



PRUEBAS SELECTIVAS 2017

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 dos 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** 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. **Respecto del desarrollo temprano del lenguaje ¿cómo se denominan las expresiones de una sola palabra que representan el significado de todo un pensamiento o una oración completa?:**
 1. Holofrases.
 2. Sobreextensiones.
 3. Palabra pivote.
 4. Condensaciones léxicas.
2. **Los bebés suelen repetir sucesos agradables o interesantes que primero ocurrieron por casualidad. ¿Cómo se denomina este fenómeno?:**
 1. Zona de desarrollo próximo.
 2. Acomodación.
 3. Reacción circular.
 4. Reflejos aprendidos.
3. **¿Cómo se denomina el procedimiento de laboratorio que se suele utilizar para observar el tipo de apego que un niño muestra con su cuidador u otra persona? :**
 1. Situación extraña.
 2. Observación participante.
 3. Andamiaje.
 4. Enseñanza significativa.
4. **En el marco de las teorías de E. Erikson, el interés de muchos adultos por cuidar de las nuevas generaciones, por dejar un legado que les sobreviva y, en general, por ser productivo y creativo, se denomina:**
 1. Ecumenismo.
 2. Integridad.
 3. Inmortalidad simbólica.
 4. Generatividad.
5. **La creencia, típica en la adolescencia, de que los demás continuamente nos observan y están interesados en nosotros ¿cómo se denomina?:**
 1. Sesgo de unanimidad.
 2. Audiencia (o público) imaginaria.
 3. Fábula personal.
 4. Sesgo de enjuiciamiento.
6. **En el Patrón de conducta tipo A (PCTA):**
 1. Cualquiera de las dimensiones o factores que lo componen mantienen una estrecha relación con la enfermedad coronaria.
 2. Es especialmente la hostilidad la dimensión que mantiene una importante relación con la reactividad fisiológica y la enfermedad coronaria.
 3. El PCTA solo mantiene relación con el riesgo coronario en pacientes de alto riesgo (por ejemplo, quienes han padecido un infarto)
 4. Los estudios metaanalíticos recientes no han hallado relaciones entre PCTA y riesgo coronario.
7. **Ergios y Sentimientos:**
 1. Constituyen parte de los planteamientos dinámicos propuestos por S. Freud.
 2. Son elementos integrados en las formulaciones teóricas de C. Rogers.
 3. Forman parte de los rasgos dinámicos motivadores de R.B. Cattell.
 4. Se incluyen en el modelo de A. Bandura.
8. **Para H.J. Eysenck, un nivel alto e intenso en las áreas cerebrales que controlan la rama simpática del Sistema Nervioso Autónomo induciría la obtención de elevadas puntuaciones en la dimensión de:**
 1. Extroversión.
 2. Neuroticismo.
 3. Psicoticismo.
 4. Extroversión y Neuroticismo al mismo tiempo.
9. **Seguendo la Teoría de la indifensión aprendida, la depresión se asocia a una de estas combinaciones de atribuciones:**
 1. Interna, estable, global.
 2. Interna, inestable, específica.
 3. Externa, estable, global.
 4. Externa, inestable, específica.
10. **En el Modelo de los cinco grandes (Big Five) de Costa y McCrae, la Apertura a la experiencia se caracteriza por las siguientes características:**
 1. Original, independiente, creativo, osado.
 2. Bondadoso, tierno, confiado, cortés.
 3. Cuidadoso, confiable, trabajador, organizado.
 4. Sociable, locuaz, divertido, afectuoso.
11. **¿Cuál de los siguientes rasgos NO es contemplado en el Modelo de los cinco grandes?:**
 1. Neuroticismo.
 2. Fuerza del yo.
 3. Extroversión.
 4. Amabilidad.
12. **En Psicología de la personalidad, el concepto de Locus de control se refiere a:**
 1. Expectativas.
 2. Rasgos.
 3. Valor del refuerzo.
 4. Necesidad de control de la conducta.
13. **Las dos formas o tipos básicos de afrontamiento propuestos por Lazarus y Folkman son:**
 1. Activo y pasivo.
 2. Centrado en el problema y centrado en la resolución emocional.
 3. Controlable o incontrolable.

4. Interno y externo.
14. **Para identificar los rasgos importantes de personalidad o definir la denominada “esfera de la personalidad”, Cattell parte de:**
 1. El análisis factorial.
 2. El criterio léxico.
 3. Acrónimos, neologismos y algunas teorías previas.
 4. Los resultados obtenidos con los datos T.
15. **La apropiación de los éxitos y exculpación de los propios errores es una manifestación del sesgo cognitivo de:**
 1. Reescritura de la memoria.
 2. Benevolencia.
 3. Egocentricidad.
 4. Autoimplicación.
16. **Siguiendo la clasificación establecida por R. B. Cattell, apelar en personalidad a medidas de diferencias individuales en las que el propósito de la evaluación queda oculto es sinónimo de utilizar:**
 1. Datos O.
 2. Datos T.
 3. Datos L.
 4. Datos S.
17. **Los resultados empíricos respecto del Modelo de los cinco grandes indican que, con el avance de la edad, se produce un incremento paulatino en:**
 1. Amabilidad y Responsabilidad.
 2. Extraversión y Neuroticismo.
 3. Apertura y Responsabilidad.
 4. Amabilidad y Neuroticismo.
18. **Según la teoría de J. A. Gray, la sensibilidad hacia las recompensas tiene su base en:**
 1. El sistema de activación reticular ascendente.
 2. El sistema de activación conductual.
 3. La corteza prefrontal derecha.
 4. El sistema de activación límbico.
19. **Según la teoría de H.J. Eysenck, a igualdad de condiciones motivadoras, los introvertidos (vs. los extrovertidos) muestran:**
 1. Óptimo rendimiento con menores niveles de estimulación.
 2. Menor rendimiento en tareas de vigilancia.
 3. Peor tolerancia a las condiciones de privación sensorial.
 4. Menor rendimiento en tareas de condicionamiento.
20. **¿A qué tipo de condicionamiento clásico se hace referencia cuando la presentación del Estímulo**

Condicionado indica la ausencia del Estímulo Incondicionado?:

 1. Demorado.
 2. De huella.
 3. Excitatorio.
 4. Inhibitorio.
21. **El FACS (Facial Action Coding System):**
 1. Se basa en un sistema descriptivo de la expresión facial desarrollado por Izard.
 2. Se puede aplicar únicamente a aquellas expresiones faciales que tengan un carácter emocional.
 3. Permite descomponer cada expresión facial en unidades mínimas de movimiento.
 4. Su utilidad queda limitada al reconocimiento de expresiones faciales verdaderas.
22. **Señale qué fenómeno explica que, cuando el sonido de la lectura visual de los labios no coincide con el presentado auditivamente, se modifica la manera de escuchar éste:**
 1. El efecto Stroop.
 2. El efecto McGurk.
 3. El efecto sufijo.
 4. El efecto meridiano.
23. **¿De qué tipo de memoria es resultado el fenómeno del *priming* perceptivo:**
 1. De la memoria declarativa.
 2. De la memoria no declarativa.
 3. De la memoria explícita.
 4. De la memoria episódica.
24. **Los colores que se perciben con el mismo matiz a pesar de tener una composición espectral distinta se conocen como:**
 1. Protanopes.
 2. Complementarios.
 3. Oponentes.
 4. Metámeros.
25. **¿Qué modelo de los siguientes propone una representación proposicional de la información en forma de redes semánticas?:**
 1. El modelo de Collins y Quillian (1969).
 2. El modelo de Craik y Lockhart (1972).
 3. El modelo de Kahneman (1973).
 4. El modelo de Cowan (1988).
26. **Señale bajo qué principio de agrupamiento perceptivo se establece que los elementos que se presentan con una misma pauta de movimiento son percibidos como una misma unidad perceptiva:**
 1. Semejanza.
 2. Parsimonia.

3. Destino común.
 4. Buena continuación.
- 27. Señale cuál de las siguientes afirmaciones puede aplicarse al razonamiento deductivo:**
1. A partir de premisas verdaderas su conclusión no puede ser falsa
 2. A partir de premisas verdaderas es improbable que su conclusión sea falsa.
 3. La verdad de las premisas no garantiza la verdad de las conclusiones.
 4. Permite describir y predecir nueva información en función de la información conocida.
- 28. Según David Marr ¿en qué nivel de organización del procesamiento visual se representan las primitivas simbólicas de la imagen?:**
1. En el esbozo primario bruto.
 2. En el esbozo primario completo.
 3. En el esbozo 2^{1/2}-D.
 4. En el esbozo 3-D.
- 29. ¿Qué entidad neuronal postula el modelo de Morton (1969) para representar una palabra escrita?:**
1. El lemma.
 2. El perceptrón.
 3. El pictógeno.
 4. El logógeno.
- 30. ¿Qué tipo de prevención constituiría una campaña dirigida a la detección precoz de la infección por VIH?:**
1. Prevención primaria.
 2. Prevención secundaria.
 3. Prevención terciaria.
 4. Promoción de hábitos saludables.
- 31. Según el modelo de estrés de Lazarus y Folkman (1986) ¿en qué consiste la evaluación secundaria?:**
1. La valoración que las personas realizan sobre sus propios recursos para enfrentarse al suceso estresante.
 2. El análisis que las personas realizan sobre la naturaleza del suceso estresante al que se enfrentan.
 3. Una reevaluación que las personas realizan cuando aparece nueva información sobre el suceso estresante.
 4. La valoración final que las personas realizan sobre el resultado conseguido con la estrategia de afrontamiento seleccionada.
- 32. Según la teoría del control de la puerta (Melzack y Wall, 1965) ¿a qué sería debida la experiencia del dolor?:**
1. A la cantidad de tejido dañado.
 2. Al refuerzo negativo recibido del entorno.
 3. A la interacción entre aspectos sensoriales, cognitivos y emocionales.
 4. A la percepción de autoeficacia para afrontar el dolor.
- 33. ¿En cuál de las siguientes propuestas teóricas, la intención de una conducta está en función de las actitudes y de la norma subjetiva?:**
1. Teoría de la autoeficacia de Bandura (1986).
 2. Teoría de la acción razonada de Ajzen y Fishbein (1980).
 3. Modelo de creencias de salud de Becker y Rosenstock (1984).
 4. Teoría del equilibrio de Herder (1958).
- 34. Señale, según el DSM 5, qué sustancia produce, en personas dependientes de la misma, al dejar de consumirla o con su intoxicación aguda, una depresión caracterizada por disforia, anhedonia, ansiedad, irritabilidad, fatiga, problemas del sueño y aumento de peso, que puede durar, según la gravedad del consumo, desde 18 horas a semanas o meses:**
1. La cocaína.
 2. El alcohol (cualquier tipo)
 3. La heroína.
 4. El hachís.
- 35. ¿Qué caracteriza el síndrome de Münchhausen?:**
1. Tendencia a las infecciones urinarias que el paciente tratará de explicar debido a una falta de regulación natural de su temperatura corporal.
 2. La utilización por parte de los pacientes de una terminología florida y muy técnica en la descripción de sus síntomas físicos cuando están enfermos.
 3. El fingimiento de una enfermedad inexistente, la conducta errante de hospital en hospital y la tendencia patológica a mentir.
 4. Conductas continuas de comprobación corporal (como revisión manual del cuerpo en busca de bultos sospechosos, tomarse la fiebre continuamente, purgarse varias veces a la semana, y seguir una dieta estricta) por el miedo a tener un cáncer.
- 36. La presencia de síntomas o déficits que afectan al funcionamiento motor voluntario o sensorial, que hace pensar en la existencia de una enfermedad médica, neurológica o de otro tipo, para la que no se encuentra ninguna prueba clínica que lo corrobore, es una de las características del:**
1. Trastorno somatomorfo indiferenciado.
 2. Trastorno de somatización.
 3. Trastorno de conversión.
 4. Trastorno por dolor.

37. **¿Cuál es la diferencia entre el trastorno facticio y el de simulación?:**
1. Que el paciente con trastorno facticio obtiene una ganancia interna de los síntomas, mientras que en el de simulación la ganancia es externa.
 2. La diferencia radica en las enfermedades y trastornos que provocan por la continua persistencia de sus síntomas: trastornos físicos en el trastorno facticio y diversos trastornos mentales en el de simulación.
 3. Que la simulación proporciona al paciente más beneficios psicológicos, propios del papel del enfermo.
 4. Que en el trastorno facticio la persona es consciente de la simulación de su enfermedad, mientras que en el trastorno de simulación la persona cree realmente que tiene una enfermedad concreta.
38. **¿En qué tipo de trastorno disociativo el paciente se siente distanciado como si fuera un observador externo de su cuerpo o procesos mentales?:**
1. La fuga disociativa.
 2. El trastorno de conversión.
 3. El trastorno de despersonalización.
 4. La psicosis histérica.
39. **¿Cuál es la característica esencial de los trastornos disociativos?:**
1. Una perturbación en la integración de las funciones de la consciencia, memoria, identidad y percepción.
 2. Una incapacidad para recordar información personal importante en situaciones estresantes.
 3. Una fragmentación en distintas identidades que toman el control de la conducta del individuo de manera alternativa.
 4. Uno o más síntomas que afectan las funciones motoras voluntarias y que sugieren una enfermedad neurológica.
40. **¿Cuánto puede llegar a durar la amnesia disociativa?:**
1. No más de 30 minutos.
 2. Varias horas.
 3. Varios días, pero en raras ocasiones más de un mes.
 4. Varios años.
41. **¿Cómo se denomina la capacidad que tiene una sustancia de producir dependencia en aquellos que la consumen?:**
1. Potencial adictivo de una droga.
 2. Dependencia psicológica.
 3. Dependencia física.
 4. Síndrome de dependencia.
42. **¿Qué comparten los trastornos facticios y los somatomorfos?:**
1. La generación deliberada de los síntomas.
 2. La pérdida repetida del trabajo.
 3. El control voluntario de la persona.
 4. En ambos se dan síntomas corporales y factores psicológicos.
43. **¿Cuál de los siguientes trastornos de ansiedad presenta un patrón de respuesta cardiovascular bifásico?:**
1. Trastorno obsesivo-compulsivo.
 2. Fobia específica a la sangre.
 3. Fobia social.
 4. Agorafobia.
44. **¿En cuál de los siguientes trastornos es más habitual un inicio en la infancia o adolescencia?:**
1. Fobia social.
 2. Trastorno de pánico.
 3. Trastorno de ansiedad generalizada.
 4. Trastorno de estrés postraumático.
45. **Las preocupaciones normales y las preocupaciones patológicas (p.ej. las que aparecen en un Trastorno de ansiedad generalizada), NO se diferencian en:**
1. Contenido.
 2. Intensidad.
 3. Incontrolabilidad.
 4. Malestar asociado.
46. **¿Cuál de las siguientes es una característica de las compulsiones del Trastorno obsesivo compulsivo?:**
1. Son siempre respuestas motoras.
 2. Son conductas con una función o finalidad (reducir o prevenir algo temido).
 3. Son conductas placenteras en sí mismas.
 4. Son conductas automáticas e incontrolables.
47. **¿Cuál de los siguientes trastornos tiene una prevalencia similar en hombres y mujeres?:**
1. Agorafobia.
 2. Trastorno de estrés postraumático.
 3. Trastorno obsesivo-compulsivo.
 4. Depresión.
48. **¿Cuál de las siguientes es una característica de las obsesiones/intrusiones típicas del Trastorno obsesivo compulsivo?:**
1. Son siempre pensamientos.
 2. La persona reconoce que son un producto de su propia mente.
 3. La persona no reconoce que son un producto de su propiamente (injertadas en la mente).

4. La persona las considera siempre racionales y con sentido.
- 49. ¿Cuál es la duración mínima consecutiva de los síntomas en un Episodio de depresión mayor?:**
1. Una semana.
 2. Dos semanas.
 3. Un mes.
 4. Seis meses.
- 50. ¿Cuál de las siguientes es una característica definitoria de los episodios y trastornos depresivos melancólicos?:**
1. Falta de reactividad ante estímulos generalmente placenteros.
 2. Dificultades de concentración debidas a las preocupaciones.
 3. Patrón prolongado de sensibilidad o de rechazo interpersonal.
 4. Características psicóticas congruentes con el estado de ánimo.
- 51. ¿Cuál de las siguientes es una característica de la Distimia o Trastorno depresivo persistente?:**
1. Puede implicar la aparición de episodios hipomaniacos.
 2. En un estado de depresión subsindrómica tras experimentar una Trastorno depresivo mayor.
 3. Sus síntomas tienen una duración mínima de un año.
 4. Sus síntomas tienen una duración mínima de dos años.
- 52. ¿En qué se diferencia los Trastornos bipolares I y II?:**
1. En la duración de los episodios maniacos.
 2. En la cronicidad del trastorno.
 3. En la presencia o no de algún episodio depresivo mayor.
 4. En la presencia o no de algún episodio maniaco completamente desarrollado.
- 53. En un episodio depresivo grave ¿cuál de los siguientes síntomas NO corresponde a las llamadas “características melancólicas”?:**
1. Pérdida de placer para la mayoría de las actividades.
 2. Despertar precoz (al menos dos horas antes de lo habitual).
 3. Importante retraso psicomotor.
 4. El ánimo es peor por la tarde.
- 54. Según la Guía de práctica clínica de Trastornos de la conducta alimentaria del Ministerio de Sanidad, en cuanto al tratamiento psicológico de la anorexia nerviosa ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?:**
1. La mayor parte de las veces no es posible realizarlo en forma ambulatoria.
2. La duración del tratamiento debe ser al menos de 6 meses cuando se realiza de manera ambulatoria.
 3. En ningún caso deberían considerarse las terapias de orientación psicodinámica en el tratamiento ambulatorio de la anorexia nerviosa.
 4. En personas con anorexia hospitalizada es muy conveniente utilizar programas de modificación de conducta extremadamente rígidos.
- 55. En cuanto al tratamiento farmacológico de la bulimia nerviosa con Inhibidores selectivos de la recaptación de Serotonina (ISRS):**
1. Cuando se usa Fluoxetina, las dosis habituales son las mismas que en el caso de los episodios depresivos (20 mg/día).
 2. Actualmente, el fármaco de primera elección es el Citalopram.
 3. Hay considerable evidencia sobre el efecto del tratamiento con Fluoxetina (60 mg/día) a corto plazo.
 4. No deben tomarse si se inicia tratamiento psicológico.
- 56. La presencia de un miedo intenso a ganar peso, realización de una dieta muy restrictiva y ejercicio físico excesivo en una chica de 19 años con un Índice de masa corporal (IMC) de 15,5 sugiere :**
1. Anorexia nerviosa tipo mixto.
 2. Anorexia nerviosa atípica.
 3. Bulimia nerviosa de inicio precoz.
 4. Anorexia nerviosa tipo restrictivo.
- 57. Los sistemas de clasificación de la conducta anormal (p.ej., los utilizados en el DSM) constituyen:**
1. Escalas de razón
 2. Sistemas de clasificación nominal
 3. Sistemas de intervalo
 4. Escalas ordinales.
- 58. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es la correcta respecto de los Trastornos de la conducta alimentaria? :**
1. Un peso corporal por debajo de lo normal es criterio diagnóstico de bulimia nerviosa.
 2. Según la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) en la anorexia nerviosa el Índice de masa corporal (IMC) debe ser inferior a 17,5.
 3. La amenorrea secundaria en la anorexia nerviosa aparece siempre tras una importante pérdida de peso.
 4. El llamado signo de Russell (callosidades o heridas en el dorso de la mano o los dedos) sólo es observable en la bulimia nerviosa.

- 59. ¿Cuál de estas afirmaciones es cierta respecto de las características clínicas de la esquizofrenia?:**
1. Los síntomas negativos son síntomas que se encuentran en exceso o que se expresan como una exageración de las funciones normales.
 2. Los síntomas positivos serían aquellos que reflejan una disminución o pérdida de las funciones normales.
 3. Los síntomas positivos son síntomas que se encuentran en exceso o que se expresan como una exageración de las funciones normales.
 4. En la esquizofrenia paranoide predominan los síntomas negativos.
- 60. En la asíndesis:**
1. El paciente ofrece una respuesta indirecta y le cuesta alcanzar la idea final.
 2. El paciente va pasando de una frase a otra o de un tema a otro sin alcanzar contenidos.
 3. El paciente deja de hablar en medio de su discurso y cambia de tema en función de algún estímulo externo.
 4. El paciente crea una palabra nueva a la que dota de significado.
- 61. ¿En qué consiste la irradiación del pensamiento?:**
1. El paciente cree que hay pensamientos que no son suyos y que han sido introducidos en su mente.
 2. El paciente cree que le han quitado pensamientos de su mente y se siente vacío.
 3. El paciente tiene la creencia de que su pensamiento se difunde, de manera que tanto él como los demás pueden escucharlos de forma audible.
 4. El paciente cree que la gente le puede leer o conocer sus pensamientos.
- 62. ¿Cómo se denomina a la alteración del lenguaje consistente en la construcción de frases sin ningún lazo de unión y que hace que el discurso sea incomprensible?:**
1. Circunstancialidad.
 2. Esquizaofasia.
 3. Taquilalia.
 4. Ilogicidad.
- 63. Los síntomas motores o comportamiento catatónico (o desorganizado), se consideran:**
1. Síntomas positivos de la esquizofrenia.
 2. Síntomas negativos de la esquizofrenia.
 3. Síntomas delirantes de la esquizofrenia.
 4. Síntomas indiferenciados de la esquizofrenia.
- 64. La Depresión doble es aquella en la que se presentan conjuntamente cuadros clínicos de:**
1. Trastorno mixto de ansiedad y depresión.
 2. Trastorno depresivo mayor y ciclotimia.
 3. Trastorno distímico y trastorno depresivo menor.
 4. Trastorno depresivo mayor y trastorno distímico.
- 65. La Depresión anaclítica se refiere a un tipo de depresión caracterizada por:**
1. La excesiva dependencia de los demás.
 2. Un excesivo nivel de autocrítica.
 3. Antecedentes de sobreprotección durante la infancia.
 4. La imposibilidad de concentrarse en algo.
- 66. ¿Cuál de los siguientes síntomas NO constituye un posible criterio de diagnóstico en el DSM (IV-TR o 5) al Trastorno de depresión mayor?:**
1. Aumento significativo del peso.
 2. Disminución persistente de la capacidad de tomar decisiones.
 3. Miedo persistente a la muerte.
 4. Insomnio.
- 67. Los estudios sobre el sueño en los sujetos que se quejan de insomnio muestran:**
1. Que la mayoría sobreestima la cantidad de tiempo que duerme realmente.
 2. Que la mayoría subestima la cantidad de tiempo que duerme realmente.
 3. Que la mayoría estima con exactitud la cantidad de tiempo que duerme realmente.
 4. Que la mayoría estima con exactitud la cantidad de tiempo que duerme únicamente durante la siesta.
- 68. Señale cuál de las siguientes características es propia del mutismo selectivo:**
1. Fracaso constante para hablar en cualquier situación.
 2. Se produce exclusivamente durante el curso de un trastorno del espectro autista, la esquizofrenia u otro trastorno psicótico.
 3. El fracaso para hablar se puede atribuir a la falta de conocimiento del lenguaje.
 4. Fracaso constante para hablar en situaciones sociales específicas en las que existe expectativa por hablar (p.ej., la escuela) a pesar de hacerlo en otras ocasiones.
- 69. ¿En qué estadio del sueño suelen ocurrir los terrores nocturnos?:**
1. Estadio 1.
 2. Estadio 2.
 3. Estadio REM.
 4. Estadio 4.
- 70. Dentro de la “tétrada narcoléptica” se encuentra el síntoma de la cataplexia, que consiste en:**

1. Una necesidad irresistible de dormir en cualquier momento.
 2. Una repentina disminución o pérdida del tono muscular, permaneciendo el paciente totalmente consciente.
 3. La incapacidad de moverse justo antes del establecimiento del sueño o al despertar por la mañana.
 4. Experimentar alucinaciones visuales o auditivas.
- 71. ¿En qué estadio del sueño suelen ocurrir las pesadillas?:**
1. Estadio 1.
 2. Estadio 2.
 3. Estadio REM del sueño.
 4. Estadio 4.
- 72. ¿Cuál suele ser el síntoma más llamativo en el cuadro clínico de la apnea del sueño?:**
1. El dolor crónico.
 2. La excesiva somnolencia diurna.
 3. La parálisis del sueño.
 4. Las alucinaciones hipnagógicas.
- 73. El término disforia de género se refiere:**
1. A los impulsos sexuales intensos y recurrentes, y a fantasías o comportamientos que implican objetos poco habituales.
 2. A una alteración del deseo sexual por cambios psicofisiológicos en el ciclo de respuesta sexual.
 3. Al malestar que puede acompañar la incongruencia entre el género experimentado o expresado y el género asignado.
 4. A la atracción erótica hacia los hombres, las mujeres o ambos.
- 74. La dispareunia es un trastorno:**
1. Que afecta únicamente a mujeres.
 2. Que afecta únicamente a hombres.
 3. Que afecta tanto a hombres como a mujeres.
 4. Del sueño.
- 75. Respecto del Trastorno de personalidad por evitación (TPE), los principales sistemas diagnósticos coinciden en señalar como característico de este problema, lo siguiente:**
1. Los sujetos con TPE evitan actividades que impliquen contacto interpersonal por miedo a las críticas, al rechazo o la desaprobación.
 2. Las respuestas de inhibición social del sujeto con TPE no se asocian a hipersensibilidad a la evaluación negativa y a sentimientos de inferioridad.
 3. Los sujetos evitan la implicación con otras personas, aunque estén seguros de que van a agradar o a ser apreciados.
 4. Debe descartarse que la inhibición ante nuevas relaciones esté causada por una absoluta indiferencia y un completo desinterés en establecer vínculos sociales o afectivos.
- 76. El “trastorno de relación social desinhibida” (denominado también “trastorno reactivo de la vinculación en la infancia”) se caracteriza por:**
1. Manifestaciones conductuales, verbales o físicas demasiado familiares con desconocidos y fácil disposición para irse con extraños.
 2. Conductas de evitación activas y de rechazo a la interacción con desconocidos.
 3. Presentar una prevalencia elevada, entre 5% y 10%.
 4. Un marcado incremento de “conductas de comprobación o de seguimiento del cuidador”.
- 77. Según los principales manuales diagnósticos, señale cuál de los siguientes criterios es fundamental a la hora de determinar la existencia de un trastorno de la personalidad esquizoide:**
1. Conductas compulsivas y repetitivas tendentes a la búsqueda de placer.
 2. Interés exacerbado y obsesivo por las relaciones sexuales con personas distintas.
 3. Pulcritud excesiva en el cumplimiento de normas sociales, buscando siempre el halago de otros.
 4. Frialidad emocional y/o afectividad plana.
- 78. Señale la opción correcta respecto del diagnóstico de “Trastorno de adaptación” (TA):**
1. Puede manifestarse con síntomas, o bien de tipo depresivo, o bien de tipo ansioso, pero se desaconseja un diagnóstico de “tipo mixto” de ansiedad y depresión.
 2. No se considerará TA de forma depresiva si la reacción de depresión es breve, es decir, inferior a un mes.
 3. Ninguno de los síntomas (como malestar, sentimiento de incapacidad para afrontar los problemas, humor depresivo, etc.) es por sí solo de gravedad suficiente para justificar otro diagnóstico más específico.
 4. Dado que su manifestación se justifica por la presencia de un agente estresante, debe descartarse cualquier referencia a una posible “vulnerabilidad individual”.
- 79. ¿Qué tipo de técnica proyectiva es el test de Fábulas de Düss?:**
1. Asociativa.
 2. Catártica.
 3. Expresiva.
 4. Estructural.
- 80. En referencia a las fuentes de error que se pueden producir durante la observación ¿de qué**

manera influye que el observador sea no participante?:

1. Aumenta la objetividad y disminuye la reactividad.
2. Disminuye la objetividad y aumenta la reactividad.
3. Aumenta tanto la objetividad como la reactividad.
4. Disminuye tanto la objetividad como la reactividad.

81. Indique cuál de los siguientes NO es un factor de los evaluados en el NEO-Personality Inventory (NEO-PI):

1. Cultura.
2. Neuroticismo.
3. Conformidad.
4. Apertura a la experiencia.

82. ¿En qué consiste la evaluación dimensional de los trastornos del espectro de la esquizofrenia?:

1. En el análisis de la sintomatología y en la cuantificación de su nivel de gravedad.
2. En la aplicación de los criterios diagnósticos.
3. En la cumplimentación de entrevistas estructuradas o semiestructuradas.
4. En el diagnóstico diferencial y los trastornos comórbidos.

83. ¿Qué se intenta conseguir con el análisis funcional de la conducta?:

1. Identificar las funciones superiores de la conducta que se desea analizar.
2. Identificar la conducta en la que se desea intervenir y las circunstancias que la mantienen.
3. Establecer relaciones funcionales entre la conducta y el instrumento con el que se va a evaluar.
4. Establecer relaciones funcionales entre la conducta y las funciones básicas de la actividad a evaluar.

84. Para la evaluación del progreso en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad, los instrumentos que se han mostrado más sensibles son:

1. Los test de laboratorio.
2. La entrevista abierta.
3. Las técnicas proyectivas.
4. Las escalas de puntuación.

85. El WPPSI IV es la escala de Wechsler destinada a medir la inteligencia:

1. En la tercera edad.
2. En adultos.
3. Desde los 7,6 años hasta los 16 años.
4. Desde los 2,6 años hasta los 7,7 años

86. El Diferencial Semántico es una técnica de evaluación:

1. Proyectiva.
2. Objetiva.
3. Social.
4. Subjetiva.

87. El Test del dibujo de la figura humana (DAP) es una técnica de evaluación:

1. Proyectiva estructural.
2. Proyectiva temática.
3. Proyectiva expresiva.
4. Proyectiva represiva.

88. La batería de evaluación para niños de Kaufman (K-ABC):

1. Puede aplicarse a partir de los 6 meses.
2. No puede aplicarse a niños con sordera.
3. Resulta de mucha utilidad para evaluar a niños superdotados.
4. Permite medir la capacidad de procesamiento, independientemente de los aprendizajes adquiridos.

89. ¿Qué técnica de investigación permite la localización de estructuras cerebrales para, posteriormente, producir lesiones, administrar sustancias, recoger la actividad eléctrica, entre otras acciones?:

1. Microscopia electrónica de transmisión.
2. Microscopia confocal con láser.
3. La cirugía estereotáxica.
4. Autorradiografía con 2-desoxiglucosa.

90. ¿Cuál de las siguientes es una de las principales dificultades que se encuentra al evaluar los trastornos de la conducta alimentaria?:

1. La falta de conciencia del problema.
2. La falta de empatía.
3. La caquexia.
4. La alexitimia.

91. Atendiendo a la Teoría de la autodeterminación de Deci y Ryan, podemos afirmar que:

1. La motivación intrínseca es el único tipo de motivación autónoma.
2. Las metas exclusivas satisfacen de forma directa las necesidades psicológicas básicas.
3. La motivación intrínseca incluye los tipos de regulación: introyectada, identificada e integrada.
4. La motivación intrínseca disminuye por el efecto de acontecimientos externos como cuando se da tiempo límite, se imponen metas, se somete a vigilancia o existe competición o juicios de evaluación.

92. **¿Cómo se denomina al grado de relevancia y representatividad de los contenidos medidos por un instrumento de evaluación psicológica?:**
1. Consistencia interna.
 2. Validez de contenido.
 3. Fiabilidad interna.
 4. Utilidad clínica.
93. **¿Qué mide el test de Matrices Progresivas de Raven?:**
1. La inteligencia general.
 2. El conocimiento adquirido con el paso del tiempo.
 3. El razonamiento verbal.
 4. La inteligencia cristalizada.
94. **¿Qué tipo de atención se evalúa fundamentalmente en las medidas de inatención en niños con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)?:**
1. Atención dividida.
 2. Atención sostenida.
 3. Atención plena.
 4. Atención alternante.
95. **El Inventario clínico multiaxial de Millon I y II (MCMI) se utiliza para evaluar:**
1. Características psicopatológicas de la inteligencia.
 2. Características psicopatológicas de la personalidad.
 3. El trastorno mental grave.
 4. El funcionamiento afectivo del individuo.
96. **¿Cuál de los siguientes instrumentos de evaluación es de elección para valorar el desarrollo de un niño de 5 años?:**
1. Escala Bayley de Desarrollo Infantil.
 2. Escala de desarrollo Peabody.
 3. Inventario de Desarrollo Battelle.
 4. Escala de Desarrollo Brunete-Lezine.
97. **¿Qué test proyectivo aplicable a la infancia es de tipo expresivo?:**
1. Test del árbol de Koch.
 2. Test de apercepción temática de Murray.
 3. Fábulas de Düss.
 4. Test Pata negra de Corman.
98. **¿Qué evaluará si decide registrar los aspectos topográficos de la respuesta en un adolescente diagnosticado de Trastorno obsesivo compulsivo (TOC)?:**
1. Grado de creencia en las consecuencias temidas.
 2. Antecedentes y consecuentes de las obsesiones.
 3. Consecuencia de los rituales.
 4. Frecuencia y duración de las obsesiones.
99. **Señale cuál de los siguientes aspectos o características es propio de la prueba de tolerancia aplicada a la fobia a la oscuridad en la infancia:**
1. El niño se aproxima progresivamente al objeto temido.
 2. Se gradúan las variables de tiempo e intensidad de la luz.
 3. Se trata de una observación natural.
 4. El niño se enfrenta a la situación sin ningún tipo de gradación.
100. **¿Cuál de los siguientes instrumentos de evaluación está indicado para valorar la gravedad de la sintomatología depresiva en la infancia?:**
1. Inventario de depresión infantil (CDI) de Koback y Beck.
 2. Inventario de creencias irracionales de Silva y Martorell.
 3. Entrevista diagnóstica para niños y adolescentes-IV.
 4. Cuestionario de estilo atribucional (ASQ) de Peterson.
101. **¿En qué aspecto se centra la evaluación de tipo dinámico o de potencial de aprendizaje, para evaluar la baja capacidad intelectual en la infancia?:**
1. El cociente intelectual.
 2. Los procesos cognitivos básicos.
 3. Los conocimientos semánticos.
 4. La capacidad para beneficiarse de la instrucción.
102. **¿En relación a qué se mide el rendimiento académico de una niña si empleamos instrumentos criteriales?:**
1. A la población de referencia.
 2. A la capacidad cognitiva.
 3. Al diseño curricular.
 4. A la norma estadística.
103. **¿Qué test se considera una prueba neuropsicológica de tipo general en la evaluación infantil?:**
1. Test de copia de una figura compleja de Rey.
 2. Escala de inteligencia de Wechsler para niños WISC-IV
 3. Test Token.
 4. Test de retención visual de Benton.
104. **¿Qué escala de las Matrices progresivas de Raven se aplica a niños de 5 a 11 años?:**
1. Escala superior (APM).
 2. Escala general (SPM).
 3. Escala infantil (SCM).
 4. Escala de color (CPM).

105. En el trastorno de Rett aparece(n):

1. Alteraciones pre y perinatales.
2. Una circunferencia del cráneo más pequeña de lo normal al nacer.
3. Una aceleración del crecimiento craneal a partir del primer año.
4. Un desarrollo motor normal hasta los cinco primeros meses.

106. Según el denominado “efecto de mera exposición”, la exposición reiterada a un objeto favorece:

1. La repulsa hacia el mismo.
2. La atracción ambivalente hacia el mismo.
3. La mayor atracción hacia el mismo.
4. Oscilaciones en la atracción hacia el mismo.

107. El denominado “efecto de falso consenso” consiste en la tendencia a pensar que:

1. La población general opina de forma muy diversa sobre las cosas importantes.
2. Nuestras conductas o ideas son más comunes de lo que en realidad son.
3. Es fácil conseguir consenso con el diálogo.
4. Existe coherencia entre lo que una persona dice y lo que piensa.

108. El denominado “efecto actor-observador” consiste en:

1. Atribuir nuestras conductas a factores externos y las conductas de los otros a factores internos.
2. Atribuir nuestras conductas a factores internos y las conductas de los otros a factores externos.
3. Atribuir tanto nuestras conductas como las conductas de los otros a factores internos.
4. Atribuir tanto nuestras conductas como las conductas de los otros a factores externos.

109. La denominada “correlación ilusoria” produce:

1. Confusiones entre correlación y causación en la investigación
2. Sobrevaloración de las propias capacidades en personas de baja autoestima.
3. Tendencia a mantener las propias posiciones y situaciones de discusión.
4. Sobreestimación de los comportamientos negativos en grupos pequeños.

110. La técnica persuasiva denominada de la “bola baja” consiste en:

1. Utilizar un emisor atractivo para persuadir.
2. Hacer que una persona acceda a una petición y después evidenciar que tiene costes adicionales.
3. Conseguir que una persona acceda a una peti-

ción grande planteando primero una petición más pequeña.

4. Realizar primero una petición grande que se sabe va a ser rechazada y después otra más pequeña.

111. La Teoría de la identidad social establece que una de las estrategias para lograr una identidad social positiva es otorgar valores positivos a características del propio grupo que previamente se valoraban como negativas. Esta estrategia se denomina:

1. Diferenciación intragrupal.
2. Creatividad social.
3. Competitividad social.
4. Metacontraste.

112. En el tratamiento de la adicción al juego, la exposición gradual con prevención de respuesta se basa en los siguientes principios de aprendizaje:

1. Condicionamiento inhibitorio y condicionamiento de segundo orden.
2. Extinción y moldeamiento.
3. Reforzamiento positivo y reforzamiento negativo.
4. Generalización y discriminación.

113. ¿En qué estado del Modelo transteórico de Prochaska y DiClemente se encuentra una persona que acude por primera vez a las sesiones del psicólogo clínico para dejar de beber y cumple con las recomendaciones del terapeuta? :

1. Precontemplación.
2. Contemplación.
3. Preparación.
4. Acción.

114. ¿Qué es lo que se pretende con el tratamiento de la adicción a la heroína mediante la administración de antagonistas opiáceos (naltrexona principalmente)?:

1. Bloquear los receptores cerebrales a opiáceos y evitar que el consumo de heroína tenga efectos reforzantes.
2. Evitar el policonsumo de otras drogas (alcohol, cocaína).
3. Mantener un consumo de heroína moderado en aquellas personas que no son capaces de superar la adicción.
4. Provocar reacciones adversas ante el consumo de heroína (tratamiento aversivo).

115. Dentro de la terapia cognitiva de Beck existen varios medios para cuestionar verbalmente las creencias. Señale la forma INCORRECTA:

1. Examinar las pruebas a favor y en contra de la creencia.
2. Analizar la utilidad de la creencia.

3. Usar la técnica de la flecha descendente.
 4. Buscar una alternativa formulada en términos más realistas y útiles.
- 116. Señale en cuál de los siguientes ámbitos clínicos no se podría aplicar la intención paradójica:**
1. En pacientes desafiantes y opositoristas.
 2. En pacientes que experimentan falta de control comportamental.
 3. En pacientes con ideas o conductas autolesivas.
 4. En pacientes en los que el temor al problema y sus consecuencias es su principal mantenedor.
- 117. Señale la opción INCORRECTA. La exposición interoceptiva:**
1. Está indicada en el trastorno del pánico.
 2. Consiste en exponer al paciente, en un lugar seguro, a las sensaciones físicas desagradables por medio de la inducción involuntaria de los estímulos psicofisiológicos temidos.
 3. El paciente se expone de forma prolongada a las sensaciones temidas sin emitir conductas de escape.
 4. El número de sesiones terapéuticas oscila alrededor de diez.
- 118. Dentro de los factores comunes a las técnicas de tratamiento para el control de la activación ¿cuál es el factor más determinante de su eficacia?:**
1. La distracción mental.
 2. La práctica regular.
 3. La estimulación ambiental.
 4. Incrementar el tono muscular.
- 119. Dentro de los posibles cambios producidos por las relajación del sistema nervioso autónomo NO se encuentra la:**
1. Disminución de la frecuencia respiratoria.
 2. Disminución de la frecuencia cardíaca.
 3. Disminución en la producción de saliva.
 4. Disminución de la presión arterial.
- 120. Según diversos metaanálisis, en el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo la terapia cognitiva parece igual de eficaz que la exposición con prevención de respuesta:**
1. En todos los casos
 2. Al menos cuando la primera incluye experimentos conductuales.
 3. En ningún caso.
 4. Si se acompaña de tratamiento con antidepresivos.
- 121. Respecto del tratamiento psicológico de la hipertensión arterial, señale cuál de las siguientes afirmaciones es correcta:**
1. Los ejercicios de relajación muscular están contraindicados ya que pueden producir un empeoramiento en la presión arterial.
 2. Las intervenciones psicológicas no han mostrado evidencia de su eficacia en la hipertensión arterial.
 3. La terapia basada en imaginación es el tratamiento de elección para la hipertensión arterial.
 4. La meditación trascendental puede reducir de manera significativa la presión arterial en pacientes hipertensos.
- 122. En la terapia cognitiva para el tratamiento de los trastornos de personalidad (Beck et al., 2005) se describen con detalle tres estrategias y técnicas especializadas de tipo cognitivo que son: los sondeos cognitivos, abordar los esquemas y:**
1. Técnicas de flexibilización cognitiva.
 2. Toma de decisiones.
 3. Los juegos de rol.
 4. Empleo de evocación de imágenes.
- 123. Teniendo en cuenta la sintomatología característica del trastorno esquizoide de la personalidad ¿qué componente terapéutico se incluye a menudo en su tratamiento psicológico?:**
1. Exposición interoceptiva.
 2. Técnicas de focalización en síntomas psicóticos.
 3. Entrenamiento en habilidades sociales.
 4. Técnicas de mentalización.
- 124. Señale cuál de los siguientes es el tratamiento más eficaz para el trastorno límite de la personalidad:**
1. Terapia dialéctica-conductual.
 2. Terapia psicoanalítica breve.
 3. Terapia sistémica.
 4. Terapia estratégica del yo.
- 125. El modelo trifásico de la respuesta sexual humana agrega el concepto de deseo y condensa la respuesta sexual en tres fases distintas pero fisiológicamente relacionadas: deseo, excitación y orgasmo. Este modelo fue descrito por:**
1. William Masters y Virginia Johnson.
 2. Rosemary Basson.
 3. Hellen Singer Kaplan.
 4. Alfred Kinsey.
- 126. De las siguientes alternativas de tratamiento ¿cuál de ellas ha mostrado una mayor eficacia en la reducción del número de agresores sexuales reincidentes?:**
1. Castración química con fármacos que reducen la producción o captación celular de testosterona.

2. Tratamiento farmacológico con inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS).
 3. Tratamiento farmacológico bien con antian-drógenos o bien con ISRS junto con psicote-rapia psicoanalítica.
 4. Tratamiento farmacológico bien con antian-drógenos o bien con ISRS junto con psicote-rapia cognitivo-conductual.
- 127. Para superar las recaídas, la Terapia Cognitiva basada en Mindfulness para la depresión principalmente promueve que los pacientes:**
1. Se distraigan o evitan los estados de tristeza o infelicidad.
 2. Aprendan a reducir la probabilidad de que se reinstale la rumia o pensamiento rumiador, en los momentos en que incrementa la disforia o ánimo bajo.
 3. Aprendan a llevar a cabo más actividades agradables y eviten o escapen de las desagradables.
 4. Se conviertan en buenos o excelentes medita-dores en la tradición budista.
- 128. En el manual de “Terapia Cognitiva de la De-presión” de Beck, Rush, Shaw y Emery (1979), se proponen una serie de pautas específicas para el tratamiento cognitivo. Señale la opción INCORRECTA:**
1. Conocer el “paradigma personal” del pacien-te, esto es, su visión de sí mismo, de su pro-blema, del mundo y del futuro.
 2. Evitar “etiquetar” al paciente y hacer juicios de valor.
 3. Explicar al paciente su conducta contraprodu-cente en base a los “deseos infantiles” o in-conscientes, aportando una interpretación mo-tivacional de su conducta.
 4. Emplear las preguntas como instrumento te-rapéutico.
- 129. En el marco de la Activación Conductual (p.ej. Martell):**
1. Se debe comenzar con actividades que no hayan formado parte del repertorio de la per-sona.
 2. Se deben estructurar las actividades del pa-ciente de acuerdo a su estado de ánimo.
 3. Se deben priorizar las actividades que supon-gan un reforzamiento natural.
 4. El cambio resulta más difícil si se empieza poco a poco.
- 130. Si aplicamos a un paciente con depresión el módulo de “re-evaluación cognitiva” del “pro-tocolo unificado para el tratamiento transdiag-nóstico de los trastornos emocionales” de Bar-low et al. ¿cuál debería ser su objetivo en rela-ción con los “errores del pensamiento”?:**
1. Reemplazar los pensamientos erróneos por otros más realistas.
 2. Incrementar la flexibilidad en la valoración de las situaciones.
 3. Reparar las formas erróneas de pensar que presente el paciente.
 4. Llevar la exposición de las emociones al mundo real.
- 131. Según la Terapia Cognitiva de Beck los pacien-tes con depresión suelen dar demasiada impor-tancia a los fracasos y acontecimientos negati-vos que les ocurren, excluyendo otros sucesos positivos ¿cómo se denomina esta distorsión cognitiva?:**
1. Sobre-generalización.
 2. Abstracción selectiva.
 3. Catastrofismo.
 4. Pensamiento dicotómico.
- 132. En una investigación se ha concluido que existe relación entre las variables estudiadas, basán-dose en el resultado obtenido en la prueba de hipótesis nula. Sin embargo, constatamos que dicha relación no existe en la población. Según este enunciado ... (señale la afirmación correc-ta):**
1. Se ha cometido un error de tipo I.
 2. Se ha cometido un error de tipo II.
 3. La potencia de la prueba es baja.
 4. El valor de p obtenido en la prueba de hipóte-sis nula es superior a 0,05.
- 133. El Coeficiente Alfa de Cronbach puede conside-rarse como:**
1. El límite superior del coeficiente de fiabili-dad.
 2. Equivalente al índice de fiabilidad.
 3. El límite inferior del coeficiente de fiabilidad.
 4. La correlación entre los ítems pares e impares del test.
- 134. En relación con la Psicoterapia Interpersonal para la Depresión, indique la respuesta correc-ta:**
1. Se estructura en 5 fases.
 2. No ha sido comparada en ensayos clínicos aleatorizados con otros tratamientos de pro-bada eficacia para la depresión.
 3. Procura que el paciente asuma el “papel de enfermo”.
 4. Se centra principalmente en los problemas interpersonales que la persona ha tenido en su infancia.
- 135. ¿Cuál de los siguientes enunciados es verdadero en relación con la Activación Conductual apli-cada al tratamiento de la Depresión?:**
1. Trata de cambiar en el corto plazo las reac-

- ciones emocionales del paciente (tristeza, desánimo, desinterés, etc.)
2. Abandona completamente el objetivo de cambiar las emociones del paciente.
 3. Pretende que cambien las emociones para producir un cambio en la conducta.
 4. Ve necesaria a corto plazo la aceptación de las emociones del paciente.
- 136. ¿Cuáles son los repertorios conductuales en los que habitualmente se centra la Terapia de Habilidades Sociales para el tratamiento de la depresión? (Becker, Heimberg y Bellack):**
1. Aserción negativa, aserción positiva y habilidades de conversación.
 2. Aserción positiva, habilidades de conversación y comunicación no verbal.
 3. Aserción negativa, habilidades de conversación y comunicación no verbal.
 4. Aserción positiva, aserción negativa y disco rayado.
- 137. Los objetivos de los tratamiento psicosociales para el trastorno bipolar pueden incluir, todos los siguientes, EXCEPTO:**
1. Ayudar a los pacientes a identificar síntomas subsindrómicos o pródromos.
 2. Poder llegar a reemplazar el tratamiento farmacológico.
 3. Mejorar el funcionamiento entre episodios.
 4. Mejorar la adherencia a la farmacoterapia.
- 138. Todas las siguientes alternativas constituyen tratamientos eficaces para el trastorno obsesivo-compulsivo, EXCEPTO una. Señala cuál:**
1. Exposición con prevención de respuesta.
 2. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).
 3. Terapia Cognitiva del TOC.
 4. Detención del pensamiento.
- 139. ¿Cuál de los siguientes sería un objetivo terapéutico en la primera sesión propiamente de tratamiento del trastorno de ansiedad por enfermedad? (Salkovskis y Warwick) :**
1. Limitar o bloquear las conductas que el paciente realiza en relación a sus síntomas somáticos como la auto-inspección o la búsqueda de información tranquilizadora.
 2. Proponer al paciente la hipótesis de que se trate de un problema de ansiedad, como alternativa a las hipótesis de la existencia de un trastorno orgánico.
 3. Cuestionar verbalmente las interpretaciones negativas de los síntomas somáticos del paciente.
 4. Implicar a los familiares en el tratamiento, indicándoles cómo actuar frente a las demandas de tranquilización que hace su familiar.
- 140. ¿Cuál sería el modo más adecuado de llevar a cabo un programa de exposición para los pensamientos obsesivos en un paciente con un trastorno obsesivo-compulsivo?:**
1. Exponer al paciente a las situaciones temidas, empezando con el pensamiento obsesivo menos perturbador y siguiendo con los más perturbadores.
 2. Exponer al paciente a las situaciones temidas, empezando con el pensamiento obsesivo más perturbador y siguiendo con los más perturbadores.
 3. Exponer al paciente alternativamente a un pensamiento obsesivo muy perturbador y a otro poco perturbador.
 4. Exponer al paciente sólo al pensamiento obsesivo más perturbador y esperar un efecto de generalización a los menos perturbadores.
- 141. ¿Qué modalidad de tratamiento emplearíamos para trabajar con un paciente con trastorno obsesivo-compulsivo, si sus obsesiones son del tipo: “atropellar a un peatón”, “estrellarse con el coche” o “agredir a otra persona”?:**
1. Exposición en vivo con prevención de respuesta.
 2. Exposición en imaginación con prevención de respuesta.
 3. Únicamente prevención de respuesta.
 4. Detención del pensamiento.
- 142. ¿Cuál es el trastorno mental que más frecuentemente aparece de forma comórbida con la bulimia nerviosa?:**
1. El trastorno del estado de ánimo.
 2. El trastorno por estrés posttraumático.
 3. La dependencia de sustancias.
 4. El trastorno de pánico.
- 143. Podemos diferenciar una paciente con bulimia nerviosa de una con trastorno por atracón en que:**
1. Las pacientes con trastorno por atracón ingieren mayor cantidad de comida que las pacientes con bulimia nerviosa en el episodio de atracón.
 2. Las pacientes con bulimia nerviosa presentan menor sensación de falta de control sobre lo que ingieren durante episodio de atracón que las pacientes con trastorno por atracón.
 3. Las pacientes con trastorno por atracón no llevan a cabo conductas compensatorias inapropiadas tras el episodio de atracón.
 4. Las pacientes con trastorno por atracón presentan un IMC mayor que las pacientes con bulimia nerviosa.
- 144. Según el DSM-5, el trastorno dismórfico corporal se considera:**

1. Un trastorno de ansiedad.
 2. Un trastorno relacionado con el espectro de los trastornos de síntomas somáticos.
 3. Un trastorno disociativo.
 4. Un trastorno relacionado con el espectro del trastorno obsesivo compulsivo.
- 145. Una de las características psicopatológicas más frecuentes de los pacientes que presentan un trastorno de ansiedad por enfermedad es:**
1. La elevada amplificación somatosensorial.
 2. La elevada tolerancia a la incertidumbre somática.
 3. El rechazo de la información tranquilizadora.
 4. Las creencias adaptativas sobre la salud: son "buenos pacientes".
- 146. ¿Cuál de los siguientes programas de tratamiento psicosocial de la esquizofrenia contiene un módulo específico de entrenamiento en habilidades sociales?:**
1. La terapia de Remediación Cognitiva (Wykes y Reeder, 2005).
 2. La terapia cognitiva para delirios, voces y paranoia (Chadwick et al., 1996).
 3. La terapia de focalización (Slade, y Bentall, 1988).
 4. La terapia psicológica integrada (IPT, Brenner et al., 1992).
- 147. Respecto del tratamiento cognitivo-conductual para la esquizofrenia ¿cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA?:**
1. La mayoría de programas de tratamiento cognitivo-conductual tienen una duración aproximada en torno a las 20 sesiones.
 2. Su eficacia se ha demostrado de forma consistente tanto en la fase estable como en la fase aguda de la enfermedad.
 3. El tratamiento cognitivo-conductual ha mostrado eficacia básicamente sobre los síntomas positivos de la esquizofrenia.
 4. El tratamiento cognitivo-conductual figura entre los tratamientos psicológicos para la esquizofrenia con mayor apoyo experimental.
- 148. ¿Cuál de los siguientes programas NO es un tipo de intervención familiar?:**
1. El modelo psicoeducativo de Anderson.
 2. Las intervenciones cognitivo-conductuales de Tarrier.
 3. La terapia de cumplimiento de Kemp.
 4. El paquete de intervenciones sociofamiliares de Leff.
- 149. ¿Cuál de los siguientes subprogramas forma parte de la Terapia Psicológica Integrada (ITP) de Hodel y Brenner?:**
1. Percepción social.
 2. Afrontamiento interno.
 3. Psicoeducación.
 4. Modificación de creencias.
- 150. ¿Cuál de los siguientes programas es un tratamiento de orientación cognitivo-conductual específico para los síntomas positivos de la esquizofrenia? :**
1. La terapia de potenciación de estrategias de afrontamiento de Tarrier.
 2. La terapia psicológica integrada de Hodel y Brenner.
 3. La terapia de potenciación cognitiva de Hogarty y Flesher.
 4. La terapia personal de Hogarty.
- 151. ¿Cuál es uno de los principales inconvenientes de los programas de entrenamiento en habilidades sociales para pacientes con esquizofrenia?:**
1. El rechazo de los pacientes a este tipo de intervenciones.
 2. La incapacidad de los pacientes para aprender nuevas habilidades debido al deterioro de la enfermedad.
 3. Que las habilidades sociales no inciden en el funcionamiento social y la calidad de vida del paciente.
 4. La dificultad de generalización del aprendizaje a situaciones sociales complejas.
- 152. ¿Cuál de los siguientes tratamientos psicológicos para la esquizofrenia está especialmente diseñado para aplicar en fases agudas y durante el ingreso hospitalario?:**
1. Terapia de focalización de Bentall.
 2. Terapia de cumplimiento de Kemp.
 3. Terapia cognitiva para delirios, voces y paranoia de Chadwick.
 4. Terapia de Potenciación Cognitiva de Hogarty y Flesher.
- 153. Respecto al tratamiento farmacológico para la esquizofrenia ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?:**
1. Según las guía clínicas, el tratamiento farmacológico es el tratamiento de elección en las fases agudas, pero es opcional en las fases de mantenimiento.
 2. El tratamiento farmacológico consigue la remisión de los síntomas positivos en aproximadamente un 80% de los pacientes.
 3. Una de las principales diferencias entre los antipsicóticos típicos y los antipsicóticos atípicos está en los efectos secundarios adversos que generan.
 4. Los antipsicóticos se han mostrado igualmente eficaces tanto para la sintomatología positiva como para la negativa.

154. ¿Cuál de los siguientes fármacos es un antipsicótico?:
1. Sertralina.
 2. Diazepam.
 3. Olanzapina.
 4. Paroxetina.
155. La teoría de los Constructos Personales de George Kelly se encuadra dentro de las teorías:
1. Constructivistas.
 2. Conductistas.
 3. Interpersonales.
 4. Sistémicas.
156. ¿Qué técnica operante cuenta con una fase aditiva y otra sustractiva?:
1. El encadenamiento.
 2. La sobrecorrección.
 3. El coste de respuesta.
 4. El desvanecimiento.
157. ¿Qué otro nombre recibe el “modelado participativo o participante”:
1. Automodelado.
 2. Práctica imaginada.
 3. Desensibilización de contacto.
 4. Sensibilización encubierta.
158. ¿Qué técnica sería más aconsejable emplear si lo que deseamos es debilitar pero no suprimir totalmente una determinada conducta?:
1. La extinción.
 2. El reforzamiento diferencial de conductas incompatibles.
 3. El reforzamiento diferencial de tasas bajas de conducta.
 4. El reforzamiento diferencial de otras conductas.
159. ¿En qué estrategia terapéutica se suele emplear el “balance decisional” con el objetivo de valorar los aspectos positivos y negativos de la conducta actual?:
1. En las técnicas de condicionamiento encubierto.
 2. En la entrevista motivacional.
 3. En la administración del tiempo.
 4. En el afrontamiento paliativo.
160. ¿Cuál NO sería un objetivo a alcanzar en la fase “Orientación del problema” (u orientación hacia el problema) del proceso de solución de problemas elaborado por D’Zurilla y Goldfried?:
1. Tratar de solucionar el problema desde un sentimiento de control y competencia.
 2. Tratar el problema más como un reto que como una amenaza.
 3. Aprender a parar y pensar antes de actuar (reflexibilidad en lugar de impulsividad).
 4. Generar el mayor número posible de alternativas.
161. Bernstein y Borkovec plantean un entrenamiento en relajación en el que se reduce, progresivamente, el número de grupos musculares a entrenar. Señale cual es la secuencia que proponen dichos autores (las cifras corresponden al nº de grupos musculares en cada una de las fases):
1. 8-4-2.
 2. 16-7-4.
 3. 20-14-3.
 4. 40-12-2.
162. En los modelos sistémicos de terapia, un concepto muy importante para analizar la estructura familiar es el de “sistemas triádicos”. Respecto de éstos cabe afirmar lo siguiente:
1. Las coaliciones entre miembros de distintas generaciones se denominan “triángulos perversos”.
 2. Los sistemas triádicos se organizan siempre como “coaliciones” y no como “alianzas”.
 3. Las coaliciones no suelen ser negadas por la familia.
 4. Las coaliciones se dan entre padres en contra de un hijo.
163. La alianza terapéutica, según Bordin, tiene tres componentes independientes, las tareas, los adjetivos y:
1. Los resultados.
 2. La demanda.
 3. Las técnicas concretas.
 4. El vínculo.
164. En los modelos sistémicos de terapia ¿cómo se denomina al familiar que presenta el síntoma?:
1. Paciente sistémico o sistemático.
 2. Paciente identificado.
 3. Paciente triangulado.
 4. Paciente o familiar puntuado.
165. La Triada Cognitiva Negativa de Beck se refiere a:
1. Sensaciones, emociones y sentimiento negativos previos a los pensamientos rumiativos típicos de la depresión.
 2. Distorsión cognitiva negativa sobre la infancia, adolescencia y adultez del paciente depresivo.
 3. Visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro.
 4. Estilo de respuesta del paciente depresivo basada en la rumiación, la magnificación y la

generalización excesiva.

166. ¿Cómo se denomina, en las terapias sistémicas, la intervención de un familiar que presenta los hechos de tal modo que forman una secuencia ordenada, generalmente para determinar una causa y un efecto?:

1. Causalidad eficiente.
2. Puntuación.
3. Circularidad.
4. Connotación positiva.

167. En el Psicoanálisis, cuál es la técnica que corresponde a la “regla analítica fundamental”:

1. El análisis de la transferencia.
2. El análisis de sueños.
3. La asociación libre.
4. La interpretación de la represión.

168. El Trastorno de Evitación Experiencial, propuesto por la Terapia de Aceptación y Compromiso, se origina en:

1. La orientación al bienestar inmediato.
2. La implicación mutua.
3. El yo como contexto.
4. La cultura de la inacción.

169. En el marco de la Terapia Dialéctica Conductual, el principio fundamental de la Teoría Biosocial del Trastorno Límite de Personalidad propone que el principal problema trastorno en esta patología es:

1. La agitación.
2. La interpretación literal del otro.
3. La desregulación de las emociones.
4. La falta de adherencia al tratamiento.

170. En el modelo ABC de la Terapia Racional Emotiva ¿qué lugar le corresponde a las creencias irracionales?:

1. El A.
2. El B
3. El C.
4. Las creencias irracionales NO se contemplan en esta terapia.

171. Para la Logoterapia de Víctor Frankl ¿cuál es el principal elemento generador de las neurosis?:

1. La represión de la libido.
2. Las carencias en la crianza.
3. La pérdida de sentido en la vida.
4. La frustración social.

172. ¿Cuál es una de las principales premisas de la Terapia Centrada en el Cliente de Rogers?:

1. El énfasis en el papel prescriptivo del terapeuta.

2. La consideración de la angustia existencial como motor del cambio.
3. El rechazo al papel directivo del terapeuta.
4. El énfasis en el pasado más que en el presente.

173. ¿Cuál es el concepto básico en las terapias psicodinámicas breves?:

1. El concepto de transferencia activa.
2. El concepto de foco.
3. El concepto de tendencia a la realización.
4. La activación conductual.

174. Uno de los siguientes criterios del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo (DSM-5) es INCORRECTO señale cuál:

1. Accesos de cólera, graves y recurrentes que se manifiestan verbalmente, o comportamentalmente, cuya intensidad o duración son desproporcionadas a la situación o provocación (presentes durante 12 o más meses).
2. Las accesos de cólera se producen, en término medio, tres o más veces por semana (presentes durante 12 o más meses).
3. El estado de ánimo entre los accesos de cólera es persistentemente irritable o irascible la mayor parte del día, casi todos los días, y es observable por parte de otras personas (presentes durante 12 o más meses).
4. El primer diagnóstico debe hacerse antes de los 6 años.

175. ¿Cuál es la edad de inicio más probable de la anorexia nerviosa (DSM-5)?:

1. En la primera infancia.
2. Suele empezar durante la adolescencia o la edad adulta temprana.
3. A cualquier edad, aunque preferente antes de los 40 años.
4. Hacia los 10-11 años o preadolescencia.

176. El trastorno caracterizado por un patrón de enfado/irritabilidad, discusiones/actitud desafiante o vengativa que dura por lo menos seis meses, que se manifiesta con 4 o más síntomas asociados a este patrón, y que se exhibe durante la interacción con un individuo (que no sea un hermano), sin que exista una alteración del estado de ánimo grave, se denomina (DSM-5):

1. Trastorno de conducta.
2. Trastorno de desregulación disruptiva.
3. Trastorno negativista desafiante.
4. Trastorno explosivo intermitente.

177. Selecciona la afirmación que es verdadera sobre el trastorno de conducta (DSM-5):

1. Los primeros síntomas significativos del trastorno de conducta aparecen siempre en los años preescolares.

2. En la mayoría de los individuos el trastorno remite en la edad adulta.
 3. Los síntomas del trastorno varían poco con la edad.
 4. La prevalencia varía mucho en distintos países en función de la etnia y raza.
- 178. ¿Qué afirmación en relación al Trastorno de Depresión Mayor (DSM-5) es verdadera?:**
1. No aparece durante la infancia temprana.
 2. En los niños se puede producir un aumento de la actividad dirigida a un objetivo.
 3. En niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
 4. Durante la adolescencia únicamente se produce comorbilidad con otros trastornos internalizantes (interiorizados).
- 179. Dentro de los trastornos de la comunicación, en el trastorno de la fluidez de inicio en la infancia (tartamudeo) hay variados síntomas o factores que aparecen de forma frecuente y notable. Indica el que NO pertenezca a esta patología (DSM-5):**
1. Palabras fragmentadas.
 2. Circunloquios.
 3. Repetición de palabras monosilábicas.
 4. Estructura gramatical muy limitada.
- 180. Un adolescente acude a la consulta exponiendo los siguientes síntomas: (1) Tiene ideas intrusivas y recurrentes de monstruos con pinchos que luchan entre ellos muy agresivamente, estas ideas (pensamientos, imágenes) se imponen en su mente y le crean mucha ansiedad y malestar; (2) Tiene conductas repetitivas (por ejemplo, cada vez come lentejas las tiene que contar y la cuchara debe tener 19), lo que provoca que necesite mucho tiempo en comer y conflictos con la madre. De las 4 afirmaciones señale la respuesta correcta (DSM-5):**
1. Todos los síntomas son compulsiones.
 2. Tiene obsesiones y compulsiones.
 3. Tiene síntomas afectivos cíclicos.
 4. Todos los síntomas son obsesiones.
- 181. Un adolescente presenta los siguientes síntomas: (1) Tics motores múltiples y varios tics vocales que han estado presentes en algún momento durante la enfermedad, aunque no de forma concurrente; (2) Los tics aparecen intermitentemente en frecuencia, pero han persistido durante más de un año desde la aparición del primer tic; (3) Los tics comenzaron a los 6 años; y (4) El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra afección médica. ¿Qué trastorno podría presentar? (DSM-5):**
1. Trastorno de tics motores o vocales persistentes.
 2. Trastorno de la Tourette.
 3. Trastorno de tics transitorio.
 4. Trastorno de tics no especificado.
- 182. Si a un niño se le resta tiempo de ver TV, respecto del tiempo que la ve habitualmente, debido a su mal comportamiento ¿cómo se denomina el procedimiento aplicado?:**
1. Castigo positivo.
 2. Coste de respuesta.
 3. Sobrecorrección.
 4. Tiempo fuera.
- 183. ¿Cuál de los siguientes tratamientos es el más recomendado empíricamente para los trastornos de la alimentación en la infancia?:**
1. Terapia de conducta.
 2. Terapia cognitiva.
 3. Terapia sistémica estratégica.
 4. Entrenamiento nutricional para padres.
- 184. ¿Cómo deben ser las sesiones de entrenamiento de relajación infantil?:**
1. Largas y poco frecuentes
 2. Largas y frecuentes.
 3. Cortas y poco frecuentes.
 4. Cortas y frecuentes.
- 185. ¿Qué tratamientos han mostrado ser más eficaces para la fobia específica, en niños y adolescentes?:**
1. La relajación autógena y el entrenamiento en autocontrol.
 2. La reestructuración cognitiva y las tareas gratificantes.
 3. El sistema de reforzamiento positivo y el entrenamiento en habilidades sociales.
 4. La desensibilización sistemática en vivo, la práctica reforzada y el modelado participante.
- 186. En la Depresión en adolescentes ¿desde qué terapia se trabajan las disputas interpersonales de rol, el duelo, las transiciones de roles y los déficits interpersonales?:**
1. Esas son áreas que solo pueden trabajarse en adultos.
 2. Cognitiva.
 3. Interpersonal.
 4. Psicoanalítica.
- 187. En el entrenamiento en retención voluntaria de la orina, en el trastorno de enuresis:**
1. Los padres despertarán al niño cada 30 minutos hasta que vacíe la vejiga.
 2. Se le colocará un “pipi-stop” cuando se incremente la ingesta de líquidos.
 3. Se realizará un entrenamiento de control del esfínter, reforzamiento positivo e ingestión de

- líquidos.
4. No se utilizarán reforzadores, ya que el aprendizaje debe ser natural.
- 188. Durante la aplicación de la técnica de exposición a la experiencia traumática, en casos de maltrato o abusos sexuales en la infancia:**
1. Los síntomas no desaparecen, por lo que no se recomienda su aplicación con niños pequeños.
 2. Los niños pueden mostrar un incremento transitorio de los síntomas.
 3. No se reducen las cogniciones negativas.
 4. No hace falta que el terapeuta controle la intensidad de la emoción.
- 189. ¿Cuál es el tratamiento que más apoyo empírico ha recibido para la intervención en cáncer infantil?:**
1. Terapia sistémica.
 2. Terapia breve centrada en soluciones.
 3. Terapia humanista.
 4. Terapia cognitiva conductual enfocada a la experiencia traumática.
- 190. En el trastorno por negativismo desafiante, en caso de que sea posible, se recomienda:**
1. Incluir una intervención terapéutica con los padres por separado.
 2. Trabajar solo con el menor, debido a sus características.
 3. Trabajar desde el psicodrama.
 4. Hacer solo una intervención grupal de toda la familia.
- 191. ¿Cuál es el tratamiento de elección para la fobia a la oscuridad?:**
1. Autoinstrucciones de competencia.
 2. Exposición en vivo.
 3. Exposición en imaginación.
 4. Reforzamiento positivo.
- 192. El principal componente en el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo en niños y adolescentes es:**
1. Detención del pensamiento.
 2. Exposición con prevención de respuestas.
 3. Práctica reforzada.
 4. Extinción.
- 193. La técnica que consiste en repetir estímulos reforzantes o respuestas hasta que dejen de ser atractivos para el niño se llama:**
1. Sobrecorrección.
 2. Práctica positiva.
 3. Saciación.
 4. Reforzamiento negativo.
- 194. La técnica de escenificaciones emotivas para las fobias infantiles incluye como componentes:**
1. Exposición gradual en vivo, modelado participante y reforzamiento positivo.
 2. Exposición gradual en vivo, autoinstrucciones y reforzamiento positivo.
 3. Exposición gradual en vivo, modelado participante y relajación.
 4. Exposición gradual en vivo, autoinstrucciones y entrenamiento en habilidades sociales.
- 195. El programa de tratamiento “Coping Cat” (Kendall) tiene como objetivo el tratamiento de:**
1. La ansiedad infantil.
 2. La depresión infantil.
 3. La hiperactividad.
 4. Los Trastornos Generalizados del Desarrollo.
- 196. Una estrategia que se puede utilizar en la fase de desvanecimiento de un sistema de economía de fichas es:**
1. Disminuir el tiempo entre la entrega de reforzadores.
 2. Aumentar el número de conductas que permiten ganar reforzadores.
 3. Aumentar la exigencia para obtener reforzadores.
 4. Aumentar el número de reforzadores ganados por la ejecución de la conducta meta.
- 197. Cuando un estímulo perteneciente a un campo sensorial determinado produce o activa una alucinación en otra modalidad sensorial diferente, hablamos de:**
1. Alucinación funcional.
 2. Alucinación refleja.
 3. Alucinación extracámpina.
 4. Alucinación combinada con delirio.
- 198. El mioclonus nocturno es un trastorno vinculado a:**
1. Un problema de la vigilia cuando el sujeto se encuentra en estado de reposo.
 2. La tercera edad.
 3. La adolescencia.
 4. Un incremento de los movimientos oculares antidasacádicos.
- 199. A la alteración en que la persona inventa falsedades o “fabrica” recuerdos nuevos, sin que haya presencia de demencia o daño neurológico, se denomina:**
1. Confabulación.
 2. Pseudología fantástica.
 3. Fantasiología.
 4. Criptoamnesia.
- 200. Cuando, en el marco de una psicopatología, el**

discurso es excesivamente detallado, con presencia de excesivos paréntesis, hablamos más propiamente de:

1. Tangencialidad.
2. Logorrea.
3. Pensamiento detallista.
4. Circunstancialidad.

201. ¿Qué caracteriza la fuga de ideas?:

1. La persona cree que sus pensamientos no son suyos, sino que se los ha introducido en la mente una fuerza exterior e irresistible.
2. Las ideas se suceden con rapidez, cada frase puede estar más o menos conectada lógicamente con el anterior, pero la meta cambia antes de que se elabore el pensamiento.
3. El discurso es ininteligible, se pueden ignorar las reglas de la sintaxis, y no hay una adecuada conexión entre palabras.
4. La persona cree que una fuerza exterior está robando o extrayendo sus pensamientos.

202. Las contracciones bruscas y violentas de la musculatura voluntaria asociadas a los movimientos espasmódicos, se denominan:

1. Estereotipias.
2. Temblores.
3. Convulsiones.
4. Tics.

203. Los estados transitorios de inicio y fin súbitos, con amnesia lacunar posterior, caracterizados por estrechamiento de la conciencia y ausencia de atención al entorno se denominan:

1. Alucinoides.
2. Deliriodes.
3. Oniriodes.
4. Crepusculares.

204. ¿Cuál de las siguientes alteraciones se considera una distorsión perceptiva de la intensidad de un estímulo?:

1. Metamorfopsia.
2. Dismorfopsia.
3. Hiperestesia.
4. Pareidolias.

205. El síndrome amnésico se caracteriza por:

1. Presentar amnesia anterógrada, que puede ir acompañada o no de amnesia retrógrada.
2. Presentar exclusivamente amnesia retrógrada.
3. Presentar amnesia retrógrada, que puede ir acompañada o no de amnesia anterógrada.
4. Presentar exclusivamente amnesia anterógrada.

206. Los movimientos a los que les falta naturalidad y que suenan forzados, afectados o rebuscados,

se les denomina:

1. Manierismos.
2. Bradicinesias.
3. Bradipraxias.
4. Acinesias.

207. ¿Qué caracteriza una alucinación funcional?:

1. Que la persona sufre alucinaciones en función de su estado afectivo.
2. Que un mismo estímulo provoca, al mismo tiempo, una percepción normal y una alucinación en la misma modalidad sensorial.
3. Que la persona sufre alucinaciones que están en función de la presencia de otros síntomas psicóticos.
4. Que un estímulo produce al mismo tiempo una percepción normal y una alucinación, pero en distinta modalidad sensorial.

208. La aprosexia se refiere a:

1. Ausencia total de atención.
2. Falta de sensibilidad perceptiva.
3. Déficit en la expresión emocional.
4. Distorsión mnésica.

209. En el delirio de referencia:

1. La persona se ve a sí misma en el espacio exterior.
2. La persona tiene la creencia de que detalles, frases o acontecimientos, aparentemente sin importancia, se refieren a ella o tienen una significación especial para ella.
3. La persona tiene la sensación subjetiva de que sus sentimientos o acciones están controlados por una entidad referente.
4. La persona oye voces que se refieren a ella en tercera persona.

210. Las imágenes hipnopómpicas se caracterizan por:

1. Producirse en un estado intermedio entre el sueño y la vigilia, es decir, ocurren cuando nos estamos despertando.
2. Ser distorsiones perceptivas que se producen generalmente en la modalidad visual.
3. Ser engaños perceptivos que indican una patología neurológica.
4. Ser distorsiones auditivas, visuales y/o táctiles que se producen cuando estamos durmiendo.

211. ¿Qué gen está implicado en la diferenciación de la gónada bipotencial en testículo u ovario?:

1. El gen *Wnt4*.
2. El gen *Sry*.
3. El gen *Fst*.
4. El gen *Foxl2*.

- 212. Uno de los sustratos fisiológicos del proceso homeostático que impulsa el sueño está constituido por:**
1. La histamina liberada por las neuronas del núcleo tuberomamilar del hipotálamo.
 2. Las neuronas orexinérgicas del hipotálamo lateral.
 3. El sistema noradrenérgico del *locus coeruleus*.
 4. La adenosina que actúa sobre el área preóptica ventrolateral.
- 213. La enfermedad de Huntington es un trastorno motor de origen genético producido por la degeneración del:**
1. Núcleo caudado y del putamen.
 2. Cerebelo.
 3. Área motora primaria.
 4. Núcleo fastigial.
- 214. El síndrome de Korsakoff es un trastorno neurológico que afecta especialmente a los cuerpos mamilares del hipotálamo y que está provocado por un déficit de :**
1. Cianocobalamina (vitamina B12).
 2. Tiamina (vitamina B1).
 3. Riboflavina (vitamina B2).
 4. Ácido fólico (vitamina B9).
- 215. Una sonrisa verdadera, en comparación con una falsa, se caracteriza por la activación anatómica del:**
1. Músculo orbicular de los ojos (*orbicularis oculi*).
 2. Músculo orbicular de los labios (*orbicularis oris*).
 3. Músculo cigomático mayor (*zygomaticus major*).
 4. Músculo risorio (*risorius*).
- 216. A nivel cerebral, el control de los ritmos biológicos estacionales está regido por:**
1. El núcleo rojo.
 2. El núcleo interporus.
 3. La glándula pineal.
 4. La retina.
- 217. El neurotransmisor implicado en la base física de la contracción muscular (a nivel de la unión neuromuscular) es:**
1. La dopamina.
 2. La acetilcolina.
 3. La actina.
 4. La miosina.
- 218. ¿Qué células sensibles a la luz envían sus señales al núcleo supraquiasmático?:**
1. Las células orexinérgicas del hipotálamo lateral.
 2. Las células magnocelulares del núcleo geniculado lateral.
 3. Las células ganglionares fotosensibles de la retina.
 4. Los conos y bastones de la retina.
- 219. El Coeficiente de Correlación de Pearson se ve reducido si:**
1. Aumenta la homogeneidad de la muestra.
 2. Aumenta el tamaño de la muestra.
 3. Se calcula en puntuaciones típicas.
 4. Se intercambian X e Y.
- 220. Cuando afirmamos que un test es válido nos estamos refiriendo a que sus puntuaciones:**
1. Son precisas.
 2. Son estables.
 3. Sirven para los fines previstos.
 4. Carecen de error aleatorio.
- 221. En lo que respecta a los componentes de la varianza total de los datos, la varianza de error es una fuente de variación que:**
1. Forma parte de la varianza sistemática de los datos.
 2. Tiene lugar en la variable independiente debido a la influencia de variables extrañas o perturbadoras.
 3. Es debida a factores aleatorios.
 4. Se conoce también como varianza intergrupos.
- 222. Para la utilización de pruebas estadísticas paramétricas, es necesario analizar el cumplimiento de los supuestos del modelo estadístico. En este sentido, señale la afirmación INCORRECTA:**
1. Para analizar el supuesto de homogeneidad de las varianzas, se recomienda utilizar la prueba de Levene por ser robusta ante el incumplimiento del supuesto de normalidad de la variable dependiente.
 2. La utilización de una regla de asignación aleatoria de los sujetos a las condiciones experimentales es uno de los procedimientos más utilizados para garantizar el cumplimiento del supuesto de independencia de las observaciones.
 3. Para medir el cumplimiento de la normalidad de las puntuaciones de la variable dependiente, se recomienda utilizar la prueba de Bartlett.
 4. Ante la presencia de heterocedasticidad, uno de los métodos que puede utilizarse radica en la corrección de los grados de libertad de la prueba F, denominándose dicha prueba F conservadora.

223. Respecto de la validez de conclusión estadística, al definir la potencia de una prueba estadística, señale cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA):

1. Depende del tamaño del efecto obtenido en el estudio.
2. Incrementa a medida que aumenta el tamaño muestral del estudio.
3. Es inversamente proporcional al valor de la tasa de error tipo I que el experimentador considera adecuado en un estudio.
4. Es complementaria al error de tipo II.

224. Si para contestar correctamente a la pregunta 20 de un test es necesario conocer la respuesta correcta a la pregunta 19 ¿qué supuesto de la TRI (Teoría de respuesta al ítem) estaríamos incumpliendo?:

1. Independencia local.
2. Normalidad.
3. Homogeneidad.
4. Linealidad.

225. ¿Qué concepto en la Teoría de la Respuesta al Ítem es análogo al de fiabilidad en la Teoría Clásica de los Tests?:

1. Unidimensionalidad.
2. Ajuste.
3. Invarianza.
4. Información.

226. ¿En dónde se sintetizan los glucocorticoides?:

1. En la hipófisis anterior.
2. En la médula adrenal.
3. En las zonas fasciculadas y reticular de la corteza suprarrenal.
4. En los islotes de Langerhans.

227. El sonambulismo:

1. Conlleva, necesariamente, entre su sintomatología el somniloquio.
2. Conlleva un discurso elaborado y afectivo durante el episodio.
3. No predispone a otros trastornos psicopatológicos.
4. Conlleva alteraciones durante la vigilia debido a las cefaleas y la somnolencia.

228. ¿Cuáles son los componentes esenciales en el tratamiento de la encopresis?:

1. Entrenamiento en el uso del baño y terapia con laxantes.
2. Entrenamiento en el uso del baño y coste de respuesta.
3. Reforzamiento positivo y técnicas de castigo.
4. Modelado encubierto y terapia con laxantes.

229. El denominado “efecto de la facilitación social”

pone de manifiesto que en presencia de público:

1. Mejora la ejecución de las tareas bien aprendidas.
2. Mejora la ejecución de las tareas difíciles.
3. Empeora la ejecución de las tareas fáciles.
4. Mejora la ejecución de las tareas mal aprendidas.

230. Una forma de potenciar que las personas sean resistentes a la persuasión es proporcionarles argumentos débiles contra sus actitudes que pueden ser fácilmente refutados. Esta estrategia se denomina:

1. Imprimación.
2. Complacencia inducida.
3. Inoculación.
4. Reactancia.

231. Cuando el comportamiento a observar es discreto y, por tanto, resulta fácil determinar cuándo empieza y cuándo acaba, el método de medición más útil es:

1. Registro de productos permanentes.
2. Método de duración.
3. Método de frecuencias.
4. Método de intervalos.

232. En las Escalas de Inteligencia de Wechsler para adultos (WAIS-III y WAIS-IV), ¿de qué índice forma parte la prueba “Aritmética”?:

1. Memoria de trabajo.
2. Comprensión verbal.
3. Velocidad de procesamiento.
4. Organización perceptiva.

233. ¿Qué síntomas son característicos en las primeras horas del síndrome de abstinencia de opiáceos (menos de 6-8 horas después de la última dosis)?:

1. Calambres, escalofríos y aumento de la presión sanguínea.
2. Ganas profundas de dormir pero con la imposibilidad de conciliarlo.
3. Dolor muscular, sudoración, bostezos y lagrimeo.
4. Vómitos o náuseas, diarreas y perturbaciones del sueño.

234. ¿Qué nombre recibe el principio de reforzamiento que señala que la conducta más probable reforzará la conducta menos probable?:

1. Principio de Premack.
2. Principio de preparación de Seligman.
3. Principio de evitación de Sidman.
4. Modelado.

235. En relación con las características de los diseños factoriales aleatorios, podemos decir que:

1. Son diseños cuasi-experimentales en los que se manipulan dos o más variables independientes.
2. Permiten analizar tanto los efectos principales de los factores sobre la variable dependiente, como el efecto de interacción entre dichos factores.
3. Son diseños cuya técnica de análisis principal es el análisis factorial de componentes principales.
4. Son diseños en los que las variables independientes pueden ser de naturaleza tanto intrasujeto como intersujeto.

