



PRUEBAS SELECTIVAS 2015

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** (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. **En un diseño cuasi-experimental de cohortes:**
 1. La cohorte anterior al grupo experimental hace las funciones de grupo de control no equivalente.
 2. Podemos concluir relaciones de causalidad entre las variables en estudio.
 3. No se puede introducir una intervención como variable independiente porque solo es aplicable para el estudio de fenómenos naturales.
 4. Debemos obtener una amplia serie temporal de medidas pre y post para poder destacar la amenaza de la selección diferencial.
2. **¿Qué condiciones debe cumplir una muestra de participantes de un estudio para que sea representativa de la población?:**
 1. Que se haya obtenido por aplicación de un muestreo de juicio o selección experta.
 2. Que su tamaño sea suficiente y se haya conseguido que las variables que caracterizan a la población estén presentes en la muestra.
 3. Que los criterios de inclusión y exclusión en la muestra sean conocidos y públicos.
 4. Que la población objetivo sea lo más cercana posible a la población.
3. **En el contraste estadístico X^2 (chi cuadrado) la frecuencia teórica es:**
 1. La frecuencia esperada.
 2. La frecuencia observada.
 3. La diferencia entre la frecuencia observada y la esperada.
 4. La frecuencia que se obtiene en la tabla de la distribución X^2 .
4. **El nivel de significación (α) suele ser un valor:**
 1. Muy pequeño porque cuanto menor es α mayor es la probabilidad de rechazar erróneamente la hipótesis nula.
 2. Muy pequeño porque cuanto mayor es α mayor es la probabilidad de rechazar erróneamente la hipótesis nula.
 3. Muy grande porque cuanto mayor es α mayor es la probabilidad de rechazar la hipótesis nula.
 4. Muy pequeño porque cuanto mayor es α menor es la probabilidad de rechazar erróneamente la hipótesis nula.
5. **La distribución T se aproxima a la normal:**
 1. A medida que aumentan los grados de libertad.
 2. Nunca, porque son dos distribuciones distintas.
 3. Cuando tenemos entre 0 y 30 grados de libertad.
 4. Si el muestreo es aleatorio.
6. **¿Cuál de estas afirmaciones es correcta?:**
 1. Cuanto menor es la varianza de la distribución muestral del estimador, mayor es la eficiencia.
 2. Cuanto mayor es la varianza de la distribución muestral del estimador, mayor es la eficiencia.
 3. Cuanto mayor es la varianza de la distribución muestral del estimador, mayor es la eficacia.
 4. Cuanto menor es la varianza de la distribución muestral del estimador, menor es la eficiencia.
7. **La zona de rechazo de la hipótesis nula se llama:**
 1. Región β o de rechazo.
 2. Región crítica o de rechazo.
 3. Región de confianza o de rechazo.
 4. Región $1-\alpha$ o de rechazo.
8. **La existencia de una asociación estadística significativa entre variables ordinales puede determinarse, más adecuadamente, mediante:**
 1. El test de Kuskal-Wallis.
 2. La correlación de Pearson.
 3. El test de Kappa.
 4. La correlación de Spearman.
9. **Una puntuación típica normalizada igual a cero, deja por debajo de sí:**
 1. El 0% de los casos.
 2. El 50% de los casos.
 3. El 100% de los casos.
 4. El 25% de los casos.
10. **Para calcular el coeficiente de validez, la correlación más adecuada cuando las puntuaciones del test son una variable continua y el criterio es una variable dicotómica es:**
 1. La correlación tetracórica.
 2. El coeficiente phi.
 3. La correlación de Spearman.
 4. La correlación biserial puntual.
11. **En el estudio de la fiabilidad de un test, los métodos basados en la división del test en dos mitades miden:**
 1. La estabilidad de las medidas del test.
 2. La equivalencia de las medidas del test.
 3. La consistencia interna del test.
 4. El error de medida del test.
12. **La dependencia/independencia de campo es:**
 1. Un rasgo de personalidad bipolar relativo a la autonomía social.
 2. Un estilo cognitivo vinculado a la percep-

- ción con implicaciones en campos diversos como el aprendizaje.
- Una capacidad intelectual necesaria para la toma de decisiones en la resolución de problemas cognitivos complejos.
 - Un componente básico de la Teoría Triádica de la Inteligencia de Sternberg, relativo al mundo interno de la persona.
- 13. ¿Cuáles son las aptitudes relacionadas con el mundo externo, que R.J. Sternberg propone en su Teoría Triárquica de la Inteligencia?:**
- La habilidad para manejar la novedad y automatizar procesos.
 - Los componentes de ejecución, dirigidos a ejecutar la relación con el mundo externo.
 - Los componentes de adquisición del conocimiento que se aprenden en contacto con el mundo externo.
 - La capacidad de adaptarse, modificar y seleccionar el ambiente.
- 14. Se denomina modelo cúbico de la Estructura del Intelecto o de la Inteligencia:**
- Al modelo de capacidades primarias propuesto por Thurstone.
 - Al modelo de capacidades independientes propuesto por J.P. Guilford.
 - A la estructura jerárquica tridimensional que presenta la inteligencia.
 - Al modelo más defendido en la actualidad por autores relevantes en el estudio de la estructura de la inteligencia.
- 15. ¿Qué diseño de la Genética de la conducta permite aislar de forma más precisa los efectos ambientales de los efectos genéticos?:**
- Los estudios de adopciones.
 - Los estudios comparativos de gemelos monozigóticos y dizigóticos.
 - Los estudios de hermanos que viven juntos y separados.
 - Los estudios de grupos familiares que presentan distintos grados de parentesco.
- 16. ¿Qué inteligencia implica flexibilidad, capacidad de adaptación y afrontamiento de situaciones nuevas, sin que el aprendizaje previo sea determinante en su manifestación?:**
- La Inteligencia Fluida, Gf.
 - Fundamentalmente, el factor de Inteligencia General, g.
 - La Inteligencia Cristalizada, Gc.
 - La Inteligencia Adaptativa, GAd.
- 17. Los cinco superfactores del Modelo de personalidad de los Cinco Grandes surgen de:**
- Un enfoque teórico apriorístico, como en el modelo de tres factores de H.J. Eysenck.
 - Un enfoque léxico, como en el caso del modelo de R.B. Cattell.
 - La combinación de una aproximación factorial, en primer lugar, seguida de una léxica.
 - La combinación de una aproximación léxica, en primer lugar, seguida de una factorial.
- 18. ¿Qué son el optimismo y el pesimismo defensivo?:**
- Dos tipos de expectativas de autoeficacia propuestos por Bandura.
 - Dos tipos de unidades cognitivas propuestas por Mischel.
 - Dos tipos de atribuciones propuestas por Weiner.
 - Dos tipos de estrategias cognitivas propuestas por Cantor y Norem.
- 19. Aunque en el control neural del refuerzo pueden intervenir diversos neurotransmisores, las neuronas que desempeñan un papel particularmente importante son:**
- Las neuronas colinérgicas de la protuberancia dorsolateral.
 - Las neuronas dopaminérgicas de los sistemas mesolímbico y mesocortical.
 - Las neuronas adrenérgicas del bulbo raquídeo.
 - Las neuronas colinérgicas del prosencéfalo basal.
- 20. Según las investigaciones derivadas del modelo de Eysenck, existen evidencias de que los extravertidos, en comparación con los introvertidos:**
- Rinden mejor en tareas de vigilancia.
 - Tienen mayor secreción salivar ante la prueba del zumo de limón.
 - Tienen mayor necesidad de estimulación.
 - Tienen menor tolerancia al dolor.
- 21. De acuerdo con el modelo de los Cinco Grandes ¿En qué dimensión puntuaría alto una mujer imaginativa, creativa, interesada por las ideas y experiencias nuevas?:**
- Actividad.
 - Apertura.
 - Extraversión.
 - Búsqueda de Sensaciones Impulsiva.
- 22. ¿En qué dimensión se incluye la impulsividad en el modelo de los Cinco Grandes?:**
- Neuroticismo.
 - Extraversión.
 - Responsabilidad.
 - Amabilidad.
- 23. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta en general, respecto del bienestar y la satis-**

facción con la vida?:

1. La personalidad no está relacionada con la felicidad.
2. Hay una relación inversa entre el estatus socio-económico y el bienestar subjetivo.
3. Las personas extrovertidas tienden a sentirse más felices que las introvertidas.
4. No existe relación entre el componente genético y el bienestar subjetivo.

24. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta en relación con “la motivación de logro”?:

1. Las personas con alta motivación de logro prefieren tareas muy sencillas o muy difíciles.
2. Las puntuaciones altas en motivación de logro están relacionadas con la persistencia ante el fracaso.
3. La motivación de logro refleja el deseo de tener prestigio e influencia sobre los otros.
4. Las personas con alta motivación de logro prefieren tareas de dificultad intermedia.

25. La Inteligencia Fluida, propuesta por R.B. Cattell, engloba aptitudes como:

1. La comprensión verbal y la riqueza de vocabulario.
2. Las relaciones semánticas.
3. Los conocimientos mecánicos.
4. Las relaciones y clasificaciones figurativas.

26. El Test de Apercepción Temática (TAT) de Murray es una técnica de evaluación:

1. Objetiva.
2. Subjetiva y de juego.
3. Proyectiva.
4. Experimental.

27. En la evaluación psicológica, los autorregistros podemos considerarlos como instrumentos:

1. Estructurados.
2. Semiestructurados.
3. No estructurados.
4. Cuasi-experimentales.

28. El “Test de la Figura Humana” (DAP) es una técnica de evaluación proyectiva:

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

29. El término “Psicodiagnóstico” fue acuñado por:

1. Rorschach y proviene de la tradición semántica médica.
2. Cattell y proviene de la tradición semántica psicológica.

3. Cronbach y proviene de la tradición semántica estadística.
4. Rogers y proviene de la tradición semántica de la filosofía.

30. El test BETA (Revisado) (Kellog y Morton, 1999):

1. No aporta una puntuación de CI.
2. No mide la capacidad verbal, pero está altamente influenciado por ella.
3. Se puede aplicar a personas con un nivel cultural muy bajo.
4. Consta de 16 subtests.

31. En evaluación psicológica la entrevista inicial tiene como principal objetivo:

1. Realizar el diagnóstico.
2. Identificar y clarificar la demanda.
3. Concluir la anamnesis.
4. Pasarle la mayor cantidad de test pertinentes en el tiempo disponible.

32. Si queremos evaluar la inteligencia en un niño de 10 años, podríamos utilizar una de las siguientes escalas Wechsler:

1. WPPSI.
2. WISC-IV.
3. WAIS-III.
4. WIPSI.

33. Las escalas McCarthy para niños (MSCA):

1. No incluyen una escala general cognitiva.
2. Se aplican a partir de los 8 años y medio.
3. Incluyen una escala de psicomotricidad.
4. Se aplican de forma colectiva, por lo que son de utilidad en el ámbito escolar.

34. Las escalas Bayley de desarrollo infantil (BSID) se aplican:

1. Durante los primeros 2 años y medio de vida.
2. Desde los 4 hasta los 6 años.
3. Desde los 4 hasta los 10 años.
4. Desde el primer mes de vida hasta los 10 años.

35. El concepto de Evaluación del Potencial de Aprendizaje (PA) o Evaluación Dinámica (ED) trata de comprender el desarrollo cognitivo y el potencial de aprendizaje por medio de factores:

1. Biológicos.
2. Psicopatológicos.
3. Internos y lógicos.
4. Socioculturales.

36. Los instrumentos de evaluación para el screening (cribado) del desarrollo de los niños pre-

tenden:

1. Proporcionar una medida de inteligencia global.
 2. Evaluar las habilidades específicas.
 3. Identificar a aquellos niños que tienen una alta probabilidad de padecer un desarrollo retrasado.
 4. Diagnosticar a los niños con un desarrollo intelectual aventajado.
- 37. Según el modelo propuesto por J.P. Guilford, la evaluación de la inteligencia debe realizarse:**
1. Midiendo la inteligencia general (o factor g).
 2. Estudiando la atención, la memoria y el razonamiento.
 3. Siguiendo el enfoque de los estilos cognitivos.
 4. Basándose en la medición de los contenidos, operaciones y producciones de las personas evaluadas.
- 38. La Teoría Triárquica de la Inteligencia formulada por R.J. Sternberg engloba la subteoría componencial, que se refiere a:**
1. Formas de resolución lógica en actividades que requieren abstracción.
 2. Habilidades comprometidas con la capacidad creativa.
 3. Habilidades vinculadas al manejo de la vida cotidiana.
 4. Actividades vinculadas a la capacidad de adaptación emocional.
- 39. Uno de los tests más utilizados en la evaluación neuropsicológica del deterioro cognitivo general es:**
1. Mini-Mental State Examination (MMSE) de Folstein (1975).
 2. Geriatric Scale (GS) de Yesavage (1983).
 3. WISC-IV de Welcher (2005).
 4. Batería de Evaluación del Potencial de Aprendizaje en Demencias (BEPAD) (Fernández Ballesteros et al., 2003).
- 40. El Conner Performance Test-II (CPT-II) (Conner, 2004) es un cuestionario destinado a medir:**
1. La memoria.
 2. La atención y la impulsividad.
 3. La capacidad verbal y numérica.
 4. La depresión.
- 41. En las últimas décadas y en relación con los test de aptitud y/o logro, la teoría clásica de los tests está siendo sustituida por:**
1. La teoría del conglomerado.
 2. La teoría de la respuesta al ítem.
 3. La teoría ipsativa.
 4. Las técnicas objetivas.
- 42. En una interacción comunicativa dirigida a la evaluación psicológica podemos decir, como criterio general, que el cómputo final de palabras del evaluador debe ser:**
1. Inferior a las del evaluado.
 2. Igual que las del evaluado.
 3. Superior a las del evaluado.
 4. El máximo posible.
- 43. El “Test del Marco y la Varilla” es más propiamente una técnica de evaluación:**
1. Objetiva.
 2. Táctil.
 3. Proyectiva.
 4. Auditiva.
- 44. En el ámbito de los procesos de selección de personal, los Assessment Center son:**
1. Entrevistas estructuradas.
 2. Test individuales de lápiz y papel.
 3. Test colectivos utilizados como primer cribado.
 4. Procedimientos que implican la observación comportamental en situaciones laborales creadas al efecto.
- 45. En la evaluación psicológica las “escalas de apreciación y protocolos de conducta” reconocen:**
1. Cualquier tipo de conductas producidas en un tiempo establecido de antemano.
 2. Un tipo de conducta en un tiempo no establecido.
 3. Una conducta previamente especificada en un tiempo establecido de antemano.
 4. Un continuo de las conductas tal y como se producen en su ambiente natural, sin sistematización alguna.
- 46. El test Emparejamiento de Figuras Familiares (MFFT) es de utilidad evaluar diferencias individuales relacionadas con las tipologías:**
1. Nivelador/Agudizador.
 2. Dependencia/Independencia de campo.
 3. Impulsividad/Reflexividad.
 4. Serial/Holístico.
- 47. El “tiempo de Inspección” (TI) puede considerarse, más propiamente, una medida de:**
1. La eficiencia neural.
 2. La memoria.
 3. El neuroticismo.
 4. La dependencia /independencia de campo.
- 48. Los modelos estructurales de la inteligencia y su medida a través de acercamiento psicomé-**

tricos:

1. Nos proporcionan un conocimiento basado en los procesos cognitivos utilizados por la persona evaluada.
 2. Nos revelan el funcionamiento de la inteligencia.
 3. Permiten elaborar estrategias de intervención efectivas
 4. Tienen como objetivo situar al sujeto en una posición dada, dentro de un grupo normativo.
- 49. Si evaluamos la personalidad partiendo de tres dimensiones: Extraversión/Introversión, Neuroticismo/Estabilidad y Psicoticismo/Control de impulsos, estamos tomando como base el modelo de:**
1. R.B. Cattell.
 2. H.J. Eysenck.
 3. C.R. Cloninger.
 4. J.B. Carroll.
- 50. El uso de un instrumento que evalúe el grado de sugestionabilidad es de utilidad en el diagnóstico diferencial de:**
1. Es trastorno obsesivo compulsivo (TOC).
 2. Los problemas disociativos.
 3. La ansiedad generalizada.
 4. Los trastornos de personalidad.
- 51. ¿Cuál de las siguientes alteraciones del lenguaje NO es característica de los niños con autismo?:**
1. La inversión pronominal.
 2. La ecolalia.
 3. Las dificultades con el uso pragmático y social del lenguaje.
 4. La dificultad persistente en la producción fonológica.
- 52. ¿Cuál es la afirmación correcta acerca de la prevalencia de la depresión en la infancia y la adolescencia?:**
1. Entre los 6 y los 12 años la prevalencia es muy superior en las niñas.
 2. En la adolescencia, la depresión es mucho más frecuente en las chicas que en los chicos.
 3. En la adolescencia, la depresión tiene una prevalencia muy similar en las chicas y en los chicos.
 4. La prevalencia de la depresión es similar en los adolescentes y en los niños más pequeños.
- 53. ¿Cuál es la respuesta correcta acerca de los factores orgánicos en el retraso mental?:**
1. Son especialmente importantes en los niveles más graves de retraso.
- 54. ¿Cuál de los siguientes síntomas NO se considera una manifestación de Trastorno obsesivo compulsivo en la infancia?:**
1. Las compulsiones de comprobación.
 2. La lentitud excesiva asociada a la necesidad de simetría.
 3. Los pensamientos intrusivos obsesivos sin compulsiones.
 4. Los rituales evolutivos que no causan interferencia.
- 55. ¿Cuál de las siguientes NO es una característica de las conductas estereotipadas?:**
1. Ser repetitiva y rítmica.
 2. Ser invariable en topografía (manifestación física).
 3. Ser rara y excesiva en frecuencia, tasa o amplitud.
 4. Ser inconsistente y en todo caso inofensiva para el propio sujeto.
- 56. ¿Cuál de los siguientes síntomas se considera nuclear para el diagnóstico de la dislexia evolutiva superficial?:**
1. El deterioro en la lectura de pseudopalabras en comparación con la de palabras.
 2. La aparición concomitante de afasia.
 3. Las palabras regulares, aunque sean desconocidas, tienen mayor probabilidad de ser leídas correctamente que las palabras irregulares.
 4. La aparición de paralexias visuales y derivativas.
- 57. Desde el modelo conductual ¿Qué mecanismo de aprendizaje se ha propuesto como principal mecanismo mantenedor del mutismo selectivo?:**
1. El refuerzo positivo.
 2. El refuerzo negativo.
 3. El castigo positivo.
 4. El modelado.
- 58. ¿En qué casos de rechazo escolar debe realizarse el diagnóstico de Fobia específica?:**
1. Cuando el miedo, la ansiedad o la evitación sea persistente y dure 6 meses o más.
 2. Cuando el rechazo a acudir a la escuela sea persistente y genere malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, aca-

- démico o familiar.
- Siempre que no se deba a un trastorno de ansiedad por separación.
 - En aquellos en los que el estímulo fóbico sea un aspecto concreto del contexto escolar.
59. **¿Qué dos grandes categorías de síndromes distingue la clasificación empírica de la psicopatología infantil promovida por Achenbach?:**
- Trastornos afectivos y trastornos de conducta.
 - Trastornos socializados y trastornos no socializados.
 - Trastornos internalizados y externalizados.
 - Retraimiento y problemas sociales.
60. **¿Qué efecto tiene la depresión de los progenitores en la psicopatología de los hijos durante su infancia?:**
- Aumenta el riesgo de padecer trastornos afectivos pero no el de padecer trastornos de ansiedad.
 - Impide desarrollar una relación de apego seguro con el progenitor.
 - Aumenta de forma específica la probabilidad de padecer un trastorno de conducta debido a la alteración de la crianza.
 - Sus consecuencias negativas se manifiestan en múltiples áreas del funcionamiento del niño.
61. **Según el DSM (IV-TR y 5) ¿Cuál de los siguientes es requisito para diagnosticar Trastorno de la Tourette?:**
- Un inicio de los síntomas anterior a los 12 años.
 - Que los tics motores y los tics vocales hayan estado presentes en algún momento de la enfermedad de forma concurrente.
 - Que los tics persistan durante más de un año desde la aparición del primer tic.
 - Que hayan estado presentes al menos 3 tics vocales.
62. **Un niño de 16 meses decía “papa” (patata) para referirse a cualquier fruta o verdura redonda ¿Cómo se denomina esta aplicación de una palabra a mas objetos de los que incluye su significado convencional?:**
- Restricción semántica.
 - Aliteración semántica.
 - Infraexclusividad semántica.
 - Sobreextensión semántica.
63. **Un adolescente, ante la pregunta de por qué NO se puede robar, contesta “porque pueden verte, denunciarte a la policía y podrías ir a la cárcel”. Según Kohlberg ¿Qué nivel de desarrollo moral está demostrando ese adolescente?:**
- Convencional.
 - Preconvencional.
 - Orientado a la ley.
 - Orientado a principios individuales.
64. **Respecto al sentido de la vista en los bebés nacidos ¿Qué afirmación es cierta?:**
- Los bebés nacen prácticamente ciegos.
 - Los bebés enfocan coordinadamente los dos ojos (visión bionocular) desde el nacimiento.
 - De los cinco sentidos, el de la vista es el menos maduro en el momento del nacimiento.
 - Los bebés tienen especiales problemas para enfocar objetos que están entre 6 y 75 cm.
65. **Muchos adolescentes piensan que son especiales, que tienen una vida excepcional o que lo que les sucede es único y no ha sido experimentado por nadie antes ¿Cómo se denomina este sesgo egocéntrico particularmente frecuente en la adolescencia?:**
- Sesgo de la unicidad.
 - Audiencia imaginaria.
 - Fábula personal.
 - Sesgo de autoengrandecimiento.
66. **Un bebé de seis meses ha aprendido a coger el sonajero y los agita para que suene. El resultado le gusta y lo vuelve a agitar repetidamente. Este comportamiento es un ejemplo típico de:**
- Reacción circular secundaria.
 - Asimilación.
 - Reacción circular terciaria.
 - Acomodación.
67. **A diferencia de la inteligencia cristalizada ¿Cuál de las siguientes características presenta la inteligencia fluida?**
- Sus puntuaciones dependen mucho del diseño del estudio, siendo más optimistas en estudios con diseños transversales.
 - Implica conocimientos sensibles al contexto cultural.
 - Presenta puntuaciones que suelen incrementarse en la adultez media y vejez.
 - Alcanza su nivel máximo en la adultez temprana y luego sus puntuaciones suelen decrecer.
68. **Uno de los elementos característicos del tratamiento cognitivo del Trastorno Obsesivo Compulsivo, es:**
- Que el paciente asuma o admita como normales las interpretaciones y valoraciones disfuncionales que mantiene sobre sus obsesiones.
 - Que el terapeuta se convierta en la principal,

- y, a ser posible, única fuente de re-aseguración para el paciente.
3. Favorecer que el paciente interprete como “ruido” sus obsesiones y pueda “dejarlas ir” sin procesarlas activamente ni buscarles un significado especial.
 4. Centrar el foco del tratamiento en los contenidos de las obsesiones para rebatirlos.
- 69. En el tratamiento conductual del Trastorno Obsesivo Compulsivo, la técnica de la exposición con prevención de respuesta tiene como finalidad que el paciente:**
1. Se habitúe a la ansiedad que le causan las obsesiones sin utilizar estrategias para neutralizarla o disminuirla.
 2. Aprenda a suprimir de manera eficaz sus obsesiones.
 3. Aprenda a retrasar la realización del ritual hasta que su ansiedad disminuya al menos hasta el 50% de la línea base inicial.
 4. Aprenda a cuestionar los contenidos de sus obsesiones mediante técnicas de tipo cognitivo (p.ej., la flecha descendente, etc.).
- 70. En el tratamiento cognitivo-conductual del Trastorno Obsesivo Compulsivo, los experimentos conductuales:**
1. Sustituyen a la exposición en vivo cuando esta técnica no puede aplicarse.
 2. Deben graduarse en cuanto a complejidad, al igual que se hace con la exposición.
 3. Sólo deben utilizarse en la fase de prevención de recaídas pues permiten predicciones más precisas.
 4. Son útiles para que el paciente pueda comprobar en su vida cotidiana que sus predicciones catastrofistas no se corresponden con la realidad.
- 71. El estilo terapéutico más recomendable para el tratamiento cognitivo del Trastorno Obsesivo Compulsivo incluye, entre otras, las características siguientes:**
1. La aplicación correcta de las técnicas de exposición con prevención de respuesta.
 2. Un empirismo colaborador y el uso del descubrimiento guiado.
 3. Utilizar a los familiares para convencer al paciente de que sus obsesiones no tienen sentido y que sus rituales le hacen perder tiempo.
 4. Un estilo directivo a la vez que tranquilizador, que promueva en el paciente la búsqueda de las causas de sus problemas en experiencias vitales tempranas negativas.
- 72. ¿En cuál de las siguientes fases de la técnica de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (DRMO o EMDR) de Shapiro, para el tratamiento del estrés postraumático, el terapeuta realiza series de estimulación bilateral visual o táctil?:**
1. Fase de Evaluación.
 2. Fase de Desensibilización.
 3. Fase de Exploración Corporal.
 4. Fase de Clausura.
- 73. ¿Cuál de las siguientes técnicas se incluye en el programa de Reducción del Estrés Basado en Mindfulness (MBSR) propuesto por Kabat-Zinn?:**
1. La activación diferencial.
 2. La autoexploración corporal.
 3. El modo hacer.
 4. La defunción cognitiva.
- 74. ¿Cuál de los siguientes es un objetivo de los enfoques cognitivos en el tratamiento del Trastorno de Ansiedad Social (Fobia Social):**
1. Incrementar, al principio las expectativas de pérdida de control sobre la propia conducta.
 2. Reducir las exposiciones a situaciones temidas hasta que la ansiedad anticipatoria sea mínima.
 3. Centrar la atención del sujeto en el aumento de su activación autónoma.
 4. Frenar la tendencia a establecer metas perfeccionistas.
- 75. Uno de los objetivos terapéuticos de los actuales modelos de tratamiento del Trastorno de Ansiedad Social/Fobia Social (Clark, 2001) es corregir la excesiva atención centrada en uno mismo y la imagen distorsionada de la propia ejecución que presentan muchos pacientes. ¿Qué técnica proponen Clark y Beck con este fin?:**
1. La técnica de reestructuración de imágenes.
 2. Video-feedback.
 3. Recuerdo autobiográfico de amenazas sociales pasadas.
 4. Meditación mindfulness.
- 76. ¿Cuál de los siguientes se considera un predictor de mala respuesta al tratamiento de exposición en el Trastorno de Estrés Postraumático?:**
1. Sentimientos de ira o culpa.
 2. Miedo intenso.
 3. Abusos sexuales.
 4. Insomnio severo.
- 77. ¿Cuál de los siguientes componentes forma parte del programa de intervención breve de Foa et al. (1995) para el tratamiento de víctimas de agresiones sexuales?:**
1. Terapia de Aceptación y Compromiso.
 2. Entrenamiento en inoculación del estrés.
 3. Reestructuración cognitivo sobre las creen-

cias irracionales acerca de la peligrosidad del mundo y la carencia de control sobre los hechos.

4. Resolución de problemas.

78. ¿En el tratamiento de qué trastorno proponen Foa y Rothbaum (1998) la metáfora de la “digestión psicológica” para explicar al paciente el objetivo de su intervención?:

1. Trastorno Obsesivo Compulsivo.
2. Trastorno de Ansiedad Generalizada.
3. Trastorno de Estrés Postraumático.
4. Trastorno de Pánico.

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

1. Extendiendo el tiempo transcurrido entre sesiones.
2. Prolongando la duración de las sesiones de exposición.
3. Asociando a la terapia de exposición la toma de benzodiacepinas.
4. Empleando la exposición imaginada en lugar de la exposición en vivo.

80. A una mujer diagnosticada de Trastorno de Ansiedad Generalizada le solicitamos que no envíe continuos whassaps a su hija cuando ésta pasa fuera de casa el fin de semana, y no vaya a recogerla con su coche a la salida de la discoteca cada sábado. Estaríamos aplicando la técnica conocida como:

1. Inducción de la rumiación.
2. Prevención de las conductas de preocupación.
3. Evitación encubierta.
4. Desfocalización del apego.

81. Los fármacos de elección para el Trastorno de Ansiedad por Separación, son:

1. Los antidepresivos.
2. Los antihistamínicos.
3. Los beta-bloqueantes.
4. Los antipsicóticos.

82. Para el tratamiento psicológico de niños con Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) se incluye la técnica de restituir los efectos de conducta adaptada, lo que se conoce como:

1. Coste de respuesta.
2. Resolución de problemas.
3. Autorregulación.
4. Sobrecorrección.

83. ¿En qué trastorno infanto-juvenil es más adecuado emplear el procedimiento terapéutico de inversión del hábito?:

1. Hiperactividad.
2. Bruxismo.
3. Trastorno obsesivo compulsivo.
4. Trastorno negativista desafiante.

84. El método de alarma propuesto por Mowrer para el tratamiento de la enuresis infantil:

1. Requiere de la restricción del consumo de líquidos durante todo el tratamiento.
2. Pretende condicionar los estímulos fisiológicos que preceden a la micción.
3. Funciona igualmente aunque no se produzca el despertar.
4. Según sus autores se basa en el condicionamiento operante.

85. Los procedimientos de reforzamiento diferencial para el tratamiento de menores con comportamientos agresivos:

1. Suponen una forma de control de los antecedentes de la conducta.
2. Incluyen el reforzamiento de omisión.
3. Implican aislar al niño en una esquina de la sala.
4. Consisten en reducir la estimulación aversiva.

86. En el tratamiento cognitivo conductual de adolescentes con bulimia nerviosa (Fairburn, 1993), durante la fase de cambio alimentario:

1. Se establece una frecuencia semanal para pesarse.
2. Se introducen algunos alimentos prohibidos.
3. Se prescribe un patrón de comidas aleatorio.
4. Se desaconseja que las pacientes anoten los alimentos que ingieren.

87. Sobre el uso del neurofeedback para el tratamiento del TDAH en niños, podemos afirmar que:

1. Utiliza los mecanismos del condicionamiento clásico.
2. Se trata de un entrenamiento de la actividad eléctrica cerebral.
3. Los juegos muy complejos y divertidos suelen ser más eficaces.
4. Está recomendado en casos con baja motivación hacia el tratamiento.

88. En el entrenamiento básico en autoinstrucciones para niños y adolescentes, la fase en la que un modelo lleva a cabo una tarea mientras se habla en voz alta se denomina:

1. Guiado externo en voz alta.
2. Autoinstrucciones enmascaradas.
3. Modelado cognitivo.
4. Autoinstrucciones encubiertas.

- 89. ¿Cuál de las siguientes terapias utiliza los procedimientos más y mejor evaluados en el tratamiento de los trastornos del espectro autista?:**
1. Terapia Ocupacional.
 2. Terapia de integración auditiva.
 3. Terapias basadas en el análisis aplicado de la conducta.
 4. Hipnoterapia.
- 90. ¿Cuál es el tratamiento para la depresión infantil con un mayor apoyo empírico?:**
1. Terapia familiar sistémica.
 2. Terapia de conducta.
 3. Terapia de juego.
 4. Relajación de Koepen.
- 91. En el tratamiento de los trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia ¿Con qué nombre se conoce la técnica consistente en inducir un estado antagonista de la ansiedad emparejado a presentaciones del estímulo temido?:**
1. Inundación.
 2. Implosión.
 3. Imágenes emotivas.
 4. Desensibilización.
- 92. ¿Cuál de los siguientes constituye un objetivo del programa de tratamiento para menores víctimas de abuso sexual de Deblinger y Hefflin?:**
1. Enseñar al niño habilidades de expresión emocional.
 2. Olvidar el abuso.
 3. Aumentar la desconfianza de los menores hacia los adultos.
 4. Modificar la consulta sexual del menor.
- 93. ¿Cuál de los siguientes tratamientos conductuales es el adecuado para el abordaje del Trastorno por tics en la infancia?:**
1. Entrenamiento en relajación.
 2. Inversión del hábito.
 3. Práctica masiva positiva.
 4. Manejo de contingencias.
- 94. ¿Cuál de las siguientes técnicas es considerada, según la evidencia disponible, un tratamiento bien establecido en el caso de las fobias infantiles?:**
1. El modelado participante.
 2. El entrenamiento en asertividad y HHSS.
 3. Las imágenes emotivas.
 4. La terapia basada en el juego.
- 95. ¿Cuál de las siguientes terapias fue desarrollada para la prevención de las recaídas depresivas en pacientes recuperados de uno o varios episodios graves de depresión?:**
1. La terapia de aceptación y compromiso.
 2. La psicoterapia analítica-funcional.
 3. Sistema de análisis cognitivo-conductual de psicoterapia.
 4. Terapia cognitiva de la depresión basada en la conciencia plena.
- 96. ¿Cuál de las siguientes técnicas se utiliza en la terapia cognitiva de la depresión con la finalidad de llevar a la conciencia los procesos de construcción de significados y las disposiciones subyacentes del paciente?:**
1. Proyección temporal.
 2. Refocalización atencional.
 3. Desestructuración de sesgos.
 4. Flecha descendente.
- 97. ¿A qué está destinada básicamente la primera fase (las cuatro primeras sesiones) de la terapia cognitiva de la depresión basada en la conciencia plena?:**
1. A aprender a prestar atención con conciencia plena a diferentes aspectos.
 2. A aprender a detectar los cambios del estado de ánimo.
 3. A aprender a evitar la ocurrencia de pensamientos o sentimientos negativos.
 4. A aprender a elegir cuál es el mejor modo de responder ante los pensamientos o sentimientos negativos.
- 98. Para mejorar la adherencia al tratamiento en un paciente bipolar podemos realizar un contrato conductual, ¿Cuál de los siguientes aspectos NO se recomienda incluir en ese contrato?:**
1. La definición de los objetivos del tratamiento.
 2. Las recompensas externas por la adherencia al tratamiento.
 3. Los factores que podrían interferir con el tratamiento.
 4. Los planes para reducir los obstáculos a la adherencia.
- 99. Una técnica de gran relevancia en adicciones para motivar al paciente a realizar el tratamiento es:**
1. La motivación catártica.
 2. El control estimular.
 3. La entrevista motivacional.
 4. La intención paradójica.
- 100. Uno de los elementos que caracteriza el “efecto de la abstinencia” en adicciones es:**
1. Consumir sin control cuando se recae.
 2. La disonancia cognitiva.
 3. El estado de cambio de acción.

4. Dejar de acudir a tratamiento.

101. El tratamiento para las adicciones que busca el cambio terapéutico manipulando las contingencias naturales que pueden estar influyendo en el mantenimiento de la adicción, utilizando reforzadores para facilitar el proceso, se denomina:

1. Entrenamiento en autocontrol.
2. Programa de prevención de recaídas.
3. Entrenamiento en habilidades sociales.
4. Programa de reforzamiento comunitario.

102. Se han desarrollado tratamientos eficaces basados en el “mecanismo de ejecución conductual” para:

1. La esquizofrenia.
2. La hipocondría.
3. El trastorno por déficit de atención con hiperactividad.
4. El juego patológico.

103. Dentro del estudio orientado a la especificación de los ingredientes activos de un tratamiento psicológico, la estrategia que consiste en ir alterando no los ingredientes del tratamiento, sino la cuantía de los mismos (p.ej. la intensidad de un ingrediente) hasta conseguir la máxima eficacia se conoce como:

1. Tratamiento paramétrico.
2. Construir el tratamiento.
3. Tratamiento placebo.
4. Desmantela el tratamiento.

104. Se considera que proporcionar una explicación racional que dé cuenta de los problemas del cliente o paciente y del tratamiento adecuado, es:

1. Un ingrediente terapéutico específico.
2. El proceder más habitual y central de los terapeutas sistémicos.
3. Un factor común de la psicoterapia.
4. Sólo se debe hacer cuando el cliente o paciente da muestra de resistencia.

105. ¿Quién formuló la propuesta de recoger información ya desde el primer contacto para la petición de consulta mediante la ficha telefónica, con el fin de elaborar hipótesis circulares?:

1. La escuela interaccional del Mental Research Institute (MRI).
2. La escuela estratégica.
3. El equipo de Milán liderado por M. Selvini-Palazzoli.
4. La escuela estructural.

106. ¿Cuál es, según el psicoanálisis, el mecanismo de defensa consistente en sustituir el verdadero deseo de la persona que provoca ansiedad por

otro que no la provoque?:

1. Proyección.
2. Racionalización.
3. Represión.
4. Desplazamiento.

107. Cuando en un estudio se comparan dos tratamientos se suele calcular la diferencia entre las medias obtenidas por cada tratamiento y se divide por la desviación típica conjunta ¿Cómo se denomina este cómputo?:

1. Metaanálisis.
2. Tamaño del efecto.
3. Porcentaje de pacientes recuperados.
4. Índice de cambio fiable.

108. Kelly diseñó un procedimiento complejo en el que el cliente escribe una descripción de sí mismo (autocaracterización) y luego el terapeuta la re-escribe de forma que permita la exploración de otros esquemas alternativos. Se pide entonces al sujeto que ejecute el nuevo rol en su vida cotidiana durante dos semanas con la debida preparación y entrenamiento. Acabado este intenso periodo la nueva perspectiva adquirida permite que el cliente, con la ayuda del terapeuta, reestructure algunos de sus viejos esquemas supraordenados ¿Cómo se llama este procedimiento?:

1. Búsqueda de alternativas.
2. Técnica de re-atribución.
3. Análisis de costes y beneficios.
4. Técnica de rol fijo.

109. ¿Qué podemos decir de los estudios que pretenden determinar si un tratamiento psicológico produce efectos mensurables en amplias poblaciones de pacientes en su ambiente clínico real?:

1. Son estudios de efectividad.
2. Son estudios que pretenden alcanzar el máximo de validez interna.
3. Son estudios de eficacia.
4. Se caracterizan por la asignación del azar de los pacientes.

110. En la Terapia Racional Emotiva el concepto de “ansiedad del yo” se refiere al malestar que experimentan las personas cuando:

1. Presentan creencias relacionadas con incompetencias o descalificación personal.
2. Consideran que tienen que conseguir lo que desean.
3. Consideran que su bienestar está amenazado.
4. No toleran y les parecen terribles las situaciones desagradables de la vida.

111. Durante el entrenamiento en solución de problemas propio de la Terapia de Solución de

Problemas, el principio de “aplazamiento del juicio” está indicado en la fase de:

1. Orientación hacia el problema.
2. Toma de decisiones.
3. Puesta en práctica de la alternativa elegida.
4. Generación de alternativas de solución.

112. Para planificar sesiones de exposición efectivas en un caso de fobia específica a un animal, hay que tener en cuenta que el ritmo de la exposición (también llamado gradiente de exposición):

1. No afecta a la eficacia de la técnica y dependerá de las preferencias del paciente.
2. Afecta a la eficacia, siendo más eficaz la exposición gradual.
3. Afecta a la eficacia, siendo más eficaz la exposición gradual simbólica.
4. Afecta a la eficacia, siendo más eficaz la exposición masiva.

113. La exposición con prevención de respuesta es actualmente una de las técnicas más útiles para el tratamiento de:

1. La ansiedad social.
2. El trastorno obsesivo compulsivo.
3. Las fobias específicas.
4. La bulimia nerviosa.

114. Aunque en el control neural del refuerzo pueden intervenir diversos neurotransmisores, las neuronas que desempeñan un papel particularmente importante son:

1. Las neuronas colinérgicas de la protuberancia dorsolateral.
2. Las neuronas dopaminérgicas de los sistemas mesolímbico y mesocortical.
3. Las neuronas adrenérgicas del bulbo raquídeo.
4. Las neuronas colinérgicas del prosencéfalo basal.

115. Los programas informáticos de generación de realidad virtual permiten desarrollar un tipo de:

1. Exposición guiada.
2. Exposición simulada.
3. Exposición simbólica.
4. Desensibilización sistemática.

116. Señale cuál de las siguientes técnicas está más indicada en el tratamiento de la tricotilomanía:

1. La práctica masiva.
2. La exposición con prevención de respuesta.
3. La reversión del hábito.
4. La intención paradójica.

117. En Terapia Cognitiva las creencias que tienen

que ver con actitudes, reglas y supuestos que se formulan en términos proposicionales del tipo “si...entonces” se denominan:

1. Creencias nucleares.
2. Creencias intermedias.
3. Esquemas de control.
4. Pensamientos automáticos.

118. Las descalificaciones e insultos verbales pueden ser un ejemplo de:

1. Estímulos primarios.
2. Estímulos disuasorios.
3. Estímulos aversivos incondicionados.
4. Estímulos aversivos condicionados.

119. En el trastorno de personalidad límite, el tratamiento que mayor evidencia empírica ha recibido es:

1. La terapia cognitiva basada en los esquemas.
2. La terapia centrada en el cliente.
3. La terapia interpersonal.
4. La terapia de conducta.

120. La terapia cognitivo-conductual dialéctica, en el trastorno límite de la personalidad, ha obtenido buenos resultados en la mejoría de:

1. Las relaciones interpersonales inestables.
2. Las conductas autolíticas y de suicidio.
3. Los episodios de ira.
4. La alteración de la identidad.

121. La medicación antipsicótica para un primer episodio de psicosis después de la primera recuperación de los síntomas debería mantenerse durante un mínimo de:

1. Un año.
2. Dos años.
3. Cuatro años.
4. Indefinidamente.

122. En el apartado de Resultados de un informe de investigación, debemos:

1. Reflejar los datos resumidos y los resultados de los análisis estadísticos.
2. Reproducir los datos brutos del estudio para permitir comprobaciones externas.
3. Relacionar los resultados de los análisis con las hipótesis de trabajo y con otras investigaciones del campo de estudio.
4. Describir cómo se ha realizado la investigación para garantizar su replicabilidad.

123. Para el tratamiento de los síntomas positivos persistentes en la esquizofrenia la terapia psicológica indicada es:

1. La intervención familiar.
2. La psicoterapia psicodinámica.

3. La rehabilitación cognitiva.
 4. La terapia cognitivo-conductual.
- 124. En el tratamiento inicial de la esquizofrenia se recomienda la utilización de medicación anti-psicótica de segunda generación porque:**
1. Eliminan completamente la sintomatología negativa.
 2. No interfieren en el funcionamiento cognitivo.
 3. Tienen mejor tolerancia y un menor riesgo de discinesia tardía.
 4. No aumentan el riesgo de desarrollar un síndrome metabólico.
- 125. La terapia de orientación cognitiva para la psicosis (COPE) es un formato de terapia recomendada para:**
1. Todas las fases de la psicosis.
 2. La fase aguda de la psicosis.
 3. La fase de recuperación de la psicosis (entre 6 y 24 o más meses) tras un primer episodio de la enfermedad.
 4. La fase recuperación temprana de la psicosis tras un primer episodio de la enfermedad.
- 126. Qué modalidad de intervención familiar de la esquizofrenia tiene entre sus principales objetivos la reducción de la emoción expresada y del contacto con el paciente y el aumento de las redes sociales de la familia:**
1. El modelo psicoeducativo de Anderson.
 2. El modelo sociofamiliar de Leff.
 3. El modelo cognitivo conductual de Tarrier.
 4. La terapia familiar conductual de Fallon.
- 127. La aplicación de la terapia psicológica integrada de la esquizofrenia de Roder:**
1. Mejora significativamente las variables cognitivas y conductuales tras el tratamiento.
 2. Mejora exclusivamente las variables cognitivas.
 3. Mejora las variables cognitivas significativamente mientras que sus efectos conductuales son inconsistentes.
 4. Mejora inconsistentemente las variables cognitivas y conductuales.
- 128. Entre los criterios de derivación de los trastornos alimentarios a un servicio de Urgencias de hospital general para recibir tratamiento médico urgente, se encuentra:**
1. Pérdida de peso >50% en los últimos 6 meses (>30 % en los últimos 3 meses).
 2. Presencia de episodios bulímicos regulares, es decir, conductas de sobreingesta alimentaria y/o conductas purgativas persistentes (vómitos autoinducidos, abuso de laxantes y uso de diuréticos).
3. Falta de conciencia de enfermedad.
 4. Amenorrea y astenia crónicas.
- 129. La terapia interpersonal es uno de los tratamientos de elección para los casos de:**
1. Anorexia nerviosa.
 2. Bulimia nerviosa.
 3. Obesidad con atracones (sobre todo para la pérdida de peso).
 4. Rumiación.
- 130. Un procedimiento de modelado que combina exposición y actuación del modelo, instigadores verbales y físicos, ensayo de conducta y desensibilización in vivo, se denomina:**
1. Modelado in vivo.
 2. Modelado pasivo.
 3. Modelado participante.
 4. Modelado simbólico.
- 131. La conducta de tomar un analgésico cuando tenemos dolor de cabeza es un comportamiento adquirido mediante un procedimiento de:**
1. Reforzamiento positivo.
 2. Reforzamiento negativo.
 3. Reforzamiento diferencial de otras conductas.
 4. Moldeamiento.
- 132. Todos programas de entrenamiento en Habilidades Sociales suelen incluir 5 componentes básicos ¿Cuál de los siguientes elementos terapéuticos no está incluido entre esos cinco por no ser un elemento característico de este tipo de entrenamiento?:**
1. Reforzamiento.
 2. Ensayo de conducta.
 3. Retroalimentación o *feedback* de la ejecución.
 4. Reestructuración cognitiva.
- 133. La técnica de exposición interoceptiva es propia de los programas de intervención para:**
1. La ansiedad generalizada.
 2. La fobia a la sangre.
 3. El trastorno obsesivo compulsivo.
 4. El trastorno de pánico.
- 134. En el caso de un trastorno de anorexia nerviosa, la primera alternativa de elección de tratamiento especializado es:**
1. El ingreso hospitalario.
 2. El tratamiento ambulatorio.
 3. El hospital de día.
 4. Los pisos tutelados.
- 135. Según la última formulación de la teoría de C.L. Hull, para que una conducta se lleve a**

cabo:

1. Sólo es necesario que exista un hábito.
2. Se requiere, únicamente, la existencia de un impulso o necesidad.
3. Se requiere que exista un hábito y que estén presentes tanto un impulso como un incentivo.
4. Se requiere que exista un hábito y que estén presentes un impulso o un incentivo (pero no necesariamente ambos).

136. ¿Qué teoría establece que la ausencia de consistencia interna entre los pensamientos, las creencias, las actitudes y las conductas manifestadas genera sensación aversiva interna, de tensión, en el individuo?:

1. Teoría de la disonancia cognitiva.
2. Teoría del balance.
3. Teoría de la atribución.
4. Teoría del campo.

137. ¿Qué técnica experimental se emplea en el estudio del registro sensorial visual?:

1. El informe parcial.
2. La supresión articulatoria.
3. La técnica del sufijo.
4. El método de los ahorros.

138. El incremento mínimo en la estimulación que permite detectar un cambio en la sensación, es conocido como:

1. Umbral absoluto.
2. Umbral diferencial.
3. Umbral de contraste.
4. Umbral de eco.

139. En la resolución de un problema, los métodos de búsqueda heurística:

1. Exploran de forma exhaustiva todos los posibles trayectos dentro del espacio problema.
2. Reducen el proceso de búsqueda a aquellas alternativas que se aproximen mejor a la solución.
3. Garantizan encontrar la solución óptima a un problema.
4. No tienen en cuenta la información externa al contexto del problema.

140. En el condicionamiento operante, un patrón de respuesta conocido como efecto de festoneado (“festón”) es típico de los programas de:

1. Razón fija.
2. Razón variable.
3. Intervalo fijo.
4. Intervalo variable.

141. ¿Cómo se denomina el procedimiento del condicionamiento clásico en el que el estímulo

incondicionado se presenta y finaliza antes de que se presente el estímulo condicionado?:

1. De demora corta.
2. De demora larga.
3. De huella.
4. Hacia atrás.

142. ¿En cuál de estas condiciones es más probable que una persona manifieste el efecto Stroop?:

1. Cuando debe decir “rojo” ante una serie de “Xs” escritas en tinta roja.
2. Cuando debe decir “rojo” ante la palabra “rojo” escrita en tinta roja.
3. Cuando debe decir “azul” ante la palabra “azul” escrita en tinta roja.
4. Cuando debe decir “rojo” ante la palabra “azul” escrita en tinta roja.

143. ¿Cuál es el tipo de memoria que representa el conocimiento sobre cómo se hacen las cosas?:

1. Declarativa.
2. Episódica.
3. Semántica.
4. Procedimental.

144. ¿Cuál es la fuente de los conflictos entre grupos según la Teoría del Conflicto de Grupo Realista?:

1. La atracción hacia el poder.
2. Los prejuicios intergrupales.
3. Las diferencias interpersonales.
4. La competencia por recursos limitados.

145. ¿Cuál de los siguientes componentes NO forma parte del modelo actitudinal de la Teoría de la Conducta de Fishbein y Ajzen?:

1. Norma subjetiva.
2. Control conductual percibido.
3. Intención.
4. Auto-percepción.

146. Cuando un sujeto realiza juicio sobre la frecuencia de un acontecimiento en función de los ejemplos que recuerda de manera más inmediata, está desarrollando un proceso cognitivo denominado:

1. Sesgo de Representatividad.
2. Sesgo de Disponibilidad.
3. Correlación ilusoria.
4. Error fundamental de atribución.

147. ¿Qué puede derivarse de los estudios empíricos que analizan la relación entre número de observaciones y aparición de conductas de ayuda?:

1. La conducta de ayuda disminuye cuando aumenta el número de observadores.

2. La conducta de ayuda no se ve afectada por el número de observadores.
 3. La conducta de ayuda aumenta cuando lo hace el número de observadores.
 4. No existen resultados consistentes que permitan extraer conclusiones sobre la relación entre ambas variables.
- 148. ¿Cuál de los siguientes factores REDUCE la aparición de los procesos de conformidad? :**
1. Necesidad de ofrecer respuesta pública.
 2. Alta dificultad de los juicios que deben ser emitidos.
 3. Grupo de amplio tamaño.
 4. Carencia de unanimidad dentro del grupo.
- 149. Si un paciente afirma sin ser cierto, que estuvo en un hospital exactamente igual al que está ahora (o que ambos lugares existen paralelamente en distintos puntos espaciales), o que ya conocía a los enfermeros, se trata de:**
1. Paramnesia reduplicativa.
 2. Delirio de Sosas.
 3. Agnosia de caras.
 4. Síndrome del impostor.
- 150. El trastorno en la articulación y expresión del habla por lesiones del sistema nervioso central o periférico, se denomina:**
1. Disartria.
 2. Disglosia.
 3. Disfasia.
 4. Dystonia.
- 151. Cuando la persona tiene un extraño sentimiento de irrealidad con respecto a sí mismo, aunque sabe que nada ha cambiado, se dice que padece:**
1. Difusión del ego.
 2. Autoscopia.
 3. Ausencia personal.
 4. Despersonalización.
- 152. La atmósfera delirante se refiere a:**
1. La interpretación delirante de una percepción normal.
 2. La experiencia subjetiva de que el mundo ha cambiado de un modo sutil pero siniestro y difícil de definir.
 3. La preocupación que generan los delirios.
 4. La multimodalidad de la sintomatología delirante.
- 153. ¿Cómo se denomina la alteración formal del pensamiento en la que el paciente elabora su discurso basándose en los sonidos de las palabras y no en lo que significan?:**
1. Resonancia.
 2. Illocigidad.
 3. Musicalidad.
 4. Paraentonación.
- 154. La característica básica de la alteración formal del pensamiento denominada "preservación" consiste en:**
1. La repetición en eco de las palabras o frases del interlocutor.
 2. La repetición persistente de ideas o palabras.
 3. El enlentecimiento acusado del curso del pensamiento.
 4. El discurso caracterizado por la inclusión de detalles innecesarios y excesivos paréntesis.
- 155. Los temblores que se producen en la enfermedad de Parkinson son:**
1. Posturales.
 2. Intencionales.
 3. Coreiformes.
 4. De reposo.
- 156. A los movimientos musculares en forma de contracciones violentas e incontrolables de la musculatura voluntaria, que se manifiesta en uno o varios grupos musculares o bien de forma generalizada en todo el cuerpo, se les denomina:**
1. Acinesias de la Toruette.
 2. Convulsiones.
 3. Tics.
 4. Bradicinesias.
- 157. La fabricación de recuerdos para rellenar lagunas amnésicas puede constituir:**
1. Un recuerdo delirante.
 2. Una fantasía amnésica.
 3. Un falseamiento compulsivo.
 4. Una confabulación.
- 158. A que trastorno corresponde la presencia de síntomas como los siguientes: estado general de confusión, desorientación espacial, personal y temporal, polineuropatías, incapacidad para reconocer a personas familiares y graves problemas de atención y memoria:**
1. Confabulación.
 2. Síndrome de Munchausen.
 3. Fase de Wernicke.
 4. Síndrome de Polystoff.
- 159. Al trastorno degenerativo del cerebro que produce un declive gradual en la función intelectual, siendo los problemas de memoria unos de los primeros síntomas, se denomina:**
1. Amnesia anterógrada.
 2. Demencia.
 3. Delirium.

4. Amnesia funcional.
- 160. A una forma extrema de agnosia caracterizada por la incapacidad para reconocer caras familiares, de le denomina:**
1. Caragnosia.
 2. Paragnosia.
 3. Anosagnosia.
 4. Prosopagnosia.
- 161. El estado crepuscular implica:**
1. La ausencia total de conciencia que se produce en trastornos circulatorios, cuadros tóxicos y traumatismos cerebrales.
 2. Una ausencia total de conciencia, que es reversible si se llama al paciente por su nombre.
 3. Un estrechamiento de la conciencia, con un enfoque atencional hacia vivencias interiores.
 4. Una ausencia de conciencia que se acompaña de una intensa contracción muscular.
- 162. La hiperprosexia se refiere a:**
1. Predisposición a percibir y responder excluyendo los aspectos irrelevantes.
 2. Escudriñamiento continuo del ambiente en busca de determinadas señales o indicios.
 3. Procesamiento que requiere atención consciente.
 4. Distraibilidad e inestabilidad atencional.
- 163. La alucinación extracampina se caracteriza porque:**
1. Es una alucinación que se experimenta fuera del campo visual.
 2. Se trata de una variedad mórbida de la sinestesia.
 3. La percepción correcta del estímulo se superpone a la alucinación.
 4. La alucinación está en función de estímulos externos, apareciendo y desapareciendo con ellos.
- 164. La pareidolia es una experiencia respecto de la que se puede afirmar que:**
1. El individuo proporciona organización y significado a un estímulo ambiguo o poco estructurado.
 2. Es una anomalía poco frecuente, que a veces aparece en los estados orgánicos y en la esquizofrenia.
 3. El paciente es incapaz de establecer los nexos que habitualmente existen entre dos o más percepciones procedentes de modalidades sensoriales diferentes.
 4. Las distintas cualidades sensoriales se funden en una única experiencia perceptiva.
- 165. ¿Cuál de las siguientes alteraciones se clasifica como una distorsión perceptiva de la integración?:**
1. Dismegalopsia.
 2. Dismorfopsia.
 3. Sinestesia.
 4. Metamorfopsia.
- 166. La versión española del Listado de Conductas Infantiles (CBCL) de Achenbach:**
1. Está baremada sólo para niños en edad escolar.
 2. Carece de una versión para maestros.
 3. Es aplicable a población general, pero no a la clínica.
 4. Evalúa síndromes externalizantes e internalizantes.
- 167. ¿Qué prueba del WISC-IV pertenece al índice de velocidad de procesamiento:**
1. Dígitos.
 2. Claves.
 3. Figuras incompletas.
 4. Letras y números.
- 168. ¿Cómo se evalúa la ruta ortográfica o directa en los trastornos de escritura?:**
1. Repetición de palabras.
 2. Dictado de pseudopalabras.
 3. Dictado de palabras homófonas (p. ej., vaca/baca).
 4. Deletreo de una palabra.
- 169. En el caso de fobia a la oscuridad ¿Cómo se presenta el estímulo fóbico al niño en la prueba de tolerancia?:**
1. Sin gradación, con elevada intensidad desde el principio.
 2. Con gradación, de menor a mayor intensidad.
 3. Sin gradación, con intensidad moderada desde el principio.
 4. Con gradación, de mayor a menor intensidad.
- 170. ¿Qué información se tiene que recabar para elaborar el análisis topográfico de la conducta agresiva en la infancia?:**
1. Resistencia de la conducta agresiva.
 2. Relación entre los antecedentes y consecuencias de la conducta agresiva.
 3. Frecuencia, intensidad, duración de la conducta agresiva.
 4. Historia de la conducta agresiva.
- 171. ¿Qué test NO es una prueba para evaluar el desarrollo general en la infancia?:**

1. Inventario de Desarrollo de Levinson.
 2. Inventario de Desarrollo Battelle.
 3. Escala de Desarrollo de Brunet-Lèzine.
 4. Escalas Bayley de Desarrollo Infantil.
- 172. Las cifras de prevalencia de los problemas depresivos:**
1. Han decrecido en las últimas décadas.
 2. Son mayores en el ámbito rural que en el urbano.
 3. Son mayores en mujeres que en hombres.
 4. No muestran diferencias en función del sexo.
- 173. La “hipótesis permisiva de la depresión” hace referencia a:**
1. Factores educacionales.
 2. Factores socioculturales.
 3. Relaciones de pareja.
 4. Déficits funcionales en serotonina y catecolaminas.
- 174. P. Lewinson, en su teoría sobre la depresión, postula que los responsables primarios de dicho trastorno son:**
1. Los factores ambientales.
 2. Los factores hereditarios.
 3. La inseguridad en uno mismo.
 4. El déficit en las conductas de autoobservación.
- 175. ¿Cuál de las siguientes opciones se refiere a características más específicas del fenómeno de flashback?:**
1. Recuerdos invasivos recurrentes de lo sucedido.
 2. Revivir lo sucedido con pensamientos e imágenes como si estuviese ocurriendo ahora mismo.
 3. Amnesias psicógenas referidas a algún aspecto del acontecimiento traumático.
 4. Reacciones fisiológicas intensas ante estímulos que recuerdan el acontecimiento traumático.
- 176. ¿Cuál es la edad de mayor riesgo para el inicio de la fobia social?:**
1. Infancia.
 2. Adolescencia.
 3. Madurez.
 4. Senectud.
- 177. ¿Cuál de los siguientes aspectos diferencia el trastorno de pánico de una fobia específica, según el DSM (IV-TR y 5)?:**
1. La presencia de ataques de pánico.
 2. La intensidad de los ataques de pánico (mayor en el trastorno de pánico).
 3. Los síntomas presentes durante el ataque de pánico.
 4. El tipo de ataque de pánico: inesperado en el trastorno de pánico, y situacional en la fobia.
- 178. ¿Qué tipo de expectativas incluye el modelo cognitivo de Reiss para la explicación de las fobias?:**
1. Expectativas de ansiedad y expectativas de preocupación.
 2. Expectativas de daño y expectativas de peligro.
 3. Expectativas de ansiedad y expectativas de peligro.
 4. Expectativas de ansiedad y expectativas de asco.
- 179. Para hacer un diagnóstico de Trastorno de Pánico según DSM (DSM-IV-TR y DSM-5) ¿Cuál de los siguientes aspectos es imprescindible?:**
1. Que se hayan dado al menos tres ataques de pánico.
 2. Que los ataques de pánico hayan dado lugar a respuestas de evitación.
 3. Que los ataques de pánico se acompañen de una alta hipervigilancia a las sensaciones físicas.
 4. Que se hayan descartado causas biológicas (i.e. uso de sustancias o condición médica general) de los síntomas.
- 180. ¿Qué neurotransmisor se ha asociado con el desarrollo del Trastorno Obsesivo Compulsivo?:**
1. Serotonina.
 2. Dopamina.
 3. Noradrenalina.
 4. Somatostatina.
- 181. ¿Cuál de los siguientes acontecimientos traumáticos tiene una mayor probabilidad de llevar a un Trastorno de Estrés Postraumático?:**
1. Un terremoto.
 2. Un accidente de tráfico.
 3. Una agresión sexual.
 4. Un accidente ferroviario con víctimas múltiples.
- 182. ¿Cuál es el síntoma primario del Trastorno de Ansiedad Generalizada?:**
1. La hiperlabilidad de la activación del sistema nervioso autónomo.
 2. Las respuestas de evitación generalizadas.
 3. La responsabilidad exagerada.
 4. La preocupación excesiva e incontrolada.
- 183. ¿Cuál de los siguientes elementos es más central en el modelo cognitivo de los Trastornos Obsesivos Compulsivos?:**

1. La ausencia de relación entre las obsesiones y las valoraciones o creencias desadaptativas.
2. La hipervigilancia a los estímulos amenazantes del medio.
3. La creencia desadaptativa de tener excesiva responsabilidad.
4. Las expectativas de daño y ansiedad.

184. Decimos que una persona deprimida sufre “anhedonia” cuando:

1. Expresa sentimientos de tristeza.
2. Sufre una disminución de sus emociones positivas y del disfrute vital.
3. Presenta un nivel de actividad disminuido y falta de motivación para realizar actividades.
4. En la depresión se detecta un riesgo de suicidio.

185. ¿Cuál de estas teorías explica por qué es más fácil que un niño adquiera una respuesta condicionada de temor ante un pequeño insecto que ante un mando a distancia?:

1. La teoría bifactorial de Mowrer.
2. La teoría de la preparación biológica de Seligman.
3. La teoría de la incubación de Eysenck.
4. Las teorías de expectativas de ansiedad (por ejemplo, el modelo de Reiss).

186. ¿Cuál es el periodo máximo de tiempo tras el acontecimiento traumático en el que se puede hacer un diagnóstico de Trastorno de Estrés Agudo?:

1. Tres días.
2. Una semana.
3. Un mes.
4. Tres meses.

187. En la teoría bifactorial de Mowrer para la explicación de la adquisición y mantenimiento de las Fobias Específicas ¿Cuál es el papel del Condicionamiento Operante?:

1. Juega un papel fundamental en la adquisición del miedo.
2. Juega un papel fundamental en el mantenimiento del miedo.
3. Juega un papel fundamental tanto en la adquisición como en el mantenimiento del miedo.
4. En realidad el Condicionamiento Operante no juega papel alguno en la teoría, ya que se basa únicamente en el Condicionamiento Clásico.

188. A diferencia de otras fobias, la fobia a la sangre y a las heridas se caracteriza por la presencia de sensación de mareo y, en ocasiones, desmayo ¿A qué se deben estas respuestas?:

1. A un patrón de respuesta bifásico caracterizado por un aumento del ritmo cardíaco y la presión arterial, seguido de una desaceleración vasovagal del ritmo cardíaco y una disminución de la presión arterial.
2. A un patrón de respuesta bifásico caracterizado por una disminución del ritmo cardíaco y la presión arterial, seguida de una aceleración simpática del ritmo cardíaco y aumento de la presión arterial.
3. A un patrón de respuesta unifásico caracterizado por un aumento del ritmo cardíaco y la presión arterial.
4. A un patrón de respuesta unifásico caracterizado por una disminución del ritmo cardíaco y de la presión arterial.

189. ¿Cuál de los siguientes aspectos es nuclear para el diagnóstico (DSM-IV-TR y DSM 5) del trastorno de Estrés Postraumático?:

1. Disociación.
2. Reexperimentación.
3. Distorsiones cognitivas.
4. Amnesia (total o parcial) del acontecimiento traumático.

190. ¿Cuál de los siguientes Trastornos de Ansiedad tiene una prevalencia similar en hombres y mujeres?:

1. Trastorno de Pánico.
2. Agorafobia.
3. Trastorno de Ansiedad Generalizada.
4. Trastorno Obsesivo Compulsivo.

191. Según el modelo reformulado de indefensión aprendida ¿Cómo son las atribuciones que hace una persona con depresión para un acontecimiento negativo incontrolable?:

1. Internas, estables y específicas.
2. Internas, estables y globales.
3. Externas, estables y globales.
4. Externas, estables y específicas.

192. ¿Qué nombre recibe la co-ocurrencia a un mismo tiempo de un trastorno mental o del comportamiento con un trastorno por consumo de sustancias?:

1. Diagnóstico diferencial.
2. Patología dual.
3. Curso del trastorno.
4. Etiología.

193. ¿Cuál es la edad de mayor riesgo para la aparición de trastorno depresivo mayor?:

1. Infancia.
2. Adolescencia.
3. Jóvenes adultos (25-45 años).
4. Vejez (a partir de 70 años).

- 194. ¿Cuál de los siguientes factores se relaciona más con un incremento en la probabilidad de recurrencia de un episodio depresivo mayor?:**
1. Comienzo temprano del primer episodio (i.e. edad temprana).
 2. Menor edad actual.
 3. Mayor número de episodios previos.
 4. Ser mujer.
- 195. Respecto de la prevalencia de los trastornos depresivos en función del sexo, cabe afirmar que:**
1. La prevalencia es similar en hombres y mujeres.
 2. La prevalencia es aproximadamente el doble en hombres que en mujeres.
 3. La prevalencia es aproximadamente el doble en mujeres que en hombres.
 4. La prevalencia es aproximadamente el triple en mujeres que en hombres.
- 196. ¿Cuáles son los sistemas endocrinos más frecuentemente implicados en los trastornos depresivos?:**
1. El eje hipotálamo-hipófiso-adrenal y el eje tiroideo.
 2. El eje hipotálamo-amígdalo-adrenal y eje tiroideo.
 3. El eje hipotálamo-hipófiso-noradrenal y el eje tiroideo.
 4. El eje hipotálamo-hipófiso-adrenal y el eje paratiroideo.
- 197. ¿Qué característica comparten la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa?:**
1. Una idea sobrevalorada de la delgadez.
 2. Un bajo Índice de Masa Corporal (IMC) o infrapeso.
 3. La presencia de conductas purgativas.
 4. La pérdida de control ante alimentos de alto contenido calórico.
- 198. ¿Cuál es la disfunción sexual más frecuente en varones?:**
1. Trastorno del deseo hipoactivo.
 2. Trastorno de erección.
 3. Eyaculación precoz.
 4. Trastorno orgásmico.
- 199. En las clasificaciones diagnósticas DSM (IV-TR y 5) ¿En qué tipo de trastornos se incluye el Trastorno de Deseo Sexual Hipoactivo?:**
1. Trastorno de la identidad sexual.
 2. Parafilias.
 3. Disfunciones sexuales.
 4. Trastornos sexuales no especificados.
- 200. ¿Qué trastorno se caracteriza por la presencia recurrente de atracones en ausencia de estrategias o comportamientos compensatorios inadecuados?:**
1. Anorexia Nerviosa.
 2. Bulimia Nerviosa.
 3. Trastorno por Atracón.
 4. Hiperfagia.
- 201. ¿Cuál de los siguientes tratamientos psicológicos para la depresión NO se puede clasificar como un tratamiento bien establecido?:**
1. Terapia de activación.
 2. Terapia cognitiva.
 3. Terapia sistémica.
 4. Terapia interpersonal.
- 202. ¿Cuál es el criterio fundamental que siguen los sistemas diagnósticos (DSM y CIE) para clasificar las disfunciones sexuales?:**
1. Gravedad.
 2. Etiología.
 3. Duración.
 4. Fase del ciclo de la respuesta sexual.
- 203. La anorgasmia:**
1. Es más frecuente en mujeres que en hombres.
 2. Es más frecuente en hombres que en mujeres.
 3. Se da con frecuencia similar en hombres y mujeres.
 4. Es el más frecuente de los trastornos masculinos.
- 204. ¿Qué trastorno de personalidad se caracteriza por una necesidad profunda y generalizada de que cuiden de él/ella, lo que lleva a una conducta de sumisión, quejas y miedos de separación?:**
1. Límite.
 2. Esquizotípico.
 3. Obsesivo-compulsivo.
 4. Por dependencia.
- 205. ¿Qué trastorno de la personalidad se caracteriza por una pauta generalizada de indiferencia hacia las relaciones sociales y marco restringido de experiencia y expresión emocional?:**
1. Esquizoide.
 2. Límite.
 3. Narcisista.
 4. Antisocial.
- 206. ¿Qué trastorno se asocia a amenazas, gestos o conductas suicidas recurrentes o comportamientos de automutilación?:**

1. Trastorno de personalidad esquizoide.
 2. Trastorno de personalidad pasivo-agresivo.
 3. Trastorno de personalidad límite.
 4. Trastorno de personalidad antisocial.
- 207. La tendencia a la explotación interpersonal y a sacar provecho de los demás para lograr sus propios objetivos, caracteriza al trastorno de personalidad:**
1. Pasivo-agresivo.
 2. Narcisista.
 3. Dependiente.
 4. Paranoide.
- 208. ¿Qué trastorno está caracterizado por un sentimiento persistente y recurrente de estar separado de los propios procesos mentales o del cuerpo?:**
1. Trastorno por despersonalización.
 2. Trastorno de identidad disociativa.
 3. Trastorno de personalidad múltiple.
 4. La amnesia disociativa.
- 209. Señale cuál de los siguientes síntomas constituye, más propiamente, una alteración del pensamiento:**
1. La alucia.
 2. La abulia-apatía.
 3. La anhedonia.
 4. El aplanamiento afectivo.
- 210. ¿Cuál es la edad de inicio más probable en la esquizofrenia?:**
1. En la infancia.
 2. Antes de los 12 años.
 3. Final de la adolescencia o principios de edad adulta.
 4. A cualquier edad.
- 211. ¿Cuál es la droga no legal más consumida en España?:**
1. Cocaína.
 2. Drogas de síntesis.
 3. GHB (éxtasis líquido).
 4. Cannabis.
- 212. ¿La capacidad de una droga para suprimir el síndrome de abstinencia producido por otra droga, se conoce con el nombre de?:**
1. Politoxicomanía.
 2. Patología dual.
 3. Craving.
 4. Dependencia cruzada.
- 213. ¿Cómo denominamos a la dimensión del burnout por la cual la persona hace una valoración negativa de su habilidad en el trabajo y**

en relación con las personas que atiende?:

1. Fatiga de compasión.
 2. Baja realización personal.
 3. Agotamiento o cansancio emocional.
 4. Despersonalización.
- 214. ¿Qué nombre tuvo la segunda teoría desarrollada por Melzack y Wall para la explicación del dolor?:**
1. Teoría de la nocicepción.
 2. Teoría neuromatriz.
 3. Teoría de la puerta.
 4. Teoría transaccional.
- 215. ¿Cuál es, según la Teoría de la Acción Razonada, el determinante inmediato de una conducta de salud?:**
1. La vulnerabilidad percibida.
 2. Los costes percibidos.
 3. Las creencias de salud.
 4. La intención de realizar la conducta.
- 216. ¿Cuál de los siguientes autores desarrolló un programa conductual para la prevención del cáncer basado en la existencia de un patrón de personalidad característico en estos enfermos, que combina estrategias de desensibilización con entrenamiento en habilidades sociales?:**
1. Grossarth-Maticek.
 2. Moorey.
 3. Greer.
 4. Lazarus.
- 217. La expresión “hipertensión de bata blanca” hace referencia a:**
1. La que caracteriza a los médicos y otros profesionales sanitarios como consecuencia de sus altos niveles de estrés laboral.
 2. La que caracteriza a personas de alto nivel socioeconómico.
 3. La que caracteriza a ejecutivos y personas que trabajan en el ámbito de los negocios.
 4. La que muestran algunos pacientes en el mismo instante en que el médico les está evaluando.
- 218. ¿La lesión de qué región puede producir que los pacientes manifiesten juicios morales de tipo utilitario?:**
1. La corteza inferotemporal.
 2. La corteza prefrontal ventromedial.
 3. La corteza parahipocampal.
 4. La corteza parietal posterior.
- 219. Uno de los tratamientos de primera línea para el trastorno ansiedad generalizada incluye el uso de un:**

1. Modulador negativo del receptor GABA-A.
 2. Antagonista parcial serotoninérgico 1A.
 3. Modulador negativo del receptor GABA-B.
 4. Inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina.
- 220. Los fármacos antipsicóticos atípicos pueden distinguirse de los fármacos antipsicóticos convencionales debido a que:**
1. Suelen reducir tanto los síntomas positivos como los negativos.
 2. Producen con mayor probabilidad síntomas extrapiramidales.
 3. Producen con mayor probabilidad discinesia tardía.
 4. Sus diferencias son exclusivamente farmacológicas.
- 221. Los síntomas cognitivos de la esquizofrenia se han relacionado fundamentalmente con:**
1. Un aumento de la actividad en la corteza prefrontal ventromedial.
 2. Una disminución de la actividad en la corteza prefrontal dorsolateral.
 3. Una hiperactividad en la vía dopaminérgica nigroestriada.
 4. Una hiperactividad en la vía dopaminérgica mesolímbica.
- 222. Según las revisiones más recientes, la heredabilidad del Cociente de Inteligencia (CI) se estima que tiene un valor de alrededor de 0.75; esto significa que:**
1. El 75% del CI se debe a los genes.
 2. El 25% del CI se debe al ambiente.
 3. El 75% de la variación fenotípica observada entre los individuos de la población se debe a las diferencias genéticas entre esos mismos individuos.
 4. El 75% de la variación fenotípica observada entre los individuos de la población se debe a las diferencias en el ambiente en el que se encuentran esos mismos individuos.
- 223. ¿Qué región cerebral se ha relacionado con el inicio de la ingesta y con la reducción del metabolismo?:**
1. El núcleo ventromedial del hipotálamo.
 2. El núcleo pulvinar del tálamo.
 3. El área preóptica ventrolateral del hipotálamo.
 4. Distintas zonas del hipotálamo (lateral, núcleo arqueado, núcleo paraventricular...).
- 224. La región de la corteza cerebral que selecciona la estrategia más adecuada para ejecutar un movimiento en función de la experiencia y toma la decisión de iniciar el movimiento es:**
1. El área motora primaria.
 2. La corteza prefrontal ventromedial.
 3. La corteza prefrontal dorsolateral.
 4. La corteza inferotemporal.
- 225. ¿Qué técnica de investigación permite activar o inhibir determinadas regiones de la corteza cerebral con el objetivo de poder establecer relaciones de naturaleza causal entre actividad cerebral y comportamiento?:**
1. Estimulación magnética transcraneal.
 2. Magnetoencefalografía.
 3. Tomografía axial computerizada (TAC).
 4. Autorradiografía.
- 226. ¿Cuál de los siguientes trastornos presenta una mayor comorbilidad con el Trastorno Obsesivo Compulsivo en adultos?:**
1. Depresión.
 2. Trastornos de la Conducta Alimentaria.
 3. Trastornos de Control de Impulsos.
 4. Trastornos de la Personalidad.
- 227. Señale cuál de las siguientes variables de tipo epidemiológico, ha mostrado estar más consistentemente relacionada con la esquizofrenia:**
1. El efecto estacional.
 2. El área geográfica.
 3. El nivel socioeconómico.
 4. El estado civil.
- 228. ¿En qué núcleos se producen las hormonas oxitocina y vasopresina que son liberadas por la neurohipófisis?:**
1. Los núcleos preóptico medial y dorsomedial del hipotálamo.
 2. Los núcleos arqueado y supraquiasmático del hipotálamo.
 3. Los núcleos supraóptico y paraventricular del hipotálamo.
 4. Los núcleos ventromedial y preóptico lateral del hipotálamo.
- 229. La disociación del afecto se caracteriza por:**
1. Ser un síntoma claro de enfermedad mental grave.
 2. La coexistencia de emociones contrarias ante el mismo acontecimiento.
 3. Sensación de desapego y ausencia de reactividad emocional.
 4. Se produce en situaciones de privación sensorial.
- 230. De acuerdo con la teoría de la emoción de Schachter y Singer, para que una persona experimente una emoción:**
1. Tiene que estar en juego una meta.
 2. Podría ser suficiente la creencia de estar fisiológicamente activado.

3. La activación fisiológica es necesaria y suficiente.
4. Se necesita tanto la activación fisiológica como la atribución cognitiva.

231. El debilitamiento de una respuesta por eliminación de los refuerzos o señales que la mantienen, se denomina:

1. Extinción.
2. Habitación.
3. Inhibición.
4. Desensibilización.

232. ¿En cuál de las siguientes fobias resulta más difícil programar el tratamiento de exposición en vivo por el carácter variable e impredecible de las situaciones?:

1. La fobia a la sangre.
2. La agorafobia.
3. La fobia social.
4. La fobia a la oscuridad.

233. Señale cuál de los siguientes constituye un importante marcador fisiológico en la esquizofrenia:

1. Movimientos oculares.
2. Inhibición psicomotora.
3. Secreción salivar.
4. Ritmo cardíaco.

234. ¿Qué se entiende por “Reactancia Psicológica”?:

1. La reacción motivacional que se produce como consecuencia de percibir una amenaza a la libertad de acción, es decir, ante la pérdida de control personal.
2. Una reacción emocional que conlleva agresión física frente a una amenaza percibida.
3. Una respuesta verbal reactiva cuya intencionalidad es responder a una afrenta recibida.
4. La hiperreactividad emocional y fisiológica que se produce ante situaciones amenazantes.

235. ¿Qué permite la evaluación de la personalidad basada en los datos “T” propuestos por R.B. Cattell?:

1. Evaluar muestras amplias con test psicométricamente fiables.
2. Evaluar de forma más cualitativa e ideográfica.
3. Evaluar a partir de pruebas y datos objetivos no manipulables por la persona.
4. Evaluar con pruebas que presentan una validez externa elevada.