circular terciaria.
 4. Zona de desarrollo próximo (o proximal).
 5. Zona de atención compartida.
24. **Un niño de 18 meses decía “paque” cuando quería salir al parque. Este tipo de palabras aisladas, que representan el sentido de una frase entera, ¿cómo se denomina?:**
1. Palabras referenciales.
 2. Palabras multimodales.
 3. Palabras pre-lingüísticas.
 4. Frases pivote.
 5. Holofrases.
25. **A medida que aumentan los grados de libertad, la distribución t de Student se aproxima a:**
1. La distribución normal.
 2. La distribución binomial.
 3. La distribución F de Snedecor.
 4. La distribución uniforme.
 5. La distribución Chi cuadrado.
26. **Si tras establecer el intervalo de confianza respecto a una diferencia entre dos medias inde-**

pendientes, encontramos que el valor cero no se encuentra en el intervalo:

1. No podemos tomar ninguna decisión respecto de la hipótesis nula de igualdad de las medias.
2. No podemos rechazar la hipótesis nula de igualdad entre las medias poblacionales.
3. Debemos rechazar la hipótesis nula de igualdad entre las medias poblacionales.
4. Aceptamos la hipótesis nula de igualdad entre las medias poblacionales.
5. Rechazamos la hipótesis alternativa de igualdad entre las medias poblacionales.

27. En el error de Tipo II:

1. No se rechaza la hipótesis alternativa siendo cierta.
2. No se rechaza la hipótesis nula siendo falsa.
3. No se rechaza la hipótesis nula siendo cierta.
4. Se rechaza la hipótesis nula siendo cierta.
5. Se acepta la hipótesis alternativa siendo falsa.

28. La existencia de una asociación estadísticamente significativa entre dos variables ordinales puede determinarse mediante:

1. El test de Kuskal-Wallis.
2. La correlación de Pearson.
3. El test de Kappa.
4. La correlación de Spearman.
5. El test de Wilcoxon.

29. Con un diseño de investigación ex post facto de “casos y controles” en el que comparamos un grupo seleccionado por poseer una determinada característica (casos) y el otro por no poseerla (controles):

1. Aseguramos la relación antecedente-consecuente entre la variable independiente y la dependiente.
2. Podemos descartar la existencia de hipótesis alternativas de explicación debidas a variables enmascaradas.
3. No debemos extraer conclusiones de causalidad porque existen amenazas a la validez interna del estudio debidas a variables extrañas no controladas.
4. No podemos considerar variables como el género o la edad como variables de estudio por no ser manipulables.
5. Los datos deben ser analizados en términos de cambio por su carácter longitudinal.

30. En las investigaciones de encuesta se trabaja con una muestra representativa de la población. ¿Qué supone esto?:

1. La muestra refleja fielmente las variables que caracterizan a la población y su tamaño es adecuado.
2. Las conclusiones del estudio sólo describen a la muestra concreta y no son generalizables.

3. Obtenemos información incompleta y sesgada por las características de la muestra.
4. El criterio básico de inclusión en la muestra es la accesibilidad de los participantes.
5. El tamaño de la muestra debe ser lo más próximo posible al de la población.

31. ¿Qué se denomina “línea base” en los diseños de investigación de caso único o diseños N=1?:

1. La diferencia existente entre las medidas pre-test y posttest del participante.
2. La referencia normativa de la población con la que comparar los resultados de la intervención.
3. Los cambios detectados en la variable dependiente como consecuencia de la aplicación del tratamiento.
4. La serie de observaciones de la variable dependiente realizadas antes de aplicar el tratamiento.
5. La ausencia de variabilidad en las observaciones de la variable dependiente.

32. Los diseños de investigación experimentales intrasujeto:

1. Utilizan variables independientes no manipuladas directamente por el investigador sino a través de la selección de los participantes.
2. Se basan en la comprobación de grupos independientes asignados a las condiciones experimentales.
3. Combinan dos variables independientes basadas en las características de los participantes.
4. Tienen menor validez interna que los diseños intersujetos al no utilizar la asignación aleatoria.
5. Utilizan técnicas de control específicas para controlar los efectos asociados al orden de la aplicación de las condiciones experimentales.

33. ¿Cuál es la característica de la estrategia de investigación cuasi-experimental que la diferencia de la estrategia experimental?:

1. Se estudian casos únicos o muy pequeños.
2. El estudio se realiza en contextos simulados.
3. No se realiza asignación aleatoria de los participantes a las distintas condiciones de estudio.
4. Se utilizan varias variables dependientes.
5. Se realiza con muestras de participantes obtenidas por muestreo probabilístico.

34. Los diseños experimentales factoriales o también denominados diseños experimentales complejos:

1. Estudian el efecto de una variable independiente sobre varias variables dependientes.
2. Estudian los efectos principales de varias variables independientes y su posible efecto conjunto o de interacción.

3. Son poco adecuados si se sospecha que algunas de las variables del estudio pueden tener efectos de interacción.
 4. Pueden prescindir de las técnicas de control experimental por su complejidad.
 5. Se basan en la aplicación de todas las condiciones experimentales al mismo grupo de participantes.
- 35. ¿Qué procedimiento específico de la estrategia experimental hace que sea la más adecuada para contrastar hipótesis de causalidad? :**
1. El muestreo representativo de los participantes.
 2. La manipulación de la variable independiente con control de las posibles variables extrañas.
 3. La realización del estudio en contextos reales con grupos naturales.
 4. La identificación de posibles variables predictoras a través del análisis retrospectivo del fenómeno de estudio.
 5. La aplicación de técnicas estadísticas para el análisis de los datos.
- 36. La estructura de la personalidad se puede organizar según:**
1. El modelo tridimensional de R.B. Cattell.
 2. La propuesta de cinco factores de Zuckerman.
 3. Los cinco factores básicos de Cantor y Kihstrom.
 4. Los dieciséis factores de H.J. Eysenck.
 5. La teoría monorrasgo de Costa y McCrae.
- 37. Las investigaciones cognitivas de la inteligencia, y por lo que se refiere a la relación entre Tiempo de Reacción (TR) y Cociente Intelectual (CI):**
1. Han hallado asociaciones positivas de gran magnitud.
 2. Describen relaciones negativas con diferencias en la magnitud, según los estudios.
 3. Han encontrado ausencia de asociación ente ambos constructos.
 4. No han recibido atención por parte de la comunidad científica.
 5. Parten del estudio de las diferencias culturales en inteligencia.
- 38. Según la clasificación de rasgos que hizo R.B. Cattell:**
1. Los rasgos específicos se observan en la conducta cotidiana de los individuos, en todas las culturas.
 2. Los ergios y los sentimientos configuran la estructura dinámica o motivacional.
 3. Las capacidades y las competencias son rasgos temperamentales.
 4. Las actitudes son rasgos de rendimiento.
 5. Los rasgos básicos son directamente observables y cualitativamente objetivos.
- 39. La inteligencia fluida:**
1. Está implicada en tareas que son nuevas.
 2. Se muestra en tareas con contenido verbal.
 3. Refleja el aprendizaje formal.
 4. No forma parte de la inteligencia general.
 5. Delimita destrezas basadas en la experiencia previa.
- 40. Inteligencia interpersonal, inteligencia espacial e inteligencia lógico-matemática, son tipos de inteligencia pertenecientes :**
1. Al modelo de Cattell sobre la inteligencia.
 2. A la Teoría Triárquica de Sternberg.
 3. A la propuesta ofrecida por Eysenck.
 4. Al modelo de las Inteligencias Múltiples de Gardner.
 5. A la propuesta de Guilford sobre la estructura del intelecto.
- 41. En psicología de la personalidad, cuando se habla de consistencia y estabilidad de la personalidad, se puede estar haciendo referencia a la constatación de que:**
1. Los rasgos que muestra la persona son coherentes con su historia ontogenética.
 2. Las conductas y situaciones que se equiparan a través de los puntos temporales son similares.
 3. La personalidad es la respuesta a las demandas situacionales.
 4. Los ítems que evalúan un rasgo mantienen altas correlaciones entre sí.
 5. Las conductas estables y consistentes son indicadoras de salud mental.
- 42. La heredabilidad de un rasgo de personalidad:**
1. Es un concepto estadístico para estimar la influencia de los fenotipos sobre los genotipos, independientemente del ambiente.
 2. Es generalizable para todos los humanos, independientemente de la cultura y el momento histórico.
 3. Pone en duda la capacidad del ambiente para modificar la dotación genética.
 4. Se estudia, entre otras perspectivas, desde la genética molecular.
 5. Se refiere a la influencia directa de los genes paternos y maternos en la conducta de un individuo.
- 43. Las creencias y los valores, según la psicología de la personalidad:**
1. Una vez establecidos, no experimentan cambios durante el resto de la vida del individuo.
 2. Dirigen a la persona hacia la trascendencia, según la propuesta motivacional de Maslow.
 3. Predisponen a la persona a preferir unos modos de comportamiento frente a otros.

4. Impulsan a las personas hacia la defensa de los derechos humanos.
 5. Fomentan el desarrollo del grupo frente al desarrollo individual.
- 44. Según la Teoría de las Inteligencias Múltiples, la inteligencia intrapersonal:**
1. Ha sido preponderante en nuestro sistema actual de evaluación académica.
 2. Es la capacidad para entender e interactuar con los demás.
 3. Se centra en el potencial para formarse un modelo mental de un mundo espacial.
 4. Es la capacidad para formarse un modelo ajustado de uno mismo y de usarlo eficazmente en la vida.
 5. Se exhibe a la hora de elaborar productos que necesitan emplear el cuerpo.
- 45. La validez de contenido de un instrumento de evaluación se refiere a:**
1. Las evidencias obtenidas mediante análisis factoriales.
 2. La concurrencia de medidas.
 3. La adecuación en el establecimiento de inferencias.
 4. La relevancia y la representatividad de sus ítems.
 5. Las relaciones significativas con otras medidas.
- 46. ¿A qué se refiere el muestreo intersesional utilizado en las técnicas de observación:**
1. Al registro de la información relevante entre sesiones.
 2. A la periodicidad, número y criterios de inicio-fin de las sesiones.
 3. A las rondas sucesivas de observación de los sujetos a observar.
 4. A la selección temporal y su modalidad de intervalo o parcial.
 5. Al registro de eventos focales que ocurren entre sesiones.
- 47. ¿En qué grupo de técnicas se incluye el Test de Apercepción Temática (TAT de Murray)?:**
1. Proyectivas interpretativas.
 2. Subjetivas constructivas.
 3. Proyectivas constructivas.
 4. Racionales gráficas.
 5. Subjetivas narrativas.
- 48. ¿Qué pueden indicar, entre otras cosas, las puntuaciones elevadas en la Escala F del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI)?:**
1. Deseabilidad social e intento de buena imagen.
 2. Un elevado número de respuestas incompletas.
 3. El grado de sinceridad.
 4. Que quien responde lo hace al azar o con excentricidad.
 5. Inconsistencia de respuestas verdaderas.
- 49. ¿Cuál de los siguientes instrumentos permite obtener una medida directa de la dimensión "Apertura a la experiencia" de la personalidad?:**
1. Cuestionario EPQ-R de Eysenck.
 2. Inventario de Personalidad NEO-PI-R.
 3. Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI).
 4. Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCM).
 5. Cuestionario 16 PF de Cattell.
- 50. La evaluación de la actividad electrodérmica permite una medida de:**
1. La activación general del Sistema Nervioso Autónomo.
 2. La activación parasimpática.
 3. La actividad visceral.
 4. La actitud cortical.
 5. El ritmo Delta.
- 51. Cuando el punto de corte de un instrumento diagnóstico es muy alto, se incrementa el riesgo de:**
1. Falsos positivos.
 2. Falsos negativos.
 3. Verdaderos positivos.
 4. Sensibilidad de la prueba.
 5. Inconsistencias de validez.
- 52. La sensibilidad de una prueba diagnóstica se relaciona con:**
1. Su capacidad de discriminación de verdaderos positivos.
 2. Su capacidad de discriminación de verdaderos negativos.
 3. Su capacidad de discriminación de falsos positivos.
 4. Su capacidad de discriminación de falsos negativos.
 5. El elevado punto de corte.
- 53. Los test adaptativos se caracterizan por:**
1. La relación unidireccional entre el evaluado y la prueba.
 2. El proceso interactivo de selección de ítems dependiente de la respuesta del evaluado.
 3. La aplicación homogénea e idéntica de los ítems a todos los evaluados.
 4. La idéntica longitud en el número de ítems a aplicar.
 5. La selección de ítems por criterios indepen-

dientes a la respuesta del evaluado.

54. El test de matrices progresivas de Raven proporciona una estimación del:

1. Nivel de desarrollo.
2. Nivel de maduración.
3. Factor General de Inteligencia (Factor G).
4. Nivel de inteligencia verbal.
5. Nivel de inteligencia manipulativa.

55. ¿Cuáles son, entre otros, los principales sesgos asociados al observador en el marco de las técnicas de observación?:

1. La duración del experimento.
2. El exceso de información.
3. La exactitud técnica.
4. La ilusión de aprendizaje.
5. La expectancia y los errores mecánicos de registro.

56. Señale cuál de las siguientes opciones posibilitan las pruebas de evaluación criterial (o con referencia a criterios):

1. Valorar el desempeño respecto de un grupo normativo.
2. Determinar el desempeño relativo entre otras personas.
3. La obtención de una puntuación normativa.
4. Valorar el desempeño respecto de un área de contenido o dominio.
5. Valorar una destreza considerando el desempeño de su grupo de referencia.

57. Spitzer y colaboradores desarrollaron en 1994 un cuestionario y una entrevista conjunta para la evaluación de los principales trastornos más frecuentes en los servicios de salud de Atención Primaria. Este instrumento se denomina :

1. DIS-CIDI.
2. SCID II.
3. PRIME-MD.
4. ADIS.
5. SADS.

58. Para que el autorregistro se convierta en una herramienta eficaz para la evaluación clínica ha de cumplir los requisitos de:

1. Tener un diseño completo que recoja cada una de las unidades significativas de una conducta compleja y su recuerdo.
2. Tener un diseño sencillo, sin sofisticación o complejidad, y siempre acompañado de un entrenamiento previo para su cumplimentación.
3. No limitar su cumplimentación a los hechos acaecidos en el momento sino también al recuerdo que se tiene de los mismos en momentos posteriores.
4. Abarcar todas y cada una de las conductas

problemas identificadas por el cliente.

5. Ser cumplimentado por una persona significativa que conozca bien al cliente.

59. Las entrevistas clínicas estructuradas y semiestructuradas se basan en:

1. El análisis de las conductas problema.
2. La exploración inicial y la demanda del cliente.
3. Las categorías y los criterios diagnósticos.
4. La observación del comportamiento no verbal.
5. El ajuste de la demanda del paciente y la hipótesis funcional.

60. El Test de dibujo de la familia es una técnica proyectiva de tipo:

1. Temático.
2. Expresivo.
3. Asociativo.
4. Constructivo.
5. Perceptivo.

61. ¿Qué modalidad de la Prueba de Aproximación Conductual (PAC) es la más indicada para valorar la fobia a la oscuridad en la infancia?:

1. Aproximación activa.
2. Exposición pasiva.
3. Aproximación pasiva.
4. Aproximación sucesiva.
5. Exposición activa.

62. ¿A qué rango de edad se administra el Inventario de desarrollo Batelle?:

1. 0-2 años.
2. 0-4 años.
3. 0-6 años.
4. 0-8 años.
5. 0-10 años.

63. ¿Qué pruebas del WISC IV forman parte del índice de razonamiento perceptivo?:

1. Búsqueda de símbolos, cubos y dígitos.
2. Matrices, cubos y conceptos.
3. Búsqueda de símbolos, letras y números, y conceptos.
4. Matrices, claves y conceptos.
5. Cubos, letras y números, y conceptos.

64. ¿Qué medida de intervalo será la más adecuada para evaluar una conducta breve y de alta frecuencia (p. ej., tic o decir tacos) en un niño/a?:

1. Intervalo momentáneo.
2. Intervalo proporcional.
3. Intervalo completo.
4. Intervalo secuencial.
5. Intervalo parcial.

- 65. El código deontológico de psicología en España se dirige fundamentalmente a:**
1. Evaluar la salud mental del terapeuta.
 2. Proteger los derechos de los autores de las distintas terapias.
 3. Proteger los derechos de los animales de investigación.
 4. Proteger los derechos de los sujetos de investigación.
 5. Regular la psicología aplicada.
- 66. Podemos decir que un evaluador psicológico utiliza indirecta o inferencialmente autoinformes de una persona cuando:**
1. De ellos se extrae algo distinto de lo expresado interpretándolo como un indicador de una construcción psicológica.
 2. Lo toma de los resultados aportados por otro psicoterapeuta.
 3. Pertenecen a información aportada sobre su pasado.
 4. Pertenecen a información aportada sobre sus expectativas.
 5. El autoinforme tiene un carácter conductual.
- 67. La evaluación psicológica informatizada o “evaluación asistida por ordenador”:**
1. Se limita a la evaluación cualitativa.
 2. Sustituye al psicólogo evaluador en su totalidad.
 3. Analiza los resultados obtenidos, pero no sirve de control o de guía.
 4. Sólo responde a algunos objetivos de la evaluación como es el ámbito cognitivo.
 5. Pueden utilizarse tanto para la aplicación y corrección como para la interpretación de resultados.
- 68. Podemos considerar un antecedente de la evaluación dinámica cognitiva la obra de :**
1. Thorndike (1974-1949).
 2. Binet (1927).
 3. Vygotsky (1935).
 4. Kelly (1955).
 5. Weschler (1967)
- 69. Entre los elementos fonológicos empleados para evaluar el lenguaje verbal en la infancia se utiliza:**
1. Los balbuceos.
 2. La paralingüística.
 3. La proxémica.
 4. La kinestesia.
 5. La comunicación artefactual.
- 70. El test de imitación de gestos (Berger y Lézine, 1975) es un instrumento de evaluación que se utiliza en la infancia preferentemente para evaluar:**
1. La lateralidad.
 2. El esquema corporal.
 3. La eficacia neuronal.
 4. El tono muscular.
 5. La motricidad.
- 71. La evaluación individual de la inteligencia presenta, frente a su evaluación colectiva, la siguiente ventaja:**
1. La aplicación de los tests individuales conlleva una menor duración.
 2. La evaluación individual requiere un menor adiestramiento del psicólogo que los administra (los colectivos requieren mayor pericia).
 3. Ofrece una puntuación total sin pormenorizar en los distintos perfiles de habilidades.
 4. Se considera más útil para un propósito clínico que la evaluación colectiva.
 5. La evaluación individual no requiere control del tiempo.
- 72. A la hora de distinguir los pacientes alcohólicos con Síndrome de Korsakoff de los pacientes con demencia alcohólica podemos tener en cuenta que:**
1. En los pacientes con Síndrome de Korsakoff la medida del cociente intelectual se mantiene relativamente intacta, mientras que esta medida se encuentra deteriorada en el caso de demencia alcohólica.
 2. Los pacientes con demencia no presentan problemas de memoria, mientras que los que padecen el Síndrome de Korsakoff sí.
 3. En los casos de demencia la amnesia aparece como el primer síntoma y el más relevante.
 4. En el caso del Síndrome Korsakoff no existe amnesia anterógrada (capacidad para adquirir nueva información).
 5. En el caso de la demencia las habilidades aprendidas permanecen intactas, mientras que en el Síndrome de Korsakoff se encuentran muy deterioradas.
- 73. Si un paciente dice oír voces en París cuando él se encuentra en Londres, decimos que padece:**
1. Una alucinación refleja.
 2. Una alucinación paranoide.
 3. Una alucinación extracámpica.
 4. Una alucinación autoscópica.
 5. Una alucinación negativa.
- 74. En psicología se denominan “ilusiones” a:**
1. Los engaños perceptivos.
 2. Las pseudoalucinaciones.
 3. Las asociaciones anormales de las sensaciones (sinestias).
 4. Las anomalías de la integración perceptiva (morfolisis).
 5. Las anomalías en la estructuración de estímulo.

los ambiguos.

75. Dentro de las distorsiones perceptivas podemos encontrar:

1. Las alucinaciones.
2. Las metamorfopsias.
3. Las imágenes eidéticas.
4. La autoscopia (o fenómenos del doble).
5. Las imágenes parásitas.

76. Llamamos “Aprosexia” a :

1. La ausencia completa de atención.
2. La hipervigilancia atencional.
3. La incapacidad para distinguir unos estímulos de otros.
4. La fatigabilidad atencional.
5. La ausencia mental.

77. ¿Qué alteración padece una persona que cree que sus pensamientos no son suyos sino que se los ha introducido en la mente una fuerza exterior e irresistible?:

1. Idea obsesiva.
2. Idea delirante de negación.
3. Fuga de ideas.
4. Delirio de ser controlado.
5. Eco del pensamiento.

78. Una de las características de la experiencia del delirio primario es:

1. Su mayor modificabilidad, comparada con el secundario.
2. La preocupación obsesiva primaria del paciente por controlar la realidad.
3. Que no tiene su origen en una experiencia anómala previa.
4. Que no se mantiene con intensa convicción.
5. Que es plausible.

79. ¿Con qué nombre se conoce el trastorno que se caracteriza por la repetición constante y persistente de palabras, ideas, o temas, a los que el paciente recurre continuamente?:

1. Perseveración del pensamiento.
2. Pensamiento divagatorio.
3. Disgregación del pensamiento.
4. Circunstancialidad.
5. Inhibición del pensamiento

80. La dificultad para hallar palabras que designen objetos o personas (sustantivos y nombres), se denomina:

1. Anomia.
2. Glosomanía.
3. Aprosodia.
4. Bradifemia.
5. Parafemia.

81. Cuando una persona habla mucho de manera espontánea, de forma rápida, es difícil interrumpirle y no acaba sus frases por una especie de necesidad imperiosa de comunicar algo, es probable que presente el trastorno del pensamiento denominado:

1. Esquizoafasia.
2. Presión del habla.
3. Perseveración.
4. Tangencialidad.
5. Circunstancialidad.

82. La prosopagnosia se define como:

1. Forma extrema de agnosia caracterizada por la incapacidad para reconocer caras familiares.
2. Fracaso para reconocer los objetos por el tacto.
3. Pérdida de la capacidad para visualizar imágenes.
4. Forma de anosognosia en la cual el paciente niega su ceguera.
5. Experiencia perceptiva de un miembro amputado.

83. La confabulación es un síntoma típico de:

1. El juego patológico.
2. El síndrome de Munchausen.
3. El síndrome de estrés postraumático.
4. El síndrome de burn-out.
5. El síndrome amnésico.

84. La amnesia retrógrada se define como:

1. Pérdida de memoria que abarca el período previo a la aparición del trastorno que dio lugar a la amnesia.
2. Pérdida de memoria que abarca el período consecutivo a la aparición del trastorno que dio lugar a la amnesia.
3. Pérdida parcial de memoria que abarca un período concreto.
4. Pérdida de memoria en ausencia de un trastorno orgánico cerebral.
5. Distorsiones o errores de la memoria.

85. La labilidad afectiva se caracteriza porque:

1. Se producen cambios rápidos de la emoción y la persona tiene dificultades para controlar sus emociones.
2. Se produce una elevación del umbral afectivo atencional para estímulos negativos.
3. Hay un sentimiento general de encontrarse muy bien, muy alegre, aunque no existan causas que justifiquen ese estado de ánimo.
4. El estado de ánimo es predominante abatido, pesimista, triste.
5. Se produce un estrechamiento afectivo que restringe la vida emocional.

- 86. La paratimia se caracteriza porque:**
1. Se han perdido la flexibilidad y modulación emocional o afectiva.
 2. Hay sentimientos mixtos de amor-odio.
 3. Hay cambios rápidos de humor.
 4. Hay ausencia de control sobre la expresión de los afectos.
 5. La expresión afectiva es discordante o inadecuada con la situación.
- 87. La rigidez afectiva se caracteriza por:**
1. Cambios rápidos en el estado de ánimo.
 2. La expresión afectiva es discordante con la situación.
 3. Ausencia de sentimientos positivos reactivos.
 4. Incapacidad para modular el afecto en función de las situaciones.
 5. Respuestas emocionales poco intensas.
- 88. ¿Cuáles son las características de la obnubilación de la conciencia?:**
1. Total ausencia de conciencia que se produce por enfermedad o daño cerebral.
 2. Estrechamiento transitorio de la conciencia, de duración variable, con amnesia de lo ocurrido durante el período.
 3. Estado semejante al sueño que se acompaña de alucinaciones visuales intensas.
 4. Trastorno profundo de índole cualitativa y cuantitativa con agitación psicomotora.
 5. Reducción de la capacidad para identificar y reconocer el entorno con dificultades atencionales y del curso del pensamiento.
- 89. Al estado caracterizado por una total ausencia de conciencia, laxitud muscular, ausencia de respuesta a estímulos dolorosos y amnesia lacunar posterior, se le denomina:**
1. Somnolencia.
 2. Ausencia mental.
 3. Estupor.
 4. Coma.
 5. Obnubilación.
- 90. Cuando una persona permanece en actitud inmóvil, con la musculatura rígida, y se le puede colocar en diversas posiciones sin que él intente recupera la posición original durante un tiempo, es probable que padezca:**
1. Negativismo pasivo.
 2. Obediencia automática.
 3. Manierismos reactivos.
 4. Alteración psicomotora de reposo.
 5. Flexibilidad cética.
- 91. La aparición del estreñimiento es un síntoma que aparece con frecuencia cuando se consume:**
1. Tabaco.
 2. Alcohol.
 3. Cannabis.
 4. Cocaína.
 5. Heroína.
- 92. Bajo la denominación de xantinas se agrupan:**
1. La hoja de coca, la cocaína y el crack.
 2. La metadona y la heroína.
 3. El MDA y el MDMA.
 4. La nicotina y los inhalantes.
 5. La cafeína y la teofilina.
- 93. ¿Qué caracteriza al trastorno disociativo de identidad?:**
1. La confusión sobre la identidad personal o asunción de una nueva identidad.
 2. Presencia de dos o más identidades distintas o estados de personalidad que controlan el comportamiento del individuo de modo recurrente.
 3. Una amnesia selectiva.
 4. Una experiencia persistente o recurrente de sentirse distanciado.
 5. Una sensación de irrealidad.
- 94. ¿En qué trastorno hay una preocupación excesiva por alguna anomalía física leve o inexistente?:**
1. El trastorno de somatización.
 2. La anorexia nerviosa.
 3. El trastorno de ansiedad.
 4. El trastorno de conversión.
 5. El trastorno dismórfico corporal.
- 95. El miedo o creencia de padecer una enfermedad importante, que surge en el sujeto a partir de la interpretación errónea de sus síntomas corporales, es la característica nuclear de:**
1. El trastorno de conversión.
 2. La hipocondría.
 3. El trastorno de pánico.
 4. La depresión.
 5. La somatización.
- 96. ¿A qué trastornos nos estamos refiriendo cuando hablamos de una alteración de las funciones integradoras de la conciencia, la identidad, y la memoria?:**
1. La esquizofrenia.
 2. Los trastornos disociativos.
 3. Los trastornos somatoformes.
 4. Los trastornos por estrés postraumáticos.
 5. Los trastornos del estado de ánimo.
- 97. Según la clasificación de Tyrer (1989), ¿a qué tipo de disociación pertenece la amnesia psicógena (amnesia disociativa)?:**
1. La disociación de la personalidad.

2. La disociación de la función cognitiva.
 3. La disociación de la percepción.
 4. La disociación del movimiento o sensación.
 5. La disociación de conductas complejas.
- 98. ¿Qué característica comparten la anorexia y la bulimia?:**
1. Pérdida de control ante los hidratos de carbono.
 2. Una preocupación extrema por el peso y la forma corporales.
 3. Un IMC por debajo de 18.
 4. La hostilidad hacia la madre.
 5. La amenorrea.
- 99. ¿Cuál sería la característica diferencial entre un trastorno alimentario y otro que cursa con pérdida significativa de peso y/o patrones alimentarios anómalos?:**
1. Los problemas de sueño.
 2. El miedo patológico a engordar o la idea sobrevalorada de adelgazar.
 3. Las dificultades sociales.
 4. La elevada ansiedad.
 5. El miedo a la desnutrición.
- 100. ¿A qué edad se desarrolla la identidad de género?:**
1. Poco después de nacer.
 2. Entre los 2 y los 4 años.
 3. Entre los 5 y los 7 años.
 4. Entre los 13 y los 14 años.
 5. En la pubertad.
- 101. Una falta de interés por llevar a cabo relaciones o conductas sexuales en general es, más propiamente:**
1. Aversión sexual.
 2. Falta de deseo sexual o deseo sexual inhibido.
 3. Impotencia o anorgasmia.
 4. Trastorno de excitación.
 5. Disfunción orgásmica.
- 102. Las principales técnicas en el Entrenamiento de Habilidades Sociales para las personas con esquizofrenia incluyen modelado, ensayo de conducta y retroalimentación. Pero, ¿qué otras técnicas resultan recomendables?:**
1. Técnicas de relajación.
 2. Técnicas de discusión dirigida y la técnica del grupo nominal (TGN).
 3. Técnicas de instigación (*Prompting*) y aleccionamiento (*Coaching*).
 4. Técnicas de retroalimentación biológica (*Biofeedback*).
 5. Técnicas de conciencia plena (*Mindfulness*).
- 103. ¿Qué factores causales tienen una especial relevancia en la anorgasmia femenina?:**
1. Los factores hereditarios.
 2. Los factores psicológicos.
 3. Los factores orgánicos.
 4. Los factores ambientales.
 5. El consumo de sustancias.
- 104. Una persona que no tiene esquizofrenia, ni un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, pero que presenta un patrón profundo de desapego social y un rango limitado de expresión emocional en situaciones interpersonales (ej., disfrute con pocas actividades o es indiferente a la alabanza o la crítica), presenta con más probabilidad:**
1. Un trastorno delirante.
 2. Una fobia social.
 3. Un trastorno de personalidad esquizoide.
 4. Un trastorno de depersonalización.
 5. Un síndrome de Korsakoff.
- 105. ¿En qué trastorno el individuo trasgrede las normas sociales establecidas, a través de comportamientos fraudulentos o ilegales, a pesar de que conoce bien el sentido moral y legal de sus acciones pero no las pone en práctica?:**
1. El trastorno delirante.
 2. El síndrome de Kleine- Levin.
 3. El trastorno de déficit de atención con hiperactividad.
 4. El trastorno de personalidad antisocial.
 5. El trastorno bipolar tipo II.
- 106. ¿En qué trastorno de personalidad hay a veces dificultades para diferenciarlo de las formas leves del trastorno autista o del trastorno de Asperger?:**
1. El trastorno de personalidad límite.
 2. El trastorno de personalidad esquizotípico.
 3. El trastorno de personalidad esquizoide.
 4. El trastorno de personalidad narcisista.
 5. El trastorno de personalidad histriónico.
- 107. ¿En qué trastorno de personalidad puede el individuo tener sospechas infundadas y recurrentes sobre la fidelidad de la pareja, así como tener dudas de la lealtad u honradez de los amigos o conocidos?:**
1. En el trastorno de personalidad celotípico.
 2. En el trastorno de personalidad delirante.
 3. En el trastorno de personalidad dependiente.
 4. En el trastorno de personalidad paranoide.
 5. En el trastorno de personalidad narcisista.
- 108. Los síntomas de somnolencia diurna excesiva, cataplexia, parálisis del sueño y alucinaciones hipnagógicas describen:**
1. La esquizofrenia simple.

2. El insomnio refractario.
3. La narcolepsia.
4. El trastorno de conversión.
5. La criptoamnesia.

109. La interrupción del flujo aéreo nasobucal acompañado por esfuerzos respiratorios musculares que no son suficientes para abrir las vías aéreas superiores, constituye:

1. El principal efecto secundario del electroshock.
2. Un síntoma del síndrome de abstinencia de la heroína.
3. Un efecto del síndrome amnésico.
4. El episodio apnéico.
5. La fase aguda de la fobia social.

110. La característica central de los trastornos fóbicos es:

1. El miedo pero no la evitación de la situación.
2. La evitación de la situación, pero no el miedo a la misma.
3. Que el miedo y la evitación estén asociados a estímulos más o menos específicos.
4. Que el miedo no está asociado a estímulos específicos.
5. Que la persona adulta que padece este trastorno no es consciente de que su miedo es excesivo e irracional.

111. Un patrón general de déficit sociales e interpersonales asociados a malestar agudo y una capacidad reducida para las relaciones personales, así como distorsiones cognitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento, que comienzan al principio de la edad adulta, hace referencia a un trastorno de la personalidad:

1. Esquizoide.
2. Esquizotípico.
3. Antisocial.
4. Límite.
5. Paranoide.

112. El trastorno de ansiedad que según los estudios con gemelos monocigóticos y dicigóticos parece menos influenciado por factores genéticos es:

1. La ansiedad generalizada.
2. El trastorno de pánico (o de angustia).
3. Las fobias.
4. El trastorno obsesivo-compulsivo.
5. El trastorno facticio.

113. Señale cuál de las manifestaciones o subtipos clínicos es más frecuente en el caso de trastorno obsesivo compulsivo:

1. Las compulsiones de comprobación.
2. La lentitud obsesiva (realizar actividades como vestirse o ducharse de forma obsesivamente pausada).

3. Las compulsiones de limpieza/lavado.
4. Las compulsiones de tocar (por ejemplo, todas las esquinas).
5. Las compulsiones referidas a la religión (especialmente rezar).

114. En el trastorno obsesivo-compulsivo las compulsiones:

1. No causan malestar al individuo.
2. No llevan mucho tiempo de realización (menos de una hora al día).
3. Son comportamientos o actos mentales conectados de manera realista al objetivo de neutralizar la situación temida.
4. Son comportamientos a actos mentales cuyo objetivo es prevenir o disminuir la ansiedad.
5. Son independientes del tipo de obsesión padecida.

115. El término “Pseudociesis” hace referencia a:

1. La sensación de dolor en un miembro que ha sido amputado.
2. La visión imaginaria de figuras religiosas o demoniacas.
3. La dificultad para pronunciar determinadas palabras.
4. Una sensación casi constante de hormigueo por todo el cuerpo.
5. La falsa creencia de estar embarazada, asociada a signos como náuseas y aumento del abdomen.

116. La teoría de “la incubación de la ansiedad” de H.J. Eysenck, trata de explicar, sobre todo, los factores:

1. Precipitantes de la ansiedad.
2. Predisponentes a la ansiedad.
3. De mantenimientos de la ansiedad.
4. Fisiológicos de la ansiedad.
5. Ambientales de la ansiedad.

117. La fobia social es un problema:

1. Infrecuente en la población general (menos del 1%).
2. Más frecuente entre la población masculina que en la femenina.
3. Más frecuente entre la población femenina que la masculina.
4. Que se da por igual en los dos sexos.
5. Más frecuente después de los 25 años que con anterioridad a tal edad.

118. Según las últimas ediciones del DSM, para realizar un diagnóstico de “trastorno psicótico breve”:

1. Se requiere la presencia tanto ideas delirantes como de alucinaciones.
2. Se requiere la presencia de ideas delirantes,

pero no de alucinaciones.

3. Se requiere que el trastorno se explique cómo efecto secundario de un trastorno depresivo mayor o bipolar.
4. La duración del episodio deber ser más de un mes y menos de seis.
5. La duración del episodio es de al menos un día, pero menos de un mes.

119. El diagnóstico de Trastorno delirante de tipo “erotomaniaco” se aplica cuando el tema central:

1. De las alucinaciones, es de tipo erótico.
2. De los delirios, es que otra persona está enamorada del paciente en cuestión.
3. De los delirios, son los celos.
4. De las alucinaciones, implica funciones o sensaciones corporales.
5. De los delirios, implica funciones o sensaciones corporales.

120. Señale cuál de los siguientes es más claramente un síntoma positivo de la esquizofrenia:

1. El afecto plano o embotado.
2. La pobreza del lenguaje.
3. La asociabilidad.
4. Las alucinaciones.
5. La bulimia.

121. La epidemiología de la esquizofrenia refleja que:

1. El 0,1 % de la población general padece dicho trastorno y que dicho porcentaje se incrementa en un 50 % entre los familiares de primer grado afectados por esquizofrenia.
2. El 1% de la población general padece dicho trastorno y que dicho porcentaje se incrementa en un 10% entre los familiares de primer grado afectados por esquizofrenia.
3. El 3% de la población general está afectada por dicho trastorno sin estar influenciada por familiares que lo padezcan.
4. El 5% de la población general está afectada por dicho trastorno sin estar influenciada por familiares que lo padezcan.
5. La epidemiología varía entre el 5% y el 10% según culturas.

122. ¿Cuál es la característica diagnóstica principal de un Trastorno Bipolar I?:

1. Un trastorno en el que existe o ha existido un episodio de manía.
2. Un trastorno en el que existe o ha existido un episodio de manía o hipomanía.
3. Un trastorno en el que existe o ha existido un episodio de hipomanía.
4. Un trastorno en el que se alternan ciclos de manía y psicosis.
5. Un trastorno en el que alternan ciclos de hipomanía y depresión.

123. ¿Cómo se operativiza la recuperación de la depresión? (p. ej., Thase, 2003; APA, 2000):

1. Reducción de más de un 50% de síntomas desde la línea base.
2. Reducción de síntomas en más de un 75% desde la línea base.
3. Una puntuación mayor a 70 en la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG).
4. Cese de síntomas significativos mantenido durante al menos 6 meses y un retorno al funcionamiento normal.
5. Cese de síntomas significativos durante al menos los dos últimos meses.

124. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta respecto a la epidemiología de los trastornos del estado de ánimo?:

1. Los trastornos bipolares suponen el 25-30% del conjunto de los trastornos del estado de ánimo.
2. La duración media de un episodio depresivo suele ser de unos 2-3 meses.
3. El porcentaje de recaídas de depresión a lo largo de la vida se estima en un 75%.
4. El riesgo de suicidio en el trastorno depresivo es mayor al trastorno bipolar.
5. Se halla un 50% o más de historia de trastorno bipolar en las familias de pacientes con depresión.

125. ¿Cuál es el factor, entre los siguientes, que ha mostrado una mayor capacidad de predecir un trastorno bipolar?:

1. Tener un trastorno de personalidad grave.
2. Tener menos de 24 años y ser varón.
3. Embarazo.
4. Consumo de alcohol y/o sustancias.
5. Tener antecedentes familiares de haber padecido el trastorno.

126. ¿Cuál es la definición de un ciclador rápido?:

1. La presencia de al menos cuatro episodios del estado de ánimo (depresivos, maníacos, o hipomaníacos) en un periodo de 12 meses.
2. La presencia de al menos 6 episodios de ánimo en un periodo de 6 meses.
3. El cambio de un episodio ánimo a otro en un periodo inferior a 48 horas.
4. La presencia de más de dos episodios de manía o hipomanía detectables en un mes.
5. Pacientes con Trastorno Bipolar I o II con una hiperreactividad extrema a estresores mínimos.

127. El concepto de esquema latente en la teoría cognitiva de la depresión de Aaron Beck significa que son esquemas cognitivos:

1. De los que el individuo no es consciente.

2. Que influyen directamente en el estado de ánimo de un modo continuo pero sutil.
 3. Que no están permanente activados en los individuos vulnerables y se activan sólo frente a estresores específicos.
 4. Que están activos de modo permanente pero con una intensidad que se incrementa en cada recaída o recurrencia.
 5. Que no requieren esfuerzo mental para su activación.
- 128. El estado de adaptación caracterizado por la disminución de la respuesta a la misma cantidad de droga o por la necesidad de una dosis mayor para provocar el mismo grado de efecto farmacológico, define:**
1. La adaptación a una droga.
 2. La vía de administración.
 3. La intoxicación.
 4. La tolerancia a una droga.
 5. La conducta adictiva.
- 129. Según los estudios de resultado, cuando se está aplicando la técnica de Exposición hay que tener en cuenta que le exposición masiva y prolongada produce:**
1. Peores resultados inmediatos que la exposición espaciada.
 2. Mejores resultado inmediatos que la exposición espaciada.
 3. No hay diferencias de resultados en cuanto al tipo de exposición.
 4. Peores resultados inmediatos si se realiza en más de un día.
 5. Mejores resultados inmediatos solamente en pacientes con depresión.
- 130. Uno de los conceptos principales de la Terapia de Aceptación y Compromiso es:**
1. La relativización del contexto.
 2. El motivo subyacente.
 3. La evitación experiencial.
 4. La resistencia al cambio.
 5. La vulnerabilidad emocional.
- 131. Una de las CONDICIONES NECERARIAS para que la técnica de Moldeamiento sea efectiva es:**
1. Definir específica y correctamente todos los pasos que constituyen la cadena de aprendizaje.
 2. Estructurar de forma precisa el ambiente en el que se va a desarrollar el aprendizaje.
 3. Seleccionar la conducta inicial que servirá de punto de partida.
 4. Al principio, reforzar las conductas que evita el sujeto.
 5. Definir todas las conductas intermedias que llevarán a la conducta meta final.
- 132. ¿Cuál es el objetivo terapéutico de la *Sensibilización Encubierta*?:**
1. Desarrollar una respuesta de atracción hacia un estímulo que anteriormente era una fuente de aversión.
 2. Aumentar la tolerancia a un estímulo aversivo y reducir la activación emocional que produce.
 3. Posponer los refuerzos positivos inmediatos de conductas no deseables.
 4. Desarrollar una respuesta de aversión hacia un estímulo que anteriormente era una fuente de atracción.
 5. Reforzar mentalmente los ensayos exitosos dirigidos a la consecución de la conducta objetivo.
- 133. En la Terapia Cognitiva de Beck los pensamientos automáticos son considerados:**
1. Un esquema.
 2. Un proceso cognitivo.
 3. Una guía de acción.
 4. Una interferencia.
 5. Un producto cognitivo.
- 134. ¿Cuál de los siguientes procesos sería responsable de los resultados que se alcanzan mediante la meditación por *mindfulness*?:**
1. Cambiar los contenidos de la mente.
 2. Cambiar la relación con los contenidos de la mente.
 3. Eliminar el papel de espectador de los contenidos de la mente.
 4. Juzgar los contenidos de la mente.
 5. Fundirse con los contenidos de la mente.
- 135. La técnica operante denominada “*reforzamiento diferencial de otras conductas*” es un procedimiento habitual para:**
1. Instaurar nuevas conductas.
 2. Castigar las conductas no deseadas.
 3. Eliminar o reducir conductas.
 4. Generar estrés psicológico por incompatibilidad entre conductas.
 5. Extinguir las creencias irracionales
- 136. Entre las técnicas más utilizadas en la Terapia Cognitiva de Beck para identificar o detectar esquemas cognitivos se encuentra:**
1. La técnica de la flecha descendente.
 2. El promover una nueva imagen.
 3. La repetición de metas.
 4. Las autoinstrucciones.
 5. El experimento conductual.
- 137. Según Kazdin, ¿cómo se denomina al incremento significativo de la intensidad o de la frecuencia de una conducta cuando se comienza a apli-**

car un programa de *extinción* a dicha conducta?:

1. Estallido de la extinción.
2. Recuperación espontánea.
3. Graduación de la extinción.
4. Eficacia de la extinción.
5. Castigo positivo.

138. En sus orígenes, la técnica de *Desensibilización Sistemática* fue explicada a partir de:

1. Condicionamiento operante.
2. Condicionamiento en un solo ensayo.
3. Condicionamiento clásico.
4. Condicionamiento vicario.
5. Condicionamiento instrumental.

139. Los modelos humanístico existenciales y fenomenológicos se caracterizan por:

1. Su énfasis en el origen de los síntomas en la infancia del paciente.
2. Confluir sus enfoques terapéuticos en el esquema conceptual Padre-Adulto-Niño derivado de la bioenergética.
3. Su énfasis en el vivencia inmediata y el “aquí y ahora”.
4. La reticencia a creer que la perspectiva del cliente tenga alguna utilidad.
5. Una concepción atomizada del ser humano.

140. La estrategia de investigación en psicoterapia consistente en comparar todos los componentes de un tratamiento con otro en el que se elimina uno de los componentes de dicho tratamiento, se conoce como:

1. Diseño de caso único.
2. Desmantelamiento.
3. Estudio de proceso.
4. Estandarización de tratamientos.
5. Diseño placebo.

141. ¿A qué escuela sistémica caracteriza la máxima “La solución es el problema”? :

1. La escuela estructural.
2. La escuela psicodramática.
3. La escuela interaccional del Mental Research Institute (MRI).
4. La escuela estratégica.
5. La escuela de Milán.

142. En los estudios que emplean el metaanálisis para la revisión sistemática de los resultados de las psicoterapias ¿cuál es la variable dependiente más utilizada? :

1. El número de síntomas depresivos.
2. El tamaño del efecto.
3. La observación sistematizada del terapeuta.
4. El número de pacientes que se ha curado.
5. Las expectativas del paciente.

143. ¿Cuál es la afirmación correcta acerca de la noción de “paciente identificado”?:

1. Formulada por el psicoanálisis, refleja la idea de que lo que requiere ser cambiado son los patrones de interacción en la familia.
2. Se refiere a la persona que solicita la ayuda o el tratamiento.
3. Describe una situación común en la que los pacientes se identifican con su padre.
4. Equivale a la noción de contratransferencia.
5. Refleja la idea de que los síntomas son expresiones de un sistema disfuncional.

144. ¿Cuál es la afirmación correcta sobre las intervenciones paradójicas?:

1. Pueden incluir la prescripción de no cambio.
2. Consisten en debatir con el paciente lo paradójico de su actitud con respecto al cambio.
3. Su origen es la Terapia Sistémica.
4. Han sido incluidas por la psicoterapia psicodinámica para conseguir mayor brevedad.
5. Están contraindicadas en casos de resistencia.

145. ¿Qué principio o actitud debe regir en la fase de “generación de soluciones alternativas” de la Terapia de Solución de Problemas?:

1. El principio de cantidad.
2. La evaluación juiciosa de cada alternativa.
3. La transferencia del paciente.
4. La utilidad esperada.
5. El análisis coste/beneficio.

146. ¿Cuál es el enfoque que propone el modelo de relación entre terapeuta y cliente como de experto a experto?:

1. El modelo conductual.
2. La perspectiva constructivista.
3. El psicoanálisis.
4. La escuela estratégica.
5. La terapia centrada en el cliente.

147. En el contexto del análisis de los factores que influyen en el resultado de la psicoterapia, señale cuál de los siguientes puede considerarse un factor (técnica) específica (versus otro tipo de factores, como p. ej., cambio extraterapéutico, factores comunes):

1. Efecto placebo.
2. Fomentar experiencias de éxito en el curso de la terapia.
3. Establecimiento de una relación de confianza.
4. Uso de la empatía.
5. La economía de fichas.

148. ¿Cuál es el enfoque que estudia el autoconcepto a través de las polaridades?:

1. El análisis transaccional.

2. La terapia aversiva.
3. El autocontrol.
4. La terapia de Gestalt.
5. El condicionamiento encubierto.

149. Uno de los componente básicos que suelen incluir todos los programas de Entrenamiento en Habilidades Sociales es:

1. Imaginación Racional Emotiva.
2. Técnicas de control estimular.
3. Toma de perspectiva.
4. Ensayo de conducta.
5. Contratos de contingencias.

150. Señale cuál de las siguientes afirmaciones, respecto de los terrores nocturnos en la infancia, es correcta:

1. Generalmente el episodio se produce en el último tercio del sueño nocturno.
2. Habitualmente, el niño recuerda el episodio.
3. Los síntomas evidencian la existencia de un trastorno somático.
4. Se produce una relativa ausencia de respuesta al intento de otras personas de despertarlo.
5. El sujeto tiene un acceso rápido a la orientación y alerta.

151. Señale cuál de las siguientes afirmaciones es correcta respecto a la depresión:

1. En la infancia existe una menor prevalencia de distimia que de depresión mayor.
2. La prevalencia de distimia en la infancia es superior en niñas que en niños.
3. La anhedonia es un síntoma poco relevante de la depresión en la infancia y adolescencia.
4. Las anomalías neuroendocrinas son uno de los factores internos más importante en la génesis de la depresión infantil.
5. La prevalencia de trastornos bipolares es menor en la infancia que en la edad adulta.

152. El trastorno caracterizado por un patrón comportamental que viola los derechos básicos de los demás o las principales normas o reglas sociales propias de la edad del sujeto se denomina:

1. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.
2. Trastorno negativista desafiante.
3. Trastorno disocial.
4. Trastorno generalizado del desarrollo.
5. Trastorno del aprendizaje.

153. ¿Con cuál de los siguientes trastornos presenta una mayor comorbilidad la enuresis nocturna?:

1. Pesadillas.
2. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.
3. Insomnio.

4. Bruxismo nocturno.
5. Terrores nocturnos.

154. ¿Qué parasomnia es más frecuente en la infancia?:

1. Terrores nocturnos.
2. Pesadillas.
3. Trastorno de conducta del sueño REM.
4. Síndrome de las piernas inquietas.
5. Sonambulismo.

155. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto a la enuresis es correcta?:

1. La enuresis diurna es más frecuente en varones que en mujeres.
2. Para el diagnóstico de enuresis la edad cronológica del niño debe ser de al menos 3 años (o un nivel de desarrollo equivalente).
3. El diagnóstico de enuresis puede ser compatible con el diagnóstico de infección aguda del tracto unitario, si existe incontinencia previa a la infección.
4. Aproximadamente el 30% de los niños con enuresis tiene un familiar biológico en primer grado que también ha sufrido el problema.
5. La enuresis es un trastorno menos prevalente que la encopresis.

156. El trastorno de ansiedad más prevalente en la infancia es:

1. El trastorno de ansiedad de separación.
2. La fobia específica.
3. El trastorno por estrés postraumático.
4. El trastorno obsesivo-compulsivo.
5. El trastorno de ansiedad generalizada.

157. ¿En qué fase o fases del sueño se producen los terrores nocturnos?:

1. En las fases del sueño lento profundo (fases 3 y 4).
2. En la fase 2.
3. En el sueño REM.
4. En la fase 1.
5. Pueden producirse indistintamente en cualquier fase del sueño.

158. La encopresis retentiva se caracteriza por:

1. Ausencia de estreñimiento.
2. Ser significativamente más frecuente que la encopresis no retentiva.
3. Acomodación rectal disminuida.
4. Estar asociada a alteraciones en la percepción de la distensión rectal.
5. Disminución en la capacidad contráctil del esfínter anal externo.

159. Señala cuál de las siguientes es una característica de las fobias infantiles:

1. No pueden ser eliminadas fácilmente.
2. Son específicas de una edad determinada.
3. Son de corta duración.
4. No interfieren en la vida cotidiana del niño.
5. Están relacionadas con estímulos objetivamente peligrosos.

160. La hipopotasemia es un síntoma fisiológico que típicamente puede presentarse:

1. En los trastornos del sueño.
2. En las adicciones.
3. En la anorexia nerviosa.
4. En la bulimia pero no en la anorexia nerviosa.
5. En los trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador.

161. El trastorno desintegrativo infantil se caracteriza por:

1. Un desarrollo aparentemente normal durante al menos los dos primeros años de vida.
2. Presentarse únicamente en el sexo femenino.
3. No afectar a la capacidad intelectual de las personas que lo padecen.
4. No afectar a las habilidades de comunicación de la persona.
5. Un retraso en el desarrollo evidenciable desde el nacimiento.

162. ¿Cuál es el objetivo fundamental de la terapia cognitiva para las alucinaciones auditivas en la esquizofrenia?:

1. Eliminar por completo la aparición de las alucinaciones auditivas.
2. Evitar escuchar las alucinaciones y evitar las situaciones que las provocan.
3. Conseguir que nadie se dé cuenta que la persona está teniendo las alucinaciones.
4. Reducir las creencias sobre la omnipotencia, la malevolencia, la benevolencia, y la obediencia, respecto a las voces.
5. Modificar las creencias que tienen sobre la esquizofrenia y la medicación.

163. El uso de la psicoeducación en la esquizofrenia actualmente adopta un criterio protésico en lugar de emitir juicios de inhabilitación ¿Qué meta debe fijarse la psicoeducación para seguir este principio?:

1. Se intenta que la persona descubra todo aquello que ya nunca podrá hacer debido a sus capacidades.
2. Se instruye a la persona a que evite tomar decisiones por sí misma porque su trastorno le inhabilita para ello.
3. Se intenta que la persona descubra la mejor manera de realizar su vida pero aceptando y teniendo en cuenta sus capacidades.
4. Se intenta que concentre todos sus esfuerzos en sus puntos fuertes y que ignore sus discapacidades.

5. Se instruye a la persona sobre el hecho de que sólo podrá conseguir sus metas si toma la medicación y hace psicoterapia.

164. Los pacientes con esquizofrenia suelen presentar el llamado desequilibrio interactivo que se expresa en la conversación con una latencia de respuesta exagerada, habla mínima o falta de participación en la misma ¿Cuál es el método más indicado para evaluar al paciente y decidir si es conveniente realizar un entrenamiento en habilidades sociales?:

1. Mediante escalas de inteligencia.
2. Mediante técnicas de autoinforme: escalas de funcionamiento social.
3. Mediante la medición de la actividad electrodérmica y otras medidas psicofisiológicas.
4. Mediante el ensayo conductual en situaciones simuladas.
5. Mediante cuestionarios e inventarios de rasgos de personalidad.

165. La terapia de focalización para las alucinaciones auditivas de Betall, Haddock y Slade (1994) utiliza diferentes estrategias terapéuticas ¿Cuál de las siguientes opciones NO se contempla en el modelo de la terapia de focalización?:

1. Se le pide al paciente que se fije y describa las características físicas de sus voces (por ejemplo tono, intensidad, localización).
2. Se le pide al paciente que observe la relación entre el contenido de las alucinaciones y preocupaciones actuales.
3. Se le pide al paciente que observe la relación entre el contenido de las alucinaciones y sus experiencias vitales.
4. Se le pide al paciente que neutralice el contenido de sus voces centrándose en sus sensaciones fisiológicas propioceptivas.
5. Se le pide que observe sus reacciones ante las voces y, en particular, a sus creencias sobre ellas.

166. La evaluación de la emoción expresada resulta útil en el contexto del tratamiento psicológico de la esquizofrenia. Pero ¿de qué esfera forma parte habitualmente la evaluación de la emoción expresada?:

1. De la evaluación de síntomas.
2. De la evaluación del *insight*.
3. De la evaluación cognitiva.
4. De la evaluación familiar.
5. De la evaluación racional-emotiva.

167. La terapia psicológica integral (IPT) de Brenner y colaboradores (1992) está formada por diferentes subprogramas ¿Cuál de estos subprogramas NO pertenece a dicha terapia?:

1. Diferenciación cognitiva.
2. Solución de problemas interpersonales.

3. Percepción social.
 4. Habilidades sociales.
 5. Manejo y control del estrés.
- 168. Una de las aportaciones más importantes e innovadores de la terapia dialéctica comportamental en el tratamiento del trastorno de la personalidad límite (TPL) es:**
1. La integración de la perspectiva psicodinámica y la perspectiva comportamental.
 2. La incorporación de la terapia de grupo.
 3. La introducción de material escrito para los pacientes como apoyo a la terapia.
 4. El énfasis en la aceptación y validación como prerrequisito para conseguir el cambio.
 5. El tratamiento de los pacientes con TLP en el marco de la terapia familiar.
- 169. El modelo terapéutico que introduce el entrenamiento en *mindfulness* como parte de las estrategias terapéuticas a utilizar para los trastornos de la personalidad es:**
1. La terapia dialéctica comportamental.
 2. La terapia interpersonal.
 3. La terapia de mentalización.
 4. La terapia icónica.
 5. La terapia cognitiva.
- 170. La orientación teórica de la Terapia Basada en la Metalización para los trastornos de la personalidad es:**
1. Cognitiva.
 2. Psicodinámica.
 3. Humanista.
 4. Sistémica.
 5. Comportamental.
- 171. La Terapia Interpersonal Reconstructiva de Benjamin incluye como uno de los aspectos más relevantes en el tratamiento de los trastornos de la personalidad:**
1. La terapia cognitiva.
 2. La terapia de grupo.
 3. La terapia de exposición.
 4. La solución de problemas emocionales.
 5. El análisis estructural de la conducta social.
- 172. Señale la respuesta correcta respecto al tratamiento del trastorno esquizotípico de la personalidad:**
1. El programa de tratamiento con mayor apoyo empírico para este trastorno es la terapia basada en la mentalización.
 2. Pueden ser útiles estrategias terapéuticas que se utilizan para la esquizofrenia, dada la notable relación entre dos entidades clínicas.
 3. El foco de tratamiento es la impulsividad característica de este trastorno.
 4. El programa que más apoyo empírico ha recibido para este trastorno es la terapia dialéctica comportamental.
- 173. Junto a la Terapia Cognitiva Conductual ¿qué otra aproximación terapéutica ha mostrado consistentemente ser un tratamiento eficaz para la bulimia nerviosa?:**
1. La psicoterapia interpersonal.
 2. La terapia de mentalización.
 3. La terapia de exposición en imaginación.
 4. La economía de fichas.
 5. La terapia de esquemas.
- 174. Respecto de la Anorexia Nerviosa cabe afirmar que:**
1. Aunque se consiga estabilizar el peso, las pacientes siguen presentando una psicopatología considerable.
 2. La tasa de suicidio es del 15%.
 3. Los síntomas comorbidos más frecuentes son los obsesivos.
 4. Los/as purgantes presentan menos gravedad psicopatológicas que los/as restrictivas.
 5. El tratamiento psicofarmacológico de elección es el tratamiento farmacológico por sí solo.
- 175. ¿En qué consiste el programa cognitivo-educativo de Barsky y colaboradores para el tratamiento de la hipocondría?:**
1. En exponerse a la visión de fotografías o vídeos sobre enfermedades y las visitas a enfermos y hospitales.
 2. En aprender sobre la percepción de síntomas físicos y sobre los factores psicológicos que amplifican el malestar somático.
 3. En hacerse consciente de la función de los síntomas somáticos como mecanismos de manifestación de conflictos subyacentes.
 4. En identificar los patrones de funcionamiento familiar que refuerzan la conducta sintomática.
 5. En proporcionar de manera reiterada explicaciones médicas tranquilizadoras sobre los síntomas físicos.
- 176. ¿Qué procedimiento forma parte del programa de intervención cognitivo-conductual para la hipocondría propuesto por Warwick y Salkovskis?:**
1. La desensibilización sistemática en imaginación para extinguir el temor a las sensaciones interoceptivas.
 2. La detención del pensamiento para bloquear los pensamientos intrusivos sobre la enfermedad.
 3. El entrenamiento en *mindfulness* para reducir

la aparición de sensaciones corporales molestas.

4. La prevención de respuesta para reducir las conductas de comprobación corporal y de búsqueda de información tranquilizadora.
5. La resolución de los conflictos subyacentes relacionados con la culpa y las necesidades de dependencia.

177. ¿Qué procedimiento NO forma parte del programa de intervención cognitivo-conductual para el trastorno dismórfico corporal de Rosen y colaboradores?:

1. Psicoeducación.
2. Exposición.
3. Entrenamiento en solución de problemas.
4. Reestructuración cognitiva.
5. Prevención de respuesta.

178. ¿De qué autores es el modelo de prevención de recaídas más conocido y con buen apoyo empírico en el alcoholismo?:

1. Marlatt y Gordon.
2. Miller y Rollnick.
3. Beck y Ellis.
4. Sobell y Sobell.
5. Hunt y Arzin.

179. La técnica denominada “Fumar señalizado”, es un tratamiento para el control del consumo de cigarrillos que está basado en:

1. Un procedimiento de autocontrol.
2. Las terapias de tercera generación.
3. Las técnicas aversivas.
4. La hipnosis.
5. Estrategias de *mindfulness*.

180. ¿Cuál de los siguientes aspectos formales del estilo terapéutico forman parte de la entrevista motivacional?:

1. Asumir un papel directivo durante la terapia.
2. Promover empatía.
3. Utilizar estrategias coercitivas.
4. Emplear etiquetas diagnósticas.
5. Favorecer las discusiones para activar las resistencias.

181. Marque el tratamiento para la depresión que NO se considera “bien establecido”, por carecer de apoyo empírico suficiente, según la Asociación Americana de Psicología:

1. Terapia de solución de problemas.
2. Terapia de autocontrol.
3. Terapia cognitiva.
4. Terapia psicodinámica breve.
5. Entrenamiento en habilidades sociales.

182. Señale cuál de los siguientes NO es un de las “áreas problemáticas” en las que explícitamente

se centra la “Terapia Interpersonal” de la depresión:

1. El duelo.
2. Los sucesos traumáticos familiares.
3. Las disputas interpersonales.
4. La transición de rol.
5. Los déficit interpersonales.

183. La Terapia de Solución de Problemas para la depresión incluye dentro de sus propuestas:

1. Entrenar las respuestas de relajación en el paciente como medio para mejorar la reflexión y la búsqueda de soluciones.
2. Favorecer que el paciente tome acciones positivas, sean cuales sean, aunque no vayan dirigidas a resolver ningún problema específico.
3. Entrenar estrategias de habilidades sociales que ayuden a resolver problemas importantes.
4. Buscar los problemas en su infancia y adolescencia que pueden estar repercutiendo en su depresión actual.
5. Minimizar el impacto de los síntomas depresivos sobre los intentos de solución.

184. Con respecto a los tratamientos psicológicos efectivos para la depresión, se puede afirmar que:

1. Son tratamientos más caros (en términos de eficiencia) que los psicofármacos.
2. Han sido propuestos por la guía NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) como segundo tratamiento de elección para aquellos casos en que los fármacos no se hayan mostrado eficaces.
3. En general, tienden a ser más eficaces aquellos tratamientos psicológicos que utilizan metodologías activas, limitadas en el tiempo y estructuradas.
4. Generan un número similar de abandonos que la terapia farmacológica.
5. Generan un mayor nivel de estigma que las terapias farmacológicas.

185. Señale la respuesta correcta con respecto a la terapia para la depresión de Rehm:

1. Se centra sobre tres procesos: el autoseguimiento, la autoestima y el autorreforzamiento.
2. No tiene evidencia empírica para ser considerado tratamiento bien establecido.
3. Cada uno de sus componentes por separado se han mostrado igual de eficaces que el tratamiento completo.
4. Presenta un fuerte componente cognitivo.
5. Se ha mostrado superior a la terapia interpersonal y de solución de problemas.

186. Con respecto al tratamiento de la depresión y, en concreto, a la eficacia comparada entre los tratamientos psicológicos (en especial, la terapia cognitivo-conductual) y los tratamientos farma-

cológicos se puede afirmar que, en general:

1. Los fármacos para la depresión son más eficaces en pacientes con depresiones severas que los tratamientos psicológicos.
2. Los fármacos para la depresión proporcionan una respuesta de mejoría más rápida que los tratamientos psicológicos.
3. Los fármacos para la depresión tienen un efecto de prevención de recaídas a largo plazo similar a los tratamientos psicológicos.
4. Los fármacos para la depresión tienen un nivel de efectos secundarios similar que los tratamientos psicológicos.
5. Los fármacos para la depresión hacen que la terapia psicológica sea más efectiva en comparación con su aplicación sin medicación.

187. Con respecto al tratamiento farmacológico para la depresión se puede afirmar que:

1. Los efectos secundarios de los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina (ISRS), como la fluoxetina, son nulos.
2. Los tratamientos con ISRS son más efectivos que los que emplean antidepresivos cíclicos.
3. En general, los tratamientos farmacológicos no deber combinarse con los tratamientos psicológicos.
4. Han mostrado ser eficaces para el 50% de los pacientes, mientras que la eficacia del placebo sería del orden del 30%.
5. Los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) se han mostrado superiores al resto de antidepresivos en el tratamiento de la depresión severa.

188. Sobre la intervención en la creencias subyacentes (o asunciones básicas o actitudes disfuncionales) de los pacientes con depresión, señale la OPCIÓN FALSA:

1. Forman parte esencial del tratamientos cognitivo para la depresión propuesto por Aaron Beck.
2. Para intervenir sobre dichas creencias es necesario indagar sobre ellas con técnicas como la flecha descendiente o diálogo socrático.
3. La teoría propuesta por Beck plantea que si no se tratan dichas creencias subyacentes, esas estructuras cognitivas permanecerán latentes favoreciendo posteriores recaídas.
4. La terapia propuesta por Beck plantea que, para modificar dichas creencias, es crucial que el terapeuta enumere todas las razones que invalidan dichas creencias.
5. La interacción debe basarse en el principio de "empirismo colaborador".

189. Señale la respuesta correcta. Las sales de litio se utilizan para tratar:

1. Los síntomas afectivos de la esquizofrenia.
2. Los síntomas psicóticos de la esquizofrenia.

3. Como tratamiento de mantenimiento de pacientes bipolares con historia de manía.
4. Los episodios depresivos del trastorno bipolar, pero no los episodios maníacos.
5. En un fármaco en desuso y no recomendado en las actuales guías clínicas.

190. Cuál de los siguientes fármacos NO se utiliza para el tratamiento de los síntomas psicóticos de la esquizofrenia:

1. Olanzapina (Zyprexa).
2. Risperidona (Risperdal).
3. Aripripazol (Abilify).
4. Clozapina (Leponex).
5. Venlafaxina (Dobupal, Vandral).

191. ¿Cuál de los siguientes criterios es un predictor de éxito a largo plazo en la terapia de exposición a los trastornos fóbicos?:

1. Que la intensidad del miedo sea intermitente.
2. Que la fobia sea de aparición reciente.
3. Que se produzca mejoría tras las primeras exposiciones.
4. Que exista experiencia previa de tratamiento psicológico.
5. Que el paciente sea consciente de la irracionalidad de sus temores.

192. En el entrenamiento en HHSS aplicado a la fobia social se utiliza el modelado para el aprendizaje de determinadas destrezas. El modelo elegido debe ser:

1. Muy competente y mantener constante esa competencia a lo largo de todo el entrenamiento.
2. Ser relativamente competente (un poco más que el sujeto al que entrena) e ir aumentando la competencia a lo largo del entrenamiento.
3. Ser muy competente e ir disminuyendo su competencia.
4. Ser incompetente para que el paciente pueda identificarse con él.
5. Deber ser un poco más competente que el paciente y no progresar para que al avanzar el aprendizaje el paciente lo supere y aumente su motivación.

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

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

194. ¿En qué consiste la fase de "Instalación" de la técnica de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (DRMO o EMDR) de

Shapiro para el tratamiento del estrés postraumático? :

1. Instaurar una sólida relación terapéutica.
2. Elegir la imagen objetivo que representa el peor aspecto de trauma.
3. Desensibilizar la imagen.
4. Activar la estimulación bilateral cerebral.
5. Emparejar una cognición positiva con la imagen original a través del movimiento ocular o sus alternativas.

195. ¿Con qué objetivo proponen Foa y Rothbaum (1998) la Narrativa Reformulada del Trauma en su propuesta de intervención en el TEPT?:

1. Identificar los estímulos activadores de los síntomas.
2. Reducir la frecuencia de imágenes intrusivas.
3. Proporcionar información que desmienta las creencias relacionadas con el trauma.
4. Ayudar a recordar la experiencia de modo que pueda ser asimilada en la memoria autobiográfica de la persona.
5. Dirigir la atención plena del paciente desde sus pensamientos hacia el mundo externo.

196. Las técnicas cognitivas no parecen potenciar el efecto de la exposición en vivo en la mayoría de las fobias específicas, con la posible excepción de:

1. La claustrofobia y la fobia a las alturas.
2. Fobia a la oscuridad.
3. Fobia al agua.
4. Fobia a conducir.
5. Fobia a las serpientes.

197. La principal utilidad de los experimentos conductuales en el tratamiento del trastorno de pánico es:

1. Ejemplificar el contenido psicoeducativo.
2. Facilitar la aceptación del tratamiento.
3. Poner a prueba las creencias disfuncionales acerca de las consecuencias de determinadas sensaciones corporales.
4. Demostrar que la ansiedad que experimenta el paciente en las situaciones es inferior a la anticipada.
5. Modelar la práctica aplicada de la relajación.

198. ¿Cuál de estos componentes no es frecuente en las terapias cognitivo-conductuales para el trastorno de pánico?:

1. Activación conductual.
2. Exposición interoceptiva.
3. Experimentos conductuales.
4. Entrenamiento en respiración.
5. Reestructuración cognitiva.

199. ¿Con qué fin proponen Clark y Beck (2010), dentro de la terapia cognitiva de los trastornos

de ansiedad, los ejercicios de inducción de síntomas en el tratamiento del trastorno de pánico?:

1. Para provocar la integración de los procesos reflexivos de nivel superior de procesamiento cognitivo.
2. Para crear oportunidades de desafiar las malinterpretaciones catastróficas de las sensaciones corporales.
3. Para facilitar el uso de la meditación auto-guiada.
4. Para generar nuevas conductas de búsqueda de seguridad.
5. La inducción de síntomas no se contempla en el modelo de terapia cognitiva de la ansiedad.

200. Señale a cuál de las siguientes orientaciones pertenece el Programa de Reducción de Estrés de Kabat-Zinn (Universidad de Massachusetts):

1. Terapia de aceptación y compromiso.
2. Terapia de activación conductual.
3. Psicoeducación y *mindfulness*.
4. Terapia dialéctica.
5. Terapia de factores comunes.

201. ¿Con qué objetivo se emplea la técnica de tensión muscular aplicada en el tratamiento de fobia a la sangre?:

1. Como técnica de relajación.
2. Para desviar la atención del paciente del estímulo temido.
3. Para acelerar el proceso de habituación.
4. Para reducir los síntomas vasovagales.
5. Se emplea en las primeras sesiones para reducir la ansiedad anticipatoria.

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

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

203. Una de las principales limitaciones del tratamiento conductual (exposición con prevención de respuesta) del TOC es:

1. Su reciente aparición.
2. La reducida eficacia en comparación con los tratamientos cognitivos y farmacológicos.
3. La carencia de un modelo teórico explicativo.
4. La dificultad de aplicación en casos de rituales motores.
5. La existencia de un porcentaje relevante de

pacientes que rechazan el tratamiento por su carácter aversivo.

204. En el marco de tratamiento de la Ansiedad Generalizada, se distingue (p. ej., Dugas y Ladouceur, 1997) entre preocupaciones por acontecimientos basados en la realidad, en cuyo caso se entrenaría al paciente en Resolución de Problemas, y preocupaciones por acontecimientos no basados en la realidad y altamente improbables que deberían abordarse mediante el empleo de:

1. Exposición funcional cognitiva.
2. Relajación aplicada.
3. Técnicas de distracción.
4. Meditación.
5. Autoinstrucciones.

205.Cuál de las siguientes técnicas se considera, según la evidencia disponible, un tratamiento bien establecido en el caso de las fobias infantiles:

1. El entrenamiento en HHSS.
2. Las imágenes emotivas.
3. La terapia basada en el juego.
4. La desensibilización sistemática mediante movimientos oculares.
5. La práctica reforzada.

206. Señale la afirmación INCORRECTA acerca de la conducta sexual inapropiada que se produce en algunas víctimas de abuso sexual infantil:

1. Es un problema común en los menores que han sufrido abuso sexual.
2. Es un síntoma que constituye un criterio diagnóstico del trastorno de estrés postraumático y por lo tanto se espera que desaparezca si se trata adecuadamente el TEPT mediante técnicas como la exposición.
3. Puede trabajarse con los padres y también directamente con los menores.
4. Su tratamiento puede incluir un componente de educación sexual también en niños prepúberes.
5. La implicación de los padres incluye su deber de proteger y mantener seguro al menor.

207. Señale la afirmación correcta acerca del programa de entrenamiento para padres creado por Barkley:

1. Su principal objetivo es mejorar las habilidades sociales y comunicativas de los hijos.
2. Su principal objetivo es mejorar las habilidades de autocontrol de los hijos.
3. Prohíbe el uso de cualquier tipo de castigo, incluyendo el tiempo fuera.
4. Uno de sus objetivos es disminuir los conflictos que puedan surgir en el contexto escolar.
5. Se realizan sesiones con los hijos de forma paralela a las de los padres.

208. Una de las siguientes NO es una pauta que deba guiar las intervenciones en los Trastornos de Espectro Autista. Señale cuál:

1. Utilizar programas de enseñanza personalizados y fundamentados en un marco evolutivo.
2. Intervenir en un marco grupal para favorecer la adquisición de habilidades sociales.
3. Intervenir en contextos muy estructurados y predecibles.
4. Emplear procedimientos de aprendizaje sin errores.
5. Favorecer la motivación.

209. ¿Para qué trastorno de la infancia se considera que la terapia combinada (tratamiento farmacológico más psicológico) es la alternativa más eficaz?:

1. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad.
2. La depresión subclínica.
3. La enuresis.
4. La encopresis.
5. El trastorno de ansiedad por separación.

210. ¿Para qué trastorno de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia se recomienda el uso de procedimientos de práctica masiva?:

1. La pica.
2. La bulimia nerviosa.
3. La rumiación.
4. La anorexia infantil.
5. El trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia y la niñez.

211. ¿Para cuál de los siguientes trastornos ha sido utilizada con éxito la exposición con prevención de respuesta?:

1. La encopresis.
2. El síndrome de Tourette.
3. El TDAH con predominio de la hiperactividad/impulsiva.
4. El consumo de tabaco en la adolescencia.
5. La timidez en la infancia.

212. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones acerca del método de la alarma para el tratamiento de la enuresis es la opción correcta?:

1. Si el sonido de la alarma no despierta al niño, debería ser despertado por el adulto lo antes posible y mientras la alarma continúa sonando.
2. El sonido del timbre puede inhibir el flujo de orina incluso si el niño no llega a despertarse.
3. Se aconseja restringir la ingesta de líquidos durante la primera semana para incrementar la posibilidad de que el niño tenga experiencias iniciales de éxito.
4. Existe la suficiente evidencia empírica sobre

esta técnica como para considerarla un tratamiento bien establecido.

5. Este método puede ser combinado con el tratamiento denominado "Entrenamiento en cama seca".

213. ¿Cuál de las siguientes opciones NO constituye un componente terapéutico de la versión para adolescentes del "Curso de afrontamiento de la depresión" de Lewinsohn?:

1. El autocontrol.
2. La relajación.
3. El automodelado.
4. La participación de los padres.
5. La resolución de conflictos.

214. Acerca del tratamiento de la depresión en niños y adolescentes, señale la afirmación INCORRECTA:

1. En la depresión moderada a grave, la medicación antidepressiva sólo debe ofrecerse en combinación con una terapia psicológica simultánea.
2. Tanto la terapia cognitivo-conductual como la terapia interpersonal cuentan con sólidas evidencias de su eficacia en niños que aún no han llegado a la pubertad.
3. La autoayuda guiada y la terapia de apoyo no directiva son alternativas de tratamiento aceptables para la depresión leve.
4. La duración mínima de la terapia psicológica en la depresión moderada a grave debería ser de al menos 3 meses.
5. Tanto la terapia individual como la familiar son alternativas de tratamiento recomendables para la depresión moderada a grave.

215. ¿Cuál es el denominador común de los tratamientos psicológicos bien establecidos para las fobias infantiles?:

1. El cambio de creencias respecto de la peligrosidad del estímulo fóbico.
2. La inducción de un sentimiento de relajación o bienestar en presencia del estímulo fóbico.
3. La interacción del terapeuta con el estímulo fóbico.
4. El uso de autoinstrucciones de afrontamiento.
5. La relación gradual en vivo con el estímulo fóbico.

216. En el tratamiento psicológico de las pesadillas recurrentes en la infancia:

1. Se entrena a los padres para extinguir, ignorándolas, las manifestaciones de ansiedad del niño que ha sufrido una pesadilla.
2. El objetivo principal es asegurar la seguridad física del niño.
3. Las técnicas de exposición y la desensibilización sistemática se consideran tratamientos bien establecidos.

4. La técnica de repaso en imaginación es la que ha recibido el mayor apoyo empírico.

5. No existen estudios acerca de la eficacia terapéutica de la hipnosis.

217. ¿Cuál es la fase descrita por Kübler-Ross en su teoría sobre el afrontamiento de la muerte que suele ser reacción inicial ante la expectativa de la muerte?:

1. Depresión.
2. Ira o enojo.
3. Negociación.
4. Aceptación.
5. Negación.

218. ¿Qué orientación teórica predominó en la primera fase de la Medicina Psicosomática?:

1. Conductismo.
2. Psicoanálisis.
3. Existencialismo.
4. Cognitivismo.
5. Psicología Sistémica.

219. ¿A qué clase de peso corresponde un Índice de Masa Corporal de 26 y que grado de riesgo conlleva para la salud?:

1. Peso normal y riesgo nulo.
2. Sobrepeso grado I y riesgo nulo.
3. Obesidad grado I y riesgo moderado.
4. Obesidad grado II y riesgo elevado.
5. Obesidad mórbida y riesgo muy elevado.

220. ¿Qué tipo de constructo es evaluado por el Inventario de Maslach?:

1. Conducta de enfermedad.
2. Conducta anormal de enfermedad.
3. Síndrome de Adaptación General.
4. Burnout.
5. Personalidad resistente.

221. ¿Cuáles fueron los primeros autores que investigaron el papel que los eventos vitales estresantes podían tener sobre la salud?:

1. Mechanic.
2. Matarazzo.
3. Zola.
4. Lazarus.
5. Holmes y Rahe.

222. ¿Con qué ámbito está relacionada la Teoría de la Puerta de Melzack y Wall?:

1. Cáncer.
2. Infección por VIH.
3. Problemas renales.
4. Dolor.
5. Trastornos cardiovasculares.

223. ¿Para qué enfermedad se ha desarrollado la

Terapia Psicológica Adyuvante de Moorey y Greer?:

1. Fibromialgia.
2. Cáncer.
3. Colon irritable.
4. Asma bronquial.
5. Hipertensión.

224. ¿Qué nombre le damos al continuo incremento de la restricción calórica que se requiere en la dieta para seguir perdiendo peso?:

1. Efecto suelo de las dietas.
2. Efecto techo de las dietas.
3. Setpoint.
4. Mantenimiento autoimpuesto.
5. Efecto de resistencia.

225. ¿Qué modelo teórico explicativo de las conductas de salud enfatiza la importancia de la percepción de susceptibilidad personal a la enfermedad y de su severidad?:

1. Modelo Transteórico.
2. Modelo de Acción Razonada.
3. Modelo de Creencias de Salud.
4. Modelo PRECEDE-PORCEED.
5. Modelo de Competencia.

226. La proporción de varianza ambiental debida a las influencias que recibe una persona de su entorno familiar y que son compartidas por el resto de su familia:

1. Es la varianza específica.
2. Se denomina varianza genotípica.
3. Coincide con la heredabilidad.
4. Se desestima en las investigaciones.
5. Es la varianza proveniente del ambiente compartido.

227. En una distribución normal:

1. La Media de las puntuaciones es cero.
2. La Desviación Típica es igual a la unidad.
3. La Media es igual a la Mediana.
4. La Media no tiene por qué coincidir con la Mediana.
5. No se puede calcular la Moda.

228. El reflejo de prensión (o de asimiento), presente en los neonatos, llega un momento que desaparece como tal reflejo cuando el niño madura neurológicamente ¿A qué edad aproximada suele desaparecer?:

1. Al mes.
2. A los tres o cuatro meses.
3. A los seis u ocho meses.
4. De los doce meses en adelante.
5. A los dieciocho meses.

229. Cuando una persona comete el “error funda-

mental de atribución”, explica las conductas que realizan otros basándose exclusivamente en:

1. Las características personales.
2. La situación.
3. La cultura a la que pertenecen.
4. Las condiciones socio-económicas.
5. El azar.

230. El sistema gastrointestinal libera una hormona peptídica que aumenta durante el ayuno y disminuye tras la ingesta, denominada:

1. Leptina.
2. Colecistoquinina.
3. Grelina.
4. Insulina.
5. Glucógeno.

231. Para las teorías clásicas de automaticidad ¿Qué caracteriza a los procesos automáticos frente a los controlados?:

1. Los procesos automáticos se hallan bajo control de las intenciones de la persona.
2. Los procesos automáticos consumen gran capacidad atencional.
3. Los procesos automáticos procesan la información sólo de forma secuencial.
4. Los procesos automáticos consumen gran cantidad de tiempo.
5. Los procesos automáticos no tienen por qué acceder al conocimiento consciente.

232. La aproximación a la Evaluación Psicológica desde un modelo constructivista se caracteriza por el uso de técnicas :

1. Proyectivas que evalúan rasgos.
2. Subjetivas que evalúan significados.
3. Psicométricas que evalúan constructos.
4. Conductuales que evalúan repertorios.
5. Observacionales que evalúan variables ambientales.

233. ¿Cuál de los siguientes síntomas es característico de desatención en el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)? :

1. Habitualmente les cuesta organizar tareas y actividades.
2. Habitualmente contestan antes de finalizar la pregunta.
3. Habitualmente tienen dificultad para jugar tranquilamente.
4. Habitualmente se remueven en su asiento.
5. Habitualmente interfieren en las actividades de otros.

234. Según el fenómeno de facilitación social cuando una persona desarrolla una tarea mal aprendida en presencia de otros, la ejecución de dicha tarea:

1. Mejora levemente.
2. Mejora sustantivamente.
3. No se modifica.
4. Empeora.
5. No es predecible.

235. La hormona que facilita la reabsorción de agua por parte de los riñones, cuya ausencia provoca pérdida de grandes cantidades de agua por la orina, se denomina:

1. Oxitocina.
2. Vasopresina.
3. Dopamina.
4. Colecistoquinina.
5. Glutamato.