

# PSICOLOGÍA 2020



MINISTERIO  
DE SANIDAD

## PRUEBAS SELECTIVAS 2020 CUADERNO DE EXAMEN

PSICOLOGÍA - VERSIÓN: 0

NÚMERO DE MESA:

NÚMERO DE EXPEDIENTE:

Nº DE D.N.I. O EQUIVALENTE PARA EXTRANJEROS:

APELLIDOS Y NOMBRE:

### ADVERTENCIA IMPORTANTE

### ANTES DE COMENZAR SU EXAMEN, LEA ATENTAMENTE LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES

- 1. MUY IMPORTANTE:** Compruebe que este Cuaderno de Examen, integrado por 175 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Si inutiliza su "Hoja de Respuestas" pida un nuevo juego de repuesto a la Mesa de Examen y **no olvide** consignar sus datos personales.
- Recuerde que el tiempo de realización de este ejercicio es de **cuatro 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.
- No se entregarán**, en ningún caso, **los cuestionarios** con las preguntas de examen. Las distintas versiones de los cuadernos de examen se publicarán en la Web del Ministerio de Sanidad, al cierre de la última mesa de examen.



1. **Atendiendo a las características del diseño de covarianza, señale la afirmación INCORRECTA:**
  1. El análisis asociado a este diseño es el análisis de covarianza, el cual combina las ventajas del análisis de la varianza y el análisis de regresión.
  2. Se trata de un diseño en el que se utiliza un procedimiento de control experimental sobre la variable perturbadora o covariable.
  3. Es un diseño que permite reducir la varianza de error e incrementar la potencia estadística.
  4. Este diseño se utiliza en la metodología cuasi-experimental con el propósito de controlar el sesgo de selección.
  
2. **En el ámbito del análisis estadístico de los datos, en lo que respecta al tamaño del efecto, indique la afirmación INCORRECTA:**
  1. En un análisis de la varianza, la obtención de un valor de F estadísticamente significativo se corresponde siempre con un efecto importante.
  2. La prueba d de Cohen consiste en calcular la diferencia estandarizada entre medidas.
  3. Para estimar la proporción de varianza explicada se desaconseja utilizar eta-cuadrado debido a que se trata de un estimador sesgado del tamaño del efecto.
  4. El tamaño del efecto entre más de dos medias puede ser calculado mediante el estadístico *f*.
  
3. **En el marco del análisis de la varianza con más de un factor, señale la afirmación INCORRECTA:**
  1. El estudio del efecto moderador de una tercera variable, en la relación entre una variable independiente y una variable dependiente, se puede analizar mediante el efecto de interacción entre dicha tercera variable y el factor o variable independiente.
  2. Un efecto simple consiste en el efecto de un factor A cuando únicamente se tiene en cuenta un único nivel del otro factor B.
  3. Cuando se obtiene un efecto de interacción estadísticamente significativo, la interpretación de los efectos principales implicados en dicha interacción supone un error de interpretación.
  4. El análisis de los efectos simples no debe ser utilizado para interpretar una interacción estadísticamente significativa.
  
4. **En lo que respecta a las estrategias para seleccionar la muestra de una investigación, señale la afirmación INCORRECTA:**
  1. En el muestreo aleatorio estratificado se establecen restricciones a la selección totalmente aleatoria de la muestra.
  2. El tamaño muestral puede ser delimitado respondiendo al objetivo de que la muestra sea representativa de la población de referencia y/o atendiendo a estudios de potencia *a priori*.
  3. En el muestreo aleatorio estratificado, el procedimiento de afijación uniforme implica que los tamaños de los estratos son proporcionales a los tamaños poblacionales.
  4. El muestreo aleatorio por conglomerados implica que, en lugar de elementos individuales de la población, se utilizan conjuntos de elementos que puede considerarse que constituyen una unidad más amplia.
  
5. **El diseño de bloques aleatorios NO tiene como objetivo:**
  1. Utilizar un proceso de aleatorización completo.
  2. Controlar una variable perturbadora mediante un procedimiento de estratificación.
  3. Reducir la varianza de error y, por lo tanto, incrementar la potencia estadística.
  4. Incrementar la homogeneidad en cada condición experimental.
  
6. **¿Cuál de las siguientes pruebas se emplea para comprobar el supuesto de esfericidad en el análisis de varianza de medidas repetidas?:**
  1. Shaphiro-Wilks.
  2. Levene.
  3. Mantel-Haenszel.
  4. Mauchly.
  
7. **La función de información del test en la Teoría de respuesta al ítem (TRI) juega un papel "equivalente" al que en la Teoría clásica de los test (TCT) juega:**
  1. El índice de dificultad.
  2. El coeficiente de validez.
  3. El índice de discriminación.
  4. El coeficiente de fiabilidad.

8. **En el contexto del análisis de datos, señale la afirmación INCORRECTA:**
1. Si en un estudio se realizan varios contrastes simultáneos o independientes, la tasa de error de tipo I se incrementa con respecto al nivel nominal planteado.
  2. El procedimiento HSD de Tukey es un procedimiento dirigido a realizar comparaciones entre pares de medias, cuando estas comparaciones son simples y están formuladas *a posteriori*.
  3. La corrección de Bonferroni es el método más apropiado para controlar la tasa de error de tipo I por familia de comparaciones, cuando se pretende analizar un subconjunto de todas las posibles comparaciones, y éstas están formuladas *a priori*.
  4. Cuando se pretende comparar un grupo de control frente al resto de condiciones experimentales, la prueba más adecuada para controlar el error de tipo I es la prueba de Newman-Keuls.
9. **En el proceso de satisfacción de las necesidades biológicas, el sistema fisiológico encargado de interrumpir la homeostasis, una vez que el cuerpo ha llegado al equilibrio en la función alterada, se denomina:**
1. Realimentación o retroacción de resolución.
  2. Realimentación o retroacción deferente.
  3. Realimentación o retroacción negativa.
  4. Realimentación o retroacción activa.
10. **En el estudio de procesamiento de las anáforas pronominales ambiguas ¿en qué momento se ha establecido (Geinsbacher, 1989) que se produce la resolución anafórica?:**
1. En el mismo momento que se produce la resolución de la anáfora de repetición.
  2. En el momento en que se procesa el final de la frase y se integran los componentes oracionales.
  3. Inmediatamente después de que se produzca el reconocimiento del pronombre anafórico.
  4. En un momento variable a partir del reconocimiento del elemento pronominal y en función de la estrategia decidida por el sujeto.
11. **¿Qué es cierto según el modelo de filtro rígido de Donald Broadbent (1958)?:**
1. Toda la información almacenada en el sistema S es la que consigue traspasar el filtro y llegar a la memoria a largo plazo.
  2. El filtro es el mecanismo que determina qué información pasará a almacenarse temporalmente en el sistema S.
  3. El filtro actúa tardíamente, una vez que toda la información se ha procesado en paralelo en el canal de capacidad limitada.
  4. Solo la información que pasa el filtro es procesada por el canal de capacidad limitada y es ésta la información que se hace consciente para el sujeto.
12. **¿Qué consecuencia provoca la estimulación eléctrica cerebral del haz prosencefálico medial?:**
1. En humanos, sentimientos positivos en general.
  2. Parálisis muscular, imposibilitando toda respuesta motora relacionada con la expresión emocional.
  3. Respuestas aversivas de lucha-huida.
  4. Indiferencia ante los estímulos externos.
13. **En la tarea de seguimiento (también denominada “sombreado”) ideada por Cherry (1953) se presentaron dos mensajes de forma dicótica, es decir, uno por cada oído/canal, y los participantes debían repetir en voz alta el mensaje del oído/canal atendido. Cuando se preguntó por el recuerdo del mensaje ignorado (desatendido) ¿qué recordaron los participantes haber detectado?:**
1. Un cambio de idioma.
  2. Un cambio de voz del hablante de masculina a femenina o viceversa.
  3. Un cambio en el significado del mensaje.
  4. La repetición de la grabación.
14. **Con respecto a la extinción indique la respuesta correcta:**
1. La extinción produce más reacciones de frustración si está en activo un programa de reforzamiento parcial en lugar de uno continuo antes de que se introduzca el procedimiento de extinción.
  2. Implica el aprendizaje de algo nuevo (ausencia de asociación EC-EI) que se superpone sobre lo que se aprendió antes.
  3. Se produce mucho mejor (extinción más rápida de la conducta condicionada) cuando la adquisición es con refuerzo parcial que cuando es con refuerzo continuo.
  4. La extinción siempre funciona bien en situaciones de terapia de conducta en donde la conducta problemática se adquiere por condicionamiento.
15. **¿Cuál de los siguientes términos puede utilizarse para denominar la tendencia a atribuir la causa de la conducta de otras personas a rasgos de personalidad relativamente estables?:**
1. Creencia en el mundo justo.
  2. Sesgo de disponibilidad.
  3. Sesgo de correspondencia.
  4. Efecto del falso consenso.
16. **¿Cuáles son las tres dimensiones que contempla la Teoría de atribución de Weiner?:**
1. Consistencia, distintividad y consenso.
  2. Locus de causalidad, estabilidad y controlabilidad.
  3. Relevancia hedónica, personalismo y deseabilidad social.
  4. Representatividad, accesibilidad y anclaje.

17. **¿Cuál de las siguientes NO es una de las dimensiones contempladas en la Teoría de contingencia del liderazgo de Fiedler?:**
1. Calidad de las relaciones líder-miembro.
  2. Claridad de la estructura de tarea.
  3. Poder del líder.
  4. Nivel de cohesión grupal previo.
18. **¿Qué proceso psicosocial contribuye a explicar la aparición de estereotipos negativos hacia los grupos minoritarios?:**
1. Subtipificación.
  2. Correlación ilusoria.
  3. Identidad dual.
  4. Mera exposición.
19. **¿Cómo se denomina la táctica persuasiva consistente en conseguir la aceptación de una petición y luego desvelar que tiene costes adicionales ocultos?:**
1. Táctica del portazo en la cara.
  2. Táctica del pie en la puerta.
  3. Táctica de la bola baja.
  4. Táctica de congraciamiento.
20. **Cuando el niño no es capaz de resolver por sí mismo un determinado problema, pero lo hace si cuenta con la ayuda y motivación de adultos o compañeros más capaces, podemos afirmar que ese problema:**
1. Evidencia un estilo de pensamiento dependiente.
  2. No corresponde al estadio de desarrollo en el que está el niño.
  3. Está dentro de la zona de desarrollo próximo (o proximal) del niño.
  4. Necesita ser asimilado, más que acomodado, por el niño.
21. **El procedimiento de laboratorio, propuesto por Mary Ainsworth, que se suele utilizar para evaluar la calidad del apego que muestran los niños se denomina:**
1. Abismo visual.
  2. Experimento emocional.
  3. Situación extraña.
  4. Observación sistemática del lazo afectivo.
22. **El pensamiento posformal, un estilo de pensamiento que algunos jóvenes y adultos son capaces de alcanzar, presenta entre sus características la siguiente:**
1. Capacidad para combinar elementos contradictorios en un todo global.
  2. Aplicación correcta y estricta de las leyes del pensamiento científico y de la lógica.
  3. Capacidad para resolver problemas de combinatoria.
  4. Capacidad para tomar decisiones rápidas guiadas por la intuición.
23. **Al llegar a la vejez, uno de los desafíos que se plantean es dar sentido a lo ya vivido y aceptar la finitud de la vida y la muerte. A este desafío Erikson lo denominó:**
1. Generatividad.
  2. Sabiduría.
  3. Integridad.
  4. Trascendencia.
24. **La enfermedad de Parkinson resulta de un proceso degenerativo de las neuronas dopaminérgicas de la vía:**
1. Tuberoinfundibular.
  2. Mesocortical.
  3. Mesolímbica.
  4. Nigroestriada.
25. **¿Qué parte de la corteza cerebral parece implicada en la acción de sopesar los posibles beneficios sobre los costes de realizar una inversión de riesgo?:**
1. Prefrontal dorsolateral.
  2. Prefrontal medial.
  3. Cingulada anterior.
  4. Núcleo accumbens.
26. **La lesión del área V5 o mediotemporal de la corteza visual produce:**
1. Cinetopsia o ceguera al movimiento.
  2. Deuteranopsia o capacidad de ver solo colores resultantes de la combinación de azul y rojo.
  3. Acromatopsia o ceguera al color.
  4. Protanopia o capacidad de ver solo colores resultantes de la combinación de verde y azul.
27. **Las regiones cerebrales implicadas en las “primeras impresiones” o juicios que uno hace de los demás en cuestión de segundos son:**
1. La unión temporoparietal y el tálamo.
  2. La corteza prefrontal medial y el hipocampo.
  3. La corteza cingulada posterior y la amígdala.
  4. La ínsula y la corteza cingulada anterior.
28. **Los modelos actuales de control atencional postulan que para atender y responder a un estímulo que aparece en el campo visual tienen que activarse:**
1. Los colículos inferiores y las áreas de asociación cortical.
  2. Las cortezas parahipocámpal y perirrinal.
  3. La corteza cingulada anterior y la corteza dorsolateral frontal.
  4. Los campos oculares frontales y los lóbulos parietales.

29. **La galantamina es un fármaco que se administra para retrasar la pérdida de memoria en la enfermedad de Alzheimer. ¿Cuál es su mecanismo de acción?:**
1. Inhibición de la monoaminoxidasa (MAO).
  2. Inhibición selectiva de la recaptación de serotonina.
  3. Inhibición de la enzima acetilcolinesterasa.
  4. Antagonismo de los receptores de dopamina D2.
30. **Según la hipótesis del marcador somático de Damasio, ¿cuál de las siguientes estructuras cerebrales contribuye a la modulación emocional de los procesos de toma de decisiones?:**
1. Corteza prefrontal dorsolateral.
  2. Estriado dorsolateral.
  3. Área preóptica del hipotálamo.
  4. Corteza prefrontal ventromedial.
31. **¿Qué técnica permite visualizar mejor anomalías en la integridad de la sustancia blanca, así como la desconexión de regiones frontoparietales y frontotemporales en pacientes esquizofrénicos?:**
1. Tensor de difusión.
  2. Resonancia magnética funcional.
  3. Tomografía por emisión de positrones.
  4. Magnetoencefalografía.
32. **Cuando nos apretamos un dedo fuertemente con objeto de aliviar el dolor después de haber recibido un golpe con un martillo estamos cerrando la puerta del dolor, aunque no seamos conscientes de ello. ¿Por qué fibras discurre hacia el cerebro esa estimulación inhibitoria que nos autoprovocamos?:**
1. Fibras grandes A-beta.
  2. Fibras grandes A-delta.
  3. Fibras pequeñas A-delta.
  4. Fibras pequeñas A-beta.
33. **¿La Teoría neuromatriz del dolor se ha propuesto para explicar?:**
1. El efecto placebo en el dolor.
  2. El dolor sucio.
  3. El dolor limpio.
  4. El miembro fantasma.
34. **El trastorno por apego reactivo, ¿en qué categoría se sitúa en el DMS-5?:**
1. Trastornos del neurodesarrollo.
  2. Trastornos destructivos, del control de los impulsos y de la conducta.
  3. Trastornos de ansiedad.
  4. Trastornos relacionados con trauma y factores de estrés.
35. **¿Cuál de las siguientes es una característica definitoria de los niños con trastorno de la relación social desinhibida?:**
1. Raramente buscan consuelo o se deja consolar cuando siente malestar.
  2. Presentan episodios de irritabilidad.
  3. Recurren poco o nada al cuidador adulto después de una salida arriesgada.
  4. El afecto positivo es limitado.
36. **Respecto del trastorno de discapacidad intelectual (DSM-5) cabe afirmar lo siguiente:**
1. Tiene una prevalencia global en la población general de aproximadamente el 1%.
  2. La prevalencia de discapacidad intelectual grave es aproximadamente el 6 por 10.000.
  3. En general las mujeres tienen más posibilidades que los hombres de ser diagnosticadas de discapacidad intelectual leve.
  4. En general, la discapacidad intelectual es progresiva, salvo en los casos en que va asociada a síndromes como el síndrome de Rett o el síndrome de San Filippo en que encontramos patrones muy estables.
37. **En relación al tratamiento de la enuresis infantil:**
1. La eficacia del entrenamiento en retención voluntaria de orina es limitada. Aproximadamente solo el 20% de los niños tratados con este método consigue superar su problema de enuresis.
  2. La incorporación de la alarma en el entrenamiento en cama seca tiene como objetivo despertar al niño para que se produzca la asociación entre la distensión del esfínter y el despertar (condicionamiento clásico).
  3. El entrenamiento en cama seca incluye alarma urinaria, entrenamiento en despertar e ingestión de líquidos, pero no incorpora entrenamiento en retención.
  4. La aplicación de la fase de supervisión posentrenamiento correspondiente al entrenamiento en cama seca debe prolongarse hasta lograr como criterio de éxito 7 noches consecutivas sin incontinencia. En el entrenamiento en cama seca, se reduce la ingesta de líquidos durante la tarde-noche.
38. **¿Para qué problema infantil está indicado el programa de tratamiento *Coping Cat*?:**
1. Depresión.
  2. Ansiedad.
  3. Trastorno obsesivo-compulsivo.
  4. Hiperactividad.

39. **¿Qué afirmación es correcta respecto del circuito neuronal propuesto para explicar el miedo aprendido?:**
1. La respuesta autónoma surge de los núcleos basolaterales de la amígdala.
  2. La sustancia gris periacueductal del tronco encefálico es responsable de la reacción conductual.
  3. La experiencia emocional se procesa y surge del hipotálamo.
  4. Las lesiones en la amígdala no consiguen eliminar las respuestas viscerales aprendidas.
40. **El tratamiento de elección para el tratamiento de los tics es:**
1. La práctica masiva.
  2. El entrenamiento en reversión del hábito.
  3. El control de estímulos.
  4. La práctica reforzada.
41. **¿Cómo se consigue el desvanecimiento de una economía de fichas?:**
1. Eliminando el reforzamiento social que acompaña a la entrega de las fichas.
  2. Aumentando el número de fichas que se dan por cada conducta.
  3. Reduciendo el número de fichas necesarias para ganar reforzadores.
  4. Aumentando el tiempo entre la entrega de fichas y la posibilidad de cambiarlas por reforzadores.
42. **La utilización del castigo como herramienta habitual de algunos padres para reducir las conductas molestas de los niños (gritos, pataletas, etc.) tiende a perpetuarse, entre otras razones, por un mecanismo de:**
1. Sobrecorrección.
  2. Reforzamiento positivo de la conducta de los padres al acabar a corto plazo con la conducta molesta del niño.
  3. Reforzamiento negativo de la conducta de los padres al acabar a corto plazo con la conducta molesta del niño.
  4. Extinción.
43. **Respecto del trastorno de comunicación social, señale la opción correcta:**
1. Es una especificación dentro de los trastornos del espectro autista en el sistema de clasificación diagnóstica CIE 10.
  2. Se asocia a un déficit en la pragmática del lenguaje.
  3. El diagnóstico solo puede hacerse a partir de los 12 años de edad.
  4. La sintomatología fundamental se refiere a una inhibición en la expresión oral de carácter ansioso en contextos sociales.
44. **Con qué autor se asocia la denominada “triada autista” y la idea de un continuo o “espectro autista”:**
1. Michael Rutter.
  2. Leo Kanner.
  3. Lorna Wing.
  4. Uta Frith.
45. **¿Cuál es la secuencia evolutiva habitual de la adquisición del control de esfínteres?:**
1. La continencia fecal diurna, la continencia fecal nocturna, la continencia urinaria nocturna y, por último, la continencia urinaria diurna.
  2. La continencia fecal nocturna, la continencia fecal diurna, la continencia urinaria diurna y, por último, la continencia urinaria nocturna.
  3. La continencia fecal nocturna, la continencia fecal diurna, la continencia urinaria nocturna y, por último, la continencia urinaria diurna.
  4. La continencia fecal diurna, la continencia fecal nocturna, la continencia urinaria diurna y, por último, la continencia urinaria nocturna.
46. **¿Qué características temperamentales entendidas como “emotividad negativa”, están más asociadas a la depresión?:**
1. Actividad baja, huida baja, emotividad baja, ritmicidad baja e inhibición alta.
  2. Actividad baja, huida alta, emotividad alta, ritmicidad baja e inhibición alta.
  3. Actividad baja, huida baja, emotividad alta, ritmicidad alta e inhibición alta.
  4. Actividad baja, huida alta, emotividad baja, ritmicidad alta e inhibición alta.
47. **Señale la afirmación correcta sobre la esquizofrenia en la etapa infanto-juvenil:**
1. Los delirios de los niños en edad escolar suelen ser simples y sistematizados.
  2. El grado de persistencia de las alucinaciones se asocia a un menor riesgo de presentar ideación delirante a los dos años siguientes.
  3. Las alucinaciones auditivas son infrecuentes.
  4. Si los síntomas aparecen antes de los 12-13 años el inicio de los síntomas suele ser insidioso.
48. **¿Qué término se utiliza para describir la pseudopercepción que aparece en los estados de semi-conciencia entre el sueño y la vigilia?:**
1. Imágenes hipnagógicas e hipnopómpicas.
  2. Imágenes alucinógenas.
  3. Imágenes parasitarias.
  4. Imágenes somnolientas.

49. **¿Cuál de los siguientes NO es un síntoma asociado al trastorno de ansiedad generalizada:**
1. Dolores de cabeza frecuentes.
  2. Sueño insatisfactorio.
  3. Falta de concentración.
  4. Facilidad para fatigarse.
50. **¿Qué fenómeno experimenta una persona que, muy concentrada en sus pensamientos, presenta un bajo nivel de atención para todos aquellos estímulos que no están relacionados con dichos pensamientos?:**
1. Aproxexia.
  2. Distracción.
  3. Ausencia mental.
  4. Laguna temporal.
51. **En la detección precoz, la evaluación y el diagnóstico de los trastornos neurocognitivos:**
1. Los cambios en la memoria episódica son uno de los primeros marcadores en volverse anormales en la etapa preclínica de la demencia tipo Alzheimer
  2. En la actualidad, según los criterios establecidos en el DMS-5 y en el *National Institute on Aging and the Alzheimer's Association* (NIA-AA), la exploración de los marcadores bioquímicos es fundamental para permitir el diagnóstico del trastorno neurocognitivo mayor y del trastorno neurocognitivo menor.
  3. La versión española de la Escala de Demencia de Mattis (DRS-2) no ha demostrado ser un instrumento óptimo para la detección en el ámbito clínico del deterioro cognitivo leve (DCL) y se prefiere el uso del Mini-Mental del Folstein por su mayor sensibilidad en persona con DCL.
  4. La evaluación funcional de las actividades de la vida diaria básicas, instrumentales y avanzadas permite realizar el diagnóstico diferencial entre el trastorno depresivo con deterioro cognitivo y la demencia.
52. **En relación con la demencia tipo Alzheimer (DTA) es correcto afirmar que:**
1. Las personas con DTA temprana suelen presentar amnesia anterógrada y a medida que avanzan las lesiones en el neocórtex manifiestan dificultades asociadas a la amnesia retrógrada.
  2. La DTA es el prototipo de demencia subcortical.
  3. A diferencia de la DTA cuyo déficit más significativo está asociado con las funciones ejecutivas, la demencia vascular suele presentar mayor afectación de la memoria episódica.
  4. Aproximadamente  $\frac{1}{4}$  de los casos tienen un origen determinado por algún gen (PSEN1).
53. **Dentro de las demencias de tipo neurodegenerativo, sobre la demencia frontotemporal (DFT) ¿Cuál de estas afirmaciones es correcta?:**
1. La DFT suele aparecer de manera tardía a partir de los 75 años de edad.
  2. Para el diagnóstico de la DFT debe descartarse la presencia de sustancias anormales como orillos neurofibrilares, cuerpos de Pick o proteína Tau.
  3. La DFT engloba a un grupo de demencias muy poco frecuente y homogéneo con etiología conocida en aproximadamente un 75% de los casos.
  4. A nivel clínico, la DFT puede manifestarse a través de cambios en el comportamiento y la afectación del lenguaje pudiendo distinguirse una variante conductual y tres síndromes o variantes de afasia primaria progresiva.
54. **En referencia a los trastornos neurocognitivos, marque la afirmación INCORRECTA:**
1. A nivel neuropsicológico, la demencia en la enfermedad de Parkinson es de tipo subcortical, con predominio de la disfunción ejecutiva y atencional, y con un deterioro menor del lenguaje que suele estar bastante preservado.
  2. En la demencia por cuerpos de Lewy (DCLwy), los trastornos del movimiento suelen ir vinculados en el tiempo al deterioro intelectual, mientras que en la demencia debida a la enfermedad de Parkinson se produce un deterioro intelectual que se hace patente años más tarde tras el inicio de los síntomas motores.
  3. La enfermedad de Huntington presenta un carácter hereditario con afectación de los ganglios basales, y suele desarrollarse entre los 30-40 años de edad.
  4. En la parálisis supranuclear progresiva, una de las señales típicas es la incapacidad de mover los pies correctamente.
55. **Respecto de la intervención en las demencias, señale la respuesta INCORRECTA:**
1. La intervención farmacológica en las fases más avanzadas de la enfermedad se centra en la administración de fármacos antagonistas del glutamato (memantina).
  2. El uso de antipsicóticos en pacientes con demencia es más frecuente de lo deseado ya que los beneficios encontrados son modestos y los efectos adversos muy notables.
  3. El uso de fármacos antipsicóticos está especialmente indicado en pacientes con demencia por cuerpos de Lewy (DCLwy).
  4. Las terapias basadas en estimulación cognitiva grupal y los programas multicomponentes han mostrado que mejoran la función cognitiva, la interacción social y la calidad de vida.



56. **En lo relativo al tratamiento de los trastornos neurocognitivos, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?:**
1. Las intervenciones multicomponente dirigidas a cuidadores han mostrado una evidencia de alta calidad que avala su uso.
  2. Las intervenciones familiares y a cuidadores se introducen en fases avanzadas de la enfermedad ya que es cuando la persona afectada ya no puede implicarse tan activamente en el proceso terapéutico.
  3. El uso de terapias de estimulación sensorial como *Snoezelen* han mostrado beneficios bien contrastados.
  4. Las terapias psicológicas centradas en lo cognitivo (estimulación, entrenamiento y rehabilitación) son de interés terapéutico ya que han demostrado una alta capacidad de generalización a otras actividades de la vida diaria.
57. **El diagnóstico de síndrome de la apnea/hipopnea obstructiva del sueño (SAHOS) se realiza a partir de:**
1. Polisomnografía nocturna.
  2. Test de latencias múltiples de sueño.
  3. Termometría central y periférica.
  4. Actigrafía del ritmo sueño-vigilia.
58. **El trastorno de la conducta del sueño REM en su típica forma crónica, afecta preferentemente a:**
1. Niños entre 2 y 6 años.
  2. Adolescentes entre 12 y 18 años.
  3. Personas entre 30 y 40 años.
  4. Personas de más de 50-60 años.
59. **En el síndrome de avance de fase, el tratamiento de fototerapia:**
1. Es eficaz si se realiza al amanecer.
  2. Es eficaz si se realiza justo después de la comida del medio día.
  3. Es eficaz si se realiza al atardecer.
  4. No es un tratamiento indicado.
60. **Dentro del modelo dimensional de los trastornos de la personalidad (DMS-5), los rasgos patológicos se organizan en cinco grandes ámbitos. Señale la respuesta correcta:**
1. Antagonismo, intimidación, afecto negativo, psicoticismo y desapego.
  2. Antagonismo, inhibición, neuroticismo, psicoticismo y desapego.
  3. Autodirección, desinhibición, afecto negativo, psicoticismo y desapego.
  4. Antagonismo, desinhibición, afecto negativo, psicoticismo y desapego.
61. **El trastorno de la personalidad de dependencia (DMS-5) presenta un especial solapamiento con tres trastornos del mismo eje, entre los cuales se encuentra el siguiente:**
1. Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.
  2. Trastorno esquizoide de la personalidad.
  3. Trastorno histriónico de la personalidad.
  4. Trastorno esquizotípico de la personalidad.
62. **El modelo dimensional de los trastornos de la personalidad propuesto por el DMS-5 (Sección III), EXCLUYE, entre otros:**
1. Al trastorno de la personalidad por evitación.
  2. Al trastorno límite de la personalidad.
  3. Al trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.
  4. Al trastorno esquizoide de la personalidad.
63. **El temblor distal de las manos es un síntoma característico del síndrome de abstinencia de:**
1. El alcohol.
  2. Los antiepilépticos.
  3. La cocaína.
  4. Los inhalantes.
64. **Cuando hay un consumo alto de cafeína, como de un gramo al día, pueden aparecer:**
1. Crisis de gran mal y fallo respiratorio.
  2. Espasmos musculares, divagación del pensamiento y del habla, taquicardia o arritmia cardíaca, periodos de infatigabilidad y agitación psicomotora.
  3. Contracciones musculares incontrolables, calambres, escalofríos alternando con sudoración, aumento de la tasa cardíaca y de la presión sanguínea y perturbaciones del sueño.
  4. Temblor de las manos, insomnio, náuseas o vómitos, alucinaciones e ilusiones transitorias, agitación psicomotora y ansiedad.
65. **Una artista o científica tiene una idea que experimenta como propia y original pero que, en realidad, la había leído anteriormente en un libro. ¿Cómo se denomina este fenómeno?:**
1. Criptomnesia.
  2. Paramnesia reduplicativa.
  3. Experiencia de fugacidad.
  4. Ecmnesia.
66. **¿A cuál de los siguientes tipos de engaños perceptivos pertenecen las imágenes eidéticas?:**
1. Imágenes consecutivas.
  2. Postimágenes.
  3. Imágenes alucinoides.
  4. Imágenes mnésicas.

67. **¿Cómo se denomina la incapacidad para reconocer rostros familiares?:**
1. Astereognosia.
  2. Anosognosia.
  3. Topoagnosia.
  4. Prosopagnosia.
68. **¿A qué experiencia se refiere el término pareidolia?:**
1. A una experiencia anómala infrecuente que a veces aparece en estados orgánicos y en la esquizofrenia.
  2. A una experiencia en la que el paciente es incapaz de establecer los vínculos que suelen existir entre dos o más percepciones de diferentes modalidades sensoriales.
  3. A una experiencia en la que el individuo proporciona organización y significado a un estímulo ambiguo o desestructurado.
  4. A una experiencia ilusoria en la que la persona identifica erróneamente un estímulo ambiguo.
69. **¿Qué afirmación es cierta respecto a los síntomas negativos en el espectro de la esquizofrenia?:**
1. Los síntomas negativos tienen una mayor tasa de fiabilidad interjueces y precisión diagnóstica, que los síntomas positivos.
  2. Los síntomas negativos secundarios serían intrínsecos a la esquizofrenia, mientras que los síntomas negativos primarios serían debidos a otras causas.
  3. La presencia de síntomas negativos primarios y estables durante, al menos, seis meses, recibe el nombre de síndrome deficitario.
  4. La anhedonia rasgo parece ser un factor de riesgo o vulnerabilidad para la psicosis.
70. **Desde el punto de vista bioquímico, las depresiones se clasifican en:**
1. Adrenérgicas, serotoninérgicas, dopaminérgicas y de naturaleza no biológica.
  2. Noradrenérgicas, serotoninérgicas, dopaminérgicas y de naturaleza no biológica.
  3. Adrenérgicas, serotoninérgicas, dopaminérgicas y de naturaleza no biológica.
  4. Adrenérgicas, noradrenérgicas, serotoninérgicas, dopaminérgicas y de naturaleza no biológica.
71. **Según la conceptualización de Bowlby ¿qué caracteriza la depresión introyectiva?:**
1. La excesiva dependencia de los demás.
  2. El excesivo nivel de autocrítica y los elevados objetivos de logro.
  3. La excesiva sensibilización ante la pérdida.
  4. La ira interiorizada.
72. **¿Cuál de los siguientes modelos sobre el trastorno de pánico incorpora tanto la interpretación catastrófica de las sensaciones físicas como la percepción de autoeficacia sobre el pánico?:**
1. El modelo integral de Barlow (1988).
  2. El modelo integrador de Barlow (2003).
  3. El modelo cognitivo integrado de Casey, Oei y Newcombe (2004)
  4. El modelo integrativo cognitivo de Rush, Shaw y Emery (2006).
73. **¿Qué diagnóstico es apropiado para un individuo que se preocupa por defectos que percibe en la apariencia de otra persona?:**
1. Trastorno obsesivo-compulsivo.
  2. Trastorno delirante.
  3. Trastorno dismórfico corporal por poderes.
  4. Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.
74. **¿A qué tipo de trastorno pertenece, más propiamente, la conducta recurrente de arrancarse el bello púbico o perirrectal con intentos repetidos de dejar de hacerlo?:**
1. Trastorno de arrancarse el pelo.
  2. Trastorno obsesivo-compulsivo.
  3. Parafilia no especificada.
  4. Trastorno delirante.
75. **¿Qué alteración del pensamiento se produce cuando la persona interrumpe su discurso antes de que su idea se haya completado, y puede no recordar lo que estaba diciendo? :**
1. Descarrilamiento.
  2. Bloqueo.
  3. Latencia del habla incrementada.
  4. Parálisis del pensamiento.
76. **En los últimos años han aparecido opiáceos nuevos, como la oxicodona y los fentanilos. Al respecto, cabe afirmar lo siguiente:**
1. La oxicodona produce una menor dependencia que los fentanilos.
  2. Los fentanilos son derivados de la tebaína.
  3. Los fentanilos son de 50 a 100 veces más potentes que la morfina.
  4. Los síntomas digestivos muy frecuentes de la oxicodona son la disfagia, la gastritis y la ulceración de la boca.

77. Señale cuál de las siguientes opciones NO se corresponde con cambios que el DMS-5 ha introducido con relación a las disfunciones sexuales:
1. Desaparece el trastorno de aversión al sexo como categoría independiente y dicho problema deja de ser objeto de diagnóstico.
  2. El deseo sexual hipoactivo deja de ser común para hombres y mujeres y se refiere solo a los hombres.
  3. La anterior “dispareunia” y el “vaginismo” se funden en la etiqueta de “trastorno de dolor génito-pélvico/penetración”.
  4. Desaparece la categoría de “trastorno sexual debido a una enfermedad médica”.
78. Una de las teorías orgánicas clásicas (H. Jackson) del fenómeno alucinatorio sostiene que éste deriva de:
1. Liberación de la actividad nerviosa en zonas corticales sensoriales primarias, por una pérdida de la inhibición de las zonas corticales o subcorticales de asociación dañadas por diversos procesos patológicos.
  2. Un número creciente de neuronas corticales, la abundancia de placas seniles, la degeneración neurofibrilar, y la acumulación creciente de lipofuscina.
  3. Una actividad noradrenérgica incrementada, debido posiblemente a la existencia de hiperactividad del *locus coeruleus*, principal origen de neuronas noradrenérgicas del sistema nervioso central.
  4. Una excesiva producción de dopamina por parte de las neuronas que la transmiten, un déficit de la cantidad de dopamina en la unión sináptica, y una hiperactividad funcional de las neuronas receptoras.
79. Con respecto al curso de la anorexia nerviosa (AN), indique la respuesta correcta:
1. Existe un mayor riesgo de presentar trastornos depresivos y bipolares entre los familiares de primer grado de las personas con AN.
  2. Las personas con AN presentan un curso fluctuante o crónico, pero no se recuperan totalmente tras un único episodio.
  3. La tasa bruta de mortalidad (TBM) de la AN es de aproximadamente un 10% por década.
  4. Las anomalías cerebrales (detectadas con imágenes funcionales) responden claramente a alteraciones asociadas a la desnutrición pero no son anomalías primarias asociadas al trastorno.
80. ¿Cuál de las siguientes es una característica de los pensamientos automáticos negativos?:
1. No guardan relación con la búsqueda de soluciones acerca de los problemas.
  2. Son vagos y poco claros, no concretos ni específicos.
  3. La persona los reconoce como absurdos.
  4. La persona lucha contra ellos porque le genera ansiedad.
81. Respecto de la dimensión desorganizada o cognitiva en el espectro de la esquizofrenia, cabe afirmar lo siguiente:
1. Dentro de las alteraciones del habla/pensamiento desorganizado, aquellas que son de carácter sintáctico y semántico tienden a ser las más duraderas.
  2. Las alteraciones del habla/pensamiento de tipo positivo se parecían claramente en los trastornos de inicio tardío.
  3. En el ámbito de la neurocognición, en las personas con esquizofrenia, predominan síntomas como la afectación de la memoria verbal y la velocidad de procesamiento.
  4. En el caso de los déficits en cognición social, la evidencia muestra que las principales relaciones son con la anhedonia y se observan en el inicio pero se van disipando durante el curso de la esquizofrenia hasta desaparecer en la remisión.
82. Respecto de la disforia genital cabe afirmar lo siguiente:
1. Su persistencia (desde la infancia a la adolescencia o a la adultez) en hombres es del 12% al 50%.
  2. La persistencia presenta una correlación muy alta con la gravedad con que se evaluó en la infancia.
  3. En adolescentes y adultos nacidos mujeres el inicio tardío es mucho más frecuente que en los nacidos hombres.
  4. En adolescentes y adultos nacidos hombres, la disforia de inicio temprano puede tener un periodo en que cesa de modo que los individuos se identifican como gays u homosexuales.
83. En el trastorno bipolar:
1. La probabilidad de suicidio es menor que en los trastornos depresivos.
  2. Se da una mayor probabilidad de sufrir síntomas atípicos que en las depresiones unipolares.
  3. El número de mujeres afectadas es mayor que el número de hombres, mientras que en los trastornos depresivos la diferencia entre sexos es menor.
  4. Se dan tasas de cronicidad menores que en los trastornos depresivos.
84. Respecto de las diferencias clínicas en la esquizofrenia, en función del sexo, cabe afirmar lo siguiente:
1. En los hombres se aprecian más ideas delirantes de grandiosidad, y en las mujeres más alucinaciones y comportamiento extraño.
  2. Los hombres inician el proceso psicótico más tarde que las mujeres.
  3. Entre las mujeres se observan síntomas generalmente más graves de la dimensión negativa.
  4. La mortalidad se asocia más a las mujeres.

- 85. Respecto del trastorno psicótico breve o agudo y transitorio cabe afirmar lo siguiente:**
1. Suele cursar con síntomas negativos pero NO con catatonía.
  2. Se estima una edad media de inicio a los 20 años.
  3. Se estima que representan el 9% de los primeros episodios de psicosis, con mayor incidencia en mujeres.
  4. El diagnóstico requiere la remisión completa de los síntomas antes de transcurridos dos meses.
- 86. ¿Cuál de las siguientes opciones NO hace referencia a una afección orgánica conocida por presentar ansiedad como manifestación sintomática?:**
1. Cromofeocitoma.
  2. Porfiria.
  3. Deficiencia de vitamina B12.
  4. Enfermedad de Wilson.
- 87. De acuerdo con el modelo metacognitivo de Wells (1999) sobre el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), ¿cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA? :**
1. Las preocupaciones tipo 1 hacen referencia a las situaciones externas o internas de naturaleza cognitiva.
  2. Las personas con TAG mantienen creencias negativas sobre las consecuencias de la preocupación.
  3. Las personas con TAG intentan evitar los desencadenantes de la preocupación para prevenir las consecuencias.
  4. Las personas con TAG mantienen una ambivalencia entre controlar las preocupaciones y la necesidad de preocuparse.
- 88. Según Jaspers, los delirios primarios (a diferencia de los delirios secundarios) se caracterizan por lo siguiente:**
1. Ocurren en respuesta a otro fenómeno anómalo (afecto, percepción, etc.)
  2. Son ideas autónomas, sin causa externa aparente.
  3. Son comprensibles a partir de la historia clínica y un examen del estado mental.
  4. Son el primer síntoma que aparece en la evolución del trastorno.
- 89. ¿Qué alteración experimenta un paciente que presenta una indiferencia y falta de reacción al ambiente que le rodea, e incluso puede permanecer inmóvil, y requiere de estímulos muy potentes para salir de ese estado? :**
1. Obnubilación.
  2. Somnolencia.
  3. Sopor.
  4. Estupor.
- 90. Algunas características clínicas de la anorexia nerviosa se asemejan o solapan con criterios para diferentes trastornos (DSM-5). Indique cuál de las siguientes opciones es la más acertada con respecto a la afirmación anterior:**
1. Trastorno distímico, fobia social y trastorno de ansiedad generalizada.
  2. Trastorno de pánico y agorafobia, trastorno adaptativo y trastorno obsesivo compulsivo.
  3. Trastorno de despersonalización, trastorno mixto de ansiedad y depresión, y fobia social.
  4. Fobia social, trastorno obsesivo compulsivo y trastorno dismórfico corporal.
- 91. El sonambulismo es una parasomnia que sucede preferentemente en la fase de:**
1. Adormecimiento (fase 1 de sueño).
  2. Segundo tercio de la noche.
  3. Sueño REM.
  4. Sueño lento profundo (fases 3 y 4 de sueño).
- 92. Respecto del desarrollo y curso de la narcolepsia señale la opción INCORRECTA:**
1. El comienzo abrupto en niños prepuberales puede asociarse con la obesidad.
  2. El curso suele ser persistente y dura toda la vida.
  3. En el 90% de los casos el primer síntoma que se manifiesta es la somnolencia.
  4. En los niños, la parálisis del sueño se desarrolla normalmente tras la pubertad.
- 93. Según el DMS-5 la preferencia por el travestismo es una característica de la disforia de género:**
1. En chicos (género asignado).
  2. En adolescentes.
  3. En adultos.
  4. A cualquier edad.
- 94. Respecto del insomnio cabe afirmar lo siguiente:**
1. En la mayoría de los casos suele tener un inicio agudo.
  2. El instrumento más utilizado para la evaluación es el registro polisomnográfico.
  3. El tratamiento tiene, como uno de sus objetivos fundamentales lograr una eficiencia de sueño entre el 50-60%.
  4. Técnicas como la intención paradójica o el biofeedback presentan altos niveles de eficacia, al igual que la relajación o el control de estímulos.

95. **Con relación a las conductas compensatorias de tipo purgativo en la bulimia nerviosa, cabe afirmar lo siguiente:**
1. Ingerir jarabe de ipecacuana es una de los procedimientos más utilizados para provocarse el vómito.
  2. Tras los vómitos aumenta el miedo a ganar peso.
  3. En algunos casos el vómito se convierte en un objetivo, y el paciente realiza atracones con el fin de vomitar o vomita tras ingerir pequeñas cantidades de comida.
  4. Actualmente el vómito no es la conducta compensatoria purgativa más frecuente.
96. **Steinberg y Schnall (2000) han descrito cinco ámbitos (reagrupables en 3 áreas) presentes en la disociación. Señale cuál de los siguientes síntomas NO pertenecería a ninguna de dichas áreas:**
1. Memorias intrusivas.
  2. Sensación de extrañeza respecto a los propios procesos mentales.
  3. Sugestionabilidad.
  4. Lagunas de memoria.
97. **La Escala de Experiencias Disociativas (DES) es la más utilizada para medir la disociación. Dentro de esta escala algunos ítems son más indicativos de disociación patológica. ¿Cuál NO es uno de ellos?:**
1. Alucinaciones visuales, de las que la persona puede hacer cierta crítica.
  2. No reconocer a amigos o miembros de la propia familia.
  3. Que la persona sienta que su cuerpo no le pertenece.
  4. Oír voces en la cabeza que comentan los actos del sujeto.
98. **Con respecto a la amnesia disociativa señale la opción correcta:**
1. La amnesia localizada que se produce tras un trauma es un fenómeno poco común.
  2. La amnesia selectiva se caracteriza porque es variable en función de la persona con la que está hablando el sujeto.
  3. La amnesia generalizada es una pérdida transitoria de memoria sobre el pasado de la persona.
  4. La amnesia periódica es la pérdida global de recuerdos a partir de un momento específico y de modo sistemático.
99. **En general, se considera que la heredabilidad de las dimensiones de personalidad de los Big Five:**
1. Es menor del 30%.
  2. Es del 30%.
  3. Es superior al 60%.
  4. Oscila entre el 40% y el 60%.
100. **En el contexto de un estudio sobre la satisfacción con la vida en las distintas comunidades autónomas, y sabiendo que la media española es de 50, y que la desviación típica es 10, ¿en qué comunidad autónoma están más satisfechos con la vida sus habitantes si obtenemos las siguientes puntuaciones?:**  
Castilla y León: puntuación directa = 43; Madrid:  $z = 0,8$ ; Comunidad Valenciana:  $T = 55$ ; Andalucía = -1DT.
1. Castilla y León.
  2. Comunidad Valenciana.
  3. Andalucía.
  4. Madrid.
101. **¿Qué mecanismo supone inhibir una conducta previamente castigada?:**
1. La evitación pasiva.
  2. La evitación activa.
  3. El conflicto.
  4. La impulsividad.
102. **¿Con qué dimensiones de personalidad del Modelo de los cinco grandes factores de personalidad correlaciona en mayor grado el psicoticismo (P) del modelo de personalidad H.J. Eysenck?:**
1. Extraversión y cordialidad.
  2. Cordialidad y responsabilidad.
  3. Responsabilidad y neuroticismo.
  4. Neuroticismo y apertura.
103. **Además del factor g ¿qué capacidad intelectual evaluaría principalmente el Test de Matrices Progresivas de Raven?**
1. Inteligencia cuantitativa.
  2. Inteligencia visuoespacial.
  3. Inteligencia cristalizada.
  4. Inteligencia fluida.
104. **En el Modelo de los cinco grandes factores de personalidad, de McCrae y Costa, ¿de qué dimensión es la masculinidad-feminidad una faceta?:**
1. Neuroticismo.
  2. Extraversión.
  3. Cordialidad.
  4. No se contempla en el modelo.
105. **En relación a las causas de las diferencias individuales, ¿qué es la heredabilidad estricta?:**
1. La proporción de varianza fenotípica explicada por la varianza genotípica.
  2. La proporción de variancia genotípica explicada por la varianza fenotípica.
  3. La proporción de varianza fenotípica aditiva explicada por la varianza genotípica.
  4. La proporción de variancia fenotípica explicada por la varianza genotípica aditiva.

- 106. En el modelo CHC de la inteligencia propuesto por Cattell-Horn-Carroll se observa lo siguiente:**
1. En el estrato I, más básico, se sitúa el factor “g”.
  2. En el estrato II se sitúan los factores específicos correspondientes a cada una de las aptitudes intelectuales de segundo orden.
  3. El estrato III puede medirse con escalas como las Escalas de Desarrollo Merrill-Palmer (MP-R) y las Escalas de Aptitudes Intelectuales (BAS-II), entre otras.
  4. En el estrato IV se ubica la inteligencia cristalizada (Gc) y la fluida (Gf).
- 107. El factor g:**
1. Es un artefacto estadístico en los modelos no jerárquicos.
  2. Explica muy poca varianza de las diferencias individuales en inteligencia.
  3. Lo propuso Pearson en 1905 mediante la técnica del análisis factorial confirmatorio.
  4. Da cuenta de aproximadamente el 50% de las diferencias individuales en inteligencia.
- 108. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es aplicable a la Clasificación Q?:**
1. Las alternativas de puntuación son de elección forzosa.
  2. Las condiciones de aplicación dependen de los objetivos del evaluado.
  3. El tratamiento estadístico de los datos debe ajustarse a un diseño intersujeto.
  4. El material de evaluación está previamente establecido.
- 109. Entre las técnicas de entrevista verbales directivas se encuentran las repuestas de acción. ¿Qué técnica implica presentarle al cliente una hipótesis sobre las relaciones o significados de sus conductas?:**
1. Sondeo.
  2. Interpretación.
  3. Confrontación.
  4. Prueba.
- 110. La observación en situación artificial se caracteriza por lo siguiente:**
1. Los resultados tienden a presentar menos validez interna que en la observación en situación natural.
  2. Tiene mayor uso en la práctica que en la investigación.
  3. Posee gran sensibilidad como variable dependiente en la valoración de un tratamiento.
  4. Los resultados son igual de generalizables que en la observación en situación natural.
- 111. Según la edad de aplicación, ¿qué test de personalidad se podría aplicar a un chico/chica de 12 años?:**
1. MSCI. Inventario Clínico para Adolescentes de Millon.
  2. PAI-A. Inventario de Evaluación de la Personalidad para Adolescentes.
  3. MMPI-A. Inventario Multifásico de Personalidad Minnesota para Adolescentes.
  4. MCMI IV-A. Inventario Clínico Multiaxial de Millon para Adolescentes.
- 112. Entre los siguientes test de evaluación de la inteligencia ¿qué prueba incluye el “índice de memoria”?:**
1. Batería de Aptitudes de TEA (BAT-7).
  2. Escala de Aptitudes Intelectuales (BAS-II).
  3. Matrices. Test de Inteligencia General.
  4. Escala de Inteligencia de Reynolds (RIAS).
- 113. ¿Qué factor NO se incluye en el modelo de personalidad HEXACO de Ashton y Lee?:**
1. Emocionalidad.
  2. Extraversión.
  3. Responsabilidad.
  4. Escrupulosidad.
- 114. En cuanto al análisis de la rejilla de Kelly, ¿cómo se denomina a la forma de identificar conflictos cognitivos en base a la correlación positiva entre un constructo congruente y un constructo discrepante?:**
1. Diferencias cognitivas.
  2. Dilemas implicativos.
  3. Polarización.
  4. Constructos dilemáticos.
- 115. Durante la entrevista clínica, el terapeuta quiere profundizar en un tema que está abordando para lo que verbaliza al paciente: “Veo que te sientes frustrado por la situación que estás viviendo en tu trabajo”. ¿Qué técnica de entrevista verbal está aplicando el entrevistador?**
1. Paráfrasis.
  2. Clarificación.
  3. Síntesis, recapitulación o resumen.
  4. Reflejo.
- 116. La técnica de evaluación denominada “Nudos sistémicos” es:**
1. Objetiva.
  2. Subjetiva.
  3. Proyectiva.
  4. Neuropsicológica.

- 117. Respecto a la evaluación del funcionamiento intelectual en niños y adolescentes:**
1. La edad de aplicación de la Escala de Inteligencia de Reynolds (RIAS/RIST) es de 6 a 94 años.
  2. La escala WISC-V incluye las pruebas de información y aritmética como test principales.
  3. Los antiguos CI verbal (CIV) y CI manipulativo (CIM) de la escala WPPSI se han sustituido en el WPPSI-IV por Índice de Compresión Verbal (ICV) e Índice de compresión Manipulativo (ICM).
  4. La prueba BAT-7 permite estimar la capacidad general "g", la inteligencia fluida y, también, la cristalizada.
- 118. ¿Cuál es el modelo de inteligencia que conceptualiza las puntuaciones de los tests según Contenidos, Operaciones y Producciones?:**
1. El modelo jerárquico de Vernon.
  2. El modelo de la Teoría Triárquica de Sternberg.
  3. El modelo tridimensional de Guilford.
  4. El modelo de inteligencia de Wechsler.
- 119. ¿Cuál de los siguientes tests se ha diseñado eligiendo sus elementos a través de una estrategia factorial?:**
1. El EPI (Eysenck Personality Inventory) de Eysenck.
  2. El MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) de Hathaway y McKinley.
  3. El PDS (Personal Data Sheet) de Woodworth.
  4. El CPI (California Psychological Inventory) de Gough.
- 120. En las Escalas de Inteligencia de Wechsler para adultos (WAIS-III y WAIS-IV) ¿de qué índice forma parte la prueba "Dígitos"?:**
1. Comprensión verbal.
  2. Velocidad de procesamiento.
  3. Organización perceptiva.
  4. Memoria de trabajo.
- 121. Un procedimiento que se utiliza cuando queremos realizar una evaluación a través de la observación son las escalas de apreciación. Señale cuál de las siguientes es una característica de dichas escalas:**
1. Pretenden observar conductas que se sitúan en unas coordenadas espacio-temporales determinadas con el objetivo de analizar las relaciones entre conducta y variables ambientales.
  2. Son técnicas para las que no existe estructuración previa que dirija la recogida de datos, ya que el observador se limita a tomar nota de lo que va ocurriendo en la situación de observación.
  3. Son útiles para tener una primera aproximación cuantificada de las conductas problemáticas de un sujeto.
  4. Son procedimientos en los que el observador realiza la observación en un breve período de tiempo y suele ser un observador no participante.
- 122. En los diagramas causales utilizados en análisis funcional (FACCD) de casos clínicos de Haynes, ¿qué simboliza un cuadrado de línea gruesa?:**
1. Modificabilidad alta de las variables causales.
  2. Variable causal unidireccional.
  3. Importancia alta del problema.
  4. Fuerte relación entre variables.
- 123. ¿Qué test es adecuado para evaluar los problemas externalizados e internalizados en niños y adolescentes?:**
1. Q-PAD. Cuestionario para la Evaluación de Problemas en Infancia y Adolescencia.
  2. DABS. Escala de Diagnóstico de Conducta Adaptativa en Niños y Adolescentes.
  3. SENA. Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes.
  4. SPECI. Screening de Problemas y de Conducta Infantil y Adolescente.
- 124. ¿Cuál de los siguientes materiales o consignas se utilizan en las técnicas proyectivas temáticas? (Fernández-Ballesteros, 1980):**
1. Consignas verbales o escritas para dibujar una figura humana u otras figuras.
  2. Material visual de escasa estructuración que el/la evaluado/a debe estructurar diciendo lo que ve o a qué se parece.
  3. Material visual con distintos grados de estructuración, de contenido humano o parahumano para narrar una historia.
  4. Consigna verbal o escrita por la que el sujeto ha de asociar o completar palabras, frases o cuentos.
- 125. ¿Qué técnica utiliza un terapeuta si durante la entrevista de devolución trata de ofrecer al paciente una perspectiva distinta ante una situación o suceso?:**
1. Reorientación.
  2. Información.
  3. Psicoeducación.
  4. Encuadre.
- 126. ¿A qué nos referimos al hablar de los efectos colaterales no anticipados del uso legítimo de un test?:**
1. Validez efectual.
  2. Validez ecológica.
  3. Validez consecucional.
  4. Validez yatrogénica.

127. De las siguientes opciones, una NO hace referencia a un procedimiento de observación sistemática de conductas específicas que tiene por objetivo el análisis de la relación entre la conducta y el ambiente (físico o social). Señale cuál:
1. Formato de campo.
  2. Matriz de interacción.
  3. Mapas de conducta.
  4. Registro holístico de conducta.
128. En la evaluación psicofisiológica, ¿cuál de las siguientes opciones de respuesta comprende los conceptos de habituación, sensibilización, biofeedback y modulación refleja?:
1. Reactividad.
  2. Reflejo de sobresalto.
  3. Plasticidad.
  4. Activación.
129. Señale cuál de las siguientes distorsiones NO se asocia a los formatos de respuesta tipo Likert:
1. Error escalar.
  2. Restricción de rangos.
  3. Severidad.
  4. Asentimiento.
130. Respecto de los Test Adaptativos Informatizados cabe afirmar lo siguiente:
1. La evaluación se inicia con la presentación de un ítem de dificultad inferior a la habilidad del evaluado, si se dispone de información previa sobre dicha habilidad.
  2. La elección del ítem que se va a presentar en cada momento suele depender del cálculo de la habilidad media mostrada en una selección aleatoria de los ítems anteriores.
  3. La finalización de la sesión tiene lugar, en todo caso, a partir de un tiempo previamente fijado y estandarizado en cada test.
  4. La estrategia de selección de ítems más utilizados es la de “ramificación variable”.
131. ¿Cuál de las siguientes pruebas de evaluación NO incluye los denominados “ítems críticos”?:
1. Bayley-III. Escala Bayley de Desarrollo Infantil-III.
  2. BASC 3. Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes.
  3. M-CHAT. Cuestionario de Autismo en la Infancia; Modificado.
  4. PAI. Inventario de Evaluación de la Personalidad.
132. ¿Qué ventaja NO se le atribuye a la entrevista estructurada en la evaluación clínica?:
1. Aumenta la validez de contenido al incluir preguntas relacionadas directamente con los criterios que mide.
  2. Permite obtener diagnósticos de los trastornos psicológicos por entrevistadores con no alta formación clínica.
  3. Incrementa significativamente la concordancia entre entrevistadores.
  4. Muestran una utilidad clínica mayor que la entrevista semiestructurada.
133. El ensayo clínico REFOCUS (Slade et al., 2015):
1. Pone a prueba un modelo de proceso de cambio, para personas con diagnóstico de psicosis, estructurado y secuenciado en ocho niveles, enumerados exhaustivamente en la Escala de Asimilación de Experiencias Problemáticas (APES).
  2. Sugiere que un abordaje clínico siguiendo el modelo CHIME puede facilitar la recuperación en personas con diagnóstico de psicosis.
  3. Sugiere efectos prometedores de *mindfulness* como forma de promoción de una actitud consciente y sin prejuicios hacia las personas con diagnóstico de psicosis.
  4. Compara los efectos de un abordaje clínico siguiendo el modelo CHIME con los de una nueva intervención centrada en el desarrollo y promoción de la metacognición en personas con diagnóstico de psicosis, no encontrando los autores diferencias estadísticamente significativas entre ambos tratamientos.
134. En el modelo de integración táctica propuesto por Catherine G. Fine (1991, 1992, 1993, 1996) para el tratamiento del trastorno de identidad disociativo, el trabajo abreactivo se introduce en:
1. La etapa de afloramiento del afecto.
  2. La etapa de intervenciones cognitivo-conductuales.
  3. La etapa de supresión del afecto.
  4. La etapa de disolución del afecto.
135. El tratamiento denominado Diálogo abierto ha sido desarrollado y utilizado fundamentalmente para el abordaje de personas con diagnóstico de:
1. Psicosis.
  2. Depresión.
  3. Trastornos de ansiedad.
  4. Trastornos de la personalidad.
136. ¿Cuál de los siguientes módulos NO pertenece a la Terapia psicológica integrada (IPT) para el tratamiento de la esquizofrenia?:
1. Resolución de problemas interpersonales.
  2. Rehabilitación metacognitiva.
  3. Diferenciación cognitiva.
  4. Comunicación verbal.



137. **El principio terapéutico que pretende situar al cliente fuera del contenido de sus emociones, pensamientos o recuerdos y en su lugar procura una identidad que los trascienda y que sea el centro desde el cual actuar, se denomina:**
1. Defusión cognitiva.
  2. Yo como contexto.
  3. Conciencia metacognitiva.
  4. Orientación hacia la experiencia.
138. **Hablamos de programa de reforzamiento de intervalo fijo:**
1. Cuando el reforzador se obtiene, si procede, tras un número determinado de conductas emitidas.
  2. Cuando el reforzador se obtiene, si procede, tras un tiempo determinado previamente para realizar la observación de la conducta.
  3. Cuando el reforzador se obtiene, si procede, de forma fija y continua.
  4. Cuando el reforzador se obtiene, si procede, según un intervalo de tiempo medio determinado.
139. **Respecto de la terapia cognitiva del trastorno obsesivo compulsivo ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?:**
1. Pone el énfasis en la reestructuración cognitiva de las ideas obsesivas.
  2. Prescinde de la prevención de respuesta dada la resistencia de los pacientes a realizarla.
  3. La psicoeducación pone el énfasis en diferenciar las valoraciones metacognitivas inadecuadas de las ideas obsesivas.
  4. Se utiliza como terapia de apoyo para mejorar la adherencia a la exposición con prevención de respuesta, dado el alto nivel de abandono.
140. **El procesamiento elaborativo del presente (Borkovec, 2004) es tomado por Clark y Beck (2010) como componente del tratamiento cognitivo de:**
1. La prevención de recaídas en la depresión.
  2. El trastorno de ansiedad generalizada.
  3. El trastorno de estrés postraumático.
  4. El trastorno de pánico.
141. **En la terapia cognitiva para trastornos de ansiedad de Clark y Beck (2010), la intervención cognitiva para el procesamiento posterior al evento (*post mortem*) es especialmente necesaria en:**
1. La agorafobia.
  2. El trastorno de estrés postraumático.
  3. El trastorno obsesivo compulsivo.
  4. El trastorno de ansiedad social.
142. **El procedimiento terapéutico que establece que de manera contingente el cliente debe corregir los efectos que produce su conducta-problema en el entorno y restaurar dicho entorno a una condición mejor de la que existía de darse la conducta problema, se denomina:**
1. Coste de respuesta.
  2. Práctica positiva.
  3. Restitución.
  4. Restauración positiva.
143. **La desequilibración (o desequilibramiento) es una técnica característica de la terapia estructural (Minuchin) y consiste en:**
1. Reformular el problema en términos relacionales y no lineales de modo que desequilibre y reestructure las dinámicas familiares.
  2. Que el terapeuta abandone la neutralidad para dar un apoyo fuerte a un subsistema familiar.
  3. Entrevistar por separado a un subsistema familiar para crear desequilibrios que puedan ser luego abordados conjuntamente.
  4. Posicionarse con el subsistema más fuerte de modo que fortalezca la cohesión del subsistema más débil.
144. **¿Qué técnica de escucha activa (directiva) ayuda a comprender los objetivos del tratamiento y a cambiar el modo en que el entrevistado interpreta la conducta de otra persona, o una situación, para posibilitar que responda de modo diferente?:**
1. Indagación o sondeo.
  2. Encuadre.
  3. Confrontación.
  4. Instrucciones.
145. **Según la Terapia de esquemas de Young, Klosko y Weishaar (2003), cuando se solicita a una persona que lleve a cabo diálogos imaginarios con sus padres u otras personas significativas para identificar sus esquemas y emociones problemáticos, se le está pidiendo que realice una estrategia:**
1. Para romper patrones conductuales.
  2. De tipo cognitivo.
  3. De tipo experiencial.
  4. De tipo metacognitivo.
146. **Entre los principios generales para promover el cambio propuestos por Livesley, Dimaggio y Clarkin (2016), la promoción de la autoobservación, el autoconocimiento y la autorreflexión hace referencia a:**
1. La estructura del tratamiento psicológico.
  2. La consistencia del tratamiento psicológico.
  3. La motivación y monitorización del cambio a lo largo del tratamiento psicológico.
  4. El desarrollo de la metacognición a lo largo del tratamiento psicológico.

- 147. El ejercicio de dirigir los globos oculares al centro de la frente y hacer surgir un color en la imaginación es una tarea que forma parte de la siguiente técnica de tratamiento:**
1. EMDR.
  2. Visualización mindfulness.
  3. Entrenamiento autógeno.
  4. Entrenamiento de visualización guiada.
- 148. La entrevista motivacional de Miller y Rollnick propone predominantemente un estilo terapéutico:**
1. Directivo.
  2. Reflexivo.
  3. De guía.
  4. De acompañamiento.
- 149. En la Terapia de solución de problemas (D'Zurilla y Nezu) se describen tres estilos de solución de problemas; señale cuáles:**
1. Uno positivo: racional; y dos negativos: evitativo e impulsivo-descuidado.
  2. Dos positivos: racional y optimista; y uno negativo: negador.
  3. Uno positivo: realista; y dos negativos: negador y agresivo.
  4. Dos positivos: racional y prudente; y uno negativo: negociador-dependiente.
- 150. La Técnica de la moviola, método de autoobservación que pretende que la persona comprenda la dinámica entre su experiencia inmediata y la explicación de dicha experiencia, fue desarrollado en el marco de:**
1. La Terapia de valoración cognitiva de R. Wessler.
  2. La Terapia cognitiva postracionalista de V. Guidano.
  3. La Terapia de aceptación y compromiso de S. Hayes.
  4. La Terapia focalizada en las emociones de L. Greenberg.
- 151. En el marco de las técnicas de escucha activa, ¿cuál de los siguientes objetivos NO se corresponde específicamente con la técnica de la autorrevelación?:**
1. Hacer que la persona se sienta comprendida.
  2. Compartir información que pueda resultarle útil a la persona.
  3. Modelar nuevas conductas.
  4. Proporcionar retroalimentación sobre un momento concreto de la entrevista.
- 152. La Desensibilización sistemática enriquecida consiste en:**
1. Incrementar los elementos en la jerarquía.
  2. Incrementar los ejercicios de relajación.
  3. Añadir algún tipo de estimulación física.
  4. Incrementar el pase de cada elemento (repetirlo entre 2 y 4 veces).
- 153. Según Bateman y Fonagy (2016), los creadores de la Terapia basada en la mentalización, existen tres modos prementalizadores (modos de pensamiento no mentalizadores) desde los cuales suelen funcionar las personas que sufren un trastorno de la personalidad y que son trabajados activamente en sesión. Señale cuáles:**
1. Pseudometacognición, modo teleológico y modo racional.
  2. Equivalencia psíquica, modo teleológico y modo lógico.
  3. Modo simulado, modo emocional y modo racional.
  4. Equivalencia psíquica, modo teleológico y modo simulado.
- 154. La entrevista diseñada por Otto Kernberg para evaluar específicamente los problemas identitarios y que es utilizada en la fase de evaluación de la Terapia focalizada en la transferencia, se conoce como:**
1. Entrevista transferencial.
  2. Entrevista estructural.
  3. DIB-R.
  4. IPDE.
- 155. Sobre la Terapia dialéctica conductual, cabe afirmar lo siguiente:**
1. Es una terapia diseñada para el tratamiento ambulatorio del trastorno límite de la personalidad y no se aplica en otros encuadres terapéuticos.
  2. El foco principal del tratamiento es el desarrollo de habilidades sociales.
  3. Es un abordaje cognitivo-conductual desarrollado originalmente para tratar pacientes con tendencias suicidas crónicas.
  4. Está contraindicada en pacientes en situación de crisis que presentan graves conductas suicidas y autolesiones.
- 156. La Psicoterapia cognitivo analítica es un tratamiento adaptado para personas con trastorno límite de personalidad. Este tratamiento se basa en el siguiente modelo explicativo de la patología:**
1. Modelo metacognitivo.
  2. Modelo funcional del yo.
  3. Modelo de estados múltiples del *self*.
  4. Modelo integrativo de los trastornos de personalidad.
- 157. En relación con la Terapia metacognitiva de Well (2009), ¿cuál de las siguientes tareas NO se corresponde con las dirigidas específicamente a ayudar a las personas a desarrollar su metaconciencia?:**
1. La tarea del tigre.
  2. La tarea de la rana.
  3. La tarea de la metáfora de los niños recalcitrantes.
  4. La tarea de la libre asociación.

- 158. En el tratamiento psicológico de las ideas delirantes de Chadwick y Lowe (1990), el uso de la comprobación empírica debe aplicarse:**
1. Antes del cuestionamiento verbal.
  2. Después del cuestionamiento verbal.
  3. Simultáneamente al cuestionamiento verbal.
  4. Alternativamente al cuestionamiento verbal.
- 159. En el tratamiento psicológico de personas con diagnóstico de esquizofrenia ¿qué dos componentes se entrenan específicamente en la Terapia neurocognitiva integrada (p. ej., Roder et al., 2010)?:**
1. Habilidades sociales y neurocognición.
  2. Neurocognición y cognición social.
  3. Autocimiento y metacognición.
  4. Percepción social y metacognición.
- 160. En el tratamiento psicológico para la psicosis, la Terapia AVATAR (utilización de avatares) ha sido desarrollada y validada con el objetivo esencial de:**
1. Disminuir la frecuencia y malestar de las alucinaciones verbales auditivas resistentes a la medicación.
  2. Disminuir las experiencias alucinatorias de cualquier modalidad sensorial y las creencias delirantes resistentes a la medicación.
  3. Reducir las ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad, así como las ideas delirantes persistentes de otro tipo.
  4. Mejorar las funciones neurocognitivas y la disfunción social y laboral.
- 161. Según el grado de invasividad de los tratamientos sintomáticos médicos para la disfunción eréctil, éstos se clasifican como de primera línea, de segunda línea y de tercera línea. Según esta clasificación, ¿de qué grado se consideran las inyecciones intracavernosas?:**
1. De primera línea.
  2. De segunda línea.
  3. De tercera línea.
  4. De cuarta línea.
- 162. Señale cuál de las siguientes alternativas no hace referencia a uno de los tratamientos que mejores resultados tiene en el vaginismo:**
1. Desensibilización sistemática in vivo.
  2. Reestructuración de creencias irracionales.
  3. Coito no exigente.
  4. Entrenamiento individual.
- 163. Según la Sociedad Internacional para el Estudio del Trauma y la Disociación (2011), la primera fase de tratamiento de los trastornos disociativos consiste en:**
1. Integrar y rehabilitar la identidad.
  2. Estabilizar, reducir síntomas y entrenar en habilidades (de regulación emocional, etc.).
  3. Modificar los esquemas cognitivos.
  4. Confrontar, trabajar e integrar memorias traumáticas.
- 164. En relación al trastorno de ansiedad por la enfermedad/hipocondría, ¿qué modelo de tratamiento pone especial énfasis en los déficits cognitivo-perceptivos o “estilo somático amplificador”?:**
1. La Terapia cognitivo-educativa de Barsky.
  2. La Terapia cognitivo-conductual de Warwick y Salkovskis.
  3. La Terapia cognitivo-conductual de Bouman
  4. La Terapia de procesamiento cognitivo de Resick y Schnicke.
- 165.Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el tratamiento farmacológico de la bulimia nerviosa (BN) es cierta:**
1. La medicación antidepresiva es utilizada para aliviar síntomas como depresión, ansiedad y obsesiones, siendo éstos su diana terapéutica, no estando descrito su uso específico sobre síntomas bulímicos como la falta de control de impulsos, los atracones o las conductas purgativas.
  2. Los efectos antibulímicos de la medicación antidepresiva dependen directamente de sus efectos previos sobre el estado de ánimo.
  3. La investigación sobre el uso de antidepresivos en BN sugiere que esta medicación tiene mecanismos de acción diferentes para los síntomas depresivos y los síntomas bulímicos.
  4. La presencia de clínica depresiva es el indicador más importante para predecir qué pacientes con BN se pueden beneficiar del tratamiento con medicación antidepresiva.
- 166.Cuál de las siguientes características de la Terapia cognitivo conductual extendida de los trastornos alimentarios (Fairbun) es INCORRECTA:**
1. Es un tratamiento transdiagnóstico fundamentado en las semejanzas presentes en la psicopatología que comparten los trastornos de alimentación.
  2. La primera fase del tratamiento pretende la formulación individualizada del caso.
  3. En la primera fase, la relación terapéutica es no colaborativa dada la falta de conciencia de enfermedad.
  4. La mayor parte de los pacientes reciben 10 sesiones a lo largo de 10 semanas.

- 167. Señale cuál de las siguientes técnicas derivada de los modelos teóricos cognitivo-conductuales del trastorno de ansiedad social (fobia social) (Clark y Wells, 1995; Rapee y Heimberg, 1997; Wells y Clark, 1997) se dirige a la corrección de la imagen distorsionada de la propia ejecución en las situaciones sociales que suelen presentar muchos pacientes que sufren este problema:**
1. Técnica de reestructuración de imágenes.
  2. Técnica de vídeo-feedback.
  3. Técnica de cambio de foco atencional.
  4. Técnica de autocompasión.
- 168. Una de las características distintivas del Programa de tratamiento del control del pánico de Barlow (Barlow y Cerny, 1998; Barlow y Craske, 1989, 2007), frente al Programa de terapia del grupo de Clark (1989) es que:**
1. Se insiste en la exposición a las sensaciones interoceptivas.
  2. Se da un mayor énfasis a la detección y reestructuración de las cogniciones catastróficas.
  3. Se enfatiza el uso de los experimentos comportamentales para mostrar el papel de las cogniciones en los ataques de pánico.
  4. Se insiste en la inclusión de técnicas de relajación profunda.
- 169. Indique cuál de los siguientes módulos de tratamiento NO está incluido en el Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales de Barlow et al. (2011):**
1. Solución de problemas.
  2. Conciencia de la emoción centrada en el presente.
  3. Flexibilidad cognitiva.
  4. Exposición interoceptiva y a las emociones.
- 170. ¿Cuál es el principal efecto del disulfiram o de la cianamida cálcica en el tratamiento del alcoholismo?:**
1. Producir un condicionamiento aversivo en el caso de que la persona consuma alcohol.
  2. Reducir la intoxicación del alcohol en el caso de que se beba excesivamente.
  3. Reducir los síntomas de la abstinencia del alcohol (delirium tremens, etc.) cuando se lleva un tiempo sin beber.
  4. Reducir los efectos del alcohol y ayudar a mantener la bebida controlada.
- 171. ¿Cuál es el objetivo de los tratamientos de la adicción a opiáceos mediante antagonistas, tipo naltrexona?:**
1. Bloquear los efectos subjetivos de la heroína para que se produzca extinción de la conducta de consumo.
  2. Reducir los síntomas del síndrome de abstinencia de los opiáceos.
  3. Reducir el tiempo de desintoxicación de opiáceos en las primeras fases del tratamiento.
  4. Como terapia de mantenimiento, lo que se pretende es la rehabilitación psicosocial. Una vez conseguida dicha rehabilitación se va reduciendo poco a poco el consumo de naltrexona.
- 172. En los trastornos depresivos, respecto a la tristeza como síntoma anímico muy frecuente, aparece el concepto de “sobreproducción emocional” que hace referencia a:**
1. La coexistencia de la tristeza con otras emociones negativas como la ira, la ansiedad, el miedo o la vergüenza, entre otras.
  2. La intensidad de la tristeza, que siempre debe estar presente para establecer el diagnóstico de depresión.
  3. El momento de inicio de la depresión, que se caracteriza por una tristeza marcadamente desproporcionada.
  4. La historia evolutiva del paciente, donde la emoción de la tristeza debe haber estado presente de forma intensa y continuada.
- 173. Respecto del tratamiento farmacológico en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), señale la opción INCORRECTA:**
1. El metilfenidato es un tratamiento recomendado en algunas de las más importantes guías de práctica clínica basadas en la evidencia científica de referencia, como la guía NICE o la Guía de práctica clínica sobre el TDAH en niños y adolescentes del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España (2010).
  2. La OMS no incluye el metilfenidato en la lista de medicamentos esenciales (WHO Model List of Essential Medicines: EML).
  3. La OMS desaconseja el uso del metilfenidato para el tratamiento del TDAH.
  4. En general, la atomoxetina no ha mostrado unos mejores resultados que el metilfenidato en el tratamiento farmacológico del TDAH.
- 174.Cuál de las siguientes estrategias terapéuticas NO está incluida en la Terapia cognitiva de la depresión (Beck y cols.):**
1. Programación de actividades gratificantes.
  2. Inducción de autocompasión.
  3. Acceder a la emoción adaptativa primaria.
  4. Detectar y modificar los “debería”.

- 175. La programación de actividades agradables es una estrategia que ha mostrado ser eficaz en el tratamiento de la depresión. Indique, respecto de esta técnica, cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA:**
1. Es una de las estrategias más importantes en la terapia cognitiva y debe aplicarse en pacientes graves al principio del tratamiento, para poder aplicar después las técnicas cognitivas.
  2. Para el terapeuta cognitivo es un medio para poder conseguir las modificaciones de las cogniciones del paciente.
  3. En el Curso de afrontamiento de la depresión (CAD; Lewinsohn y cols.) se añade a los programas de actividades agradables el entrenamiento en habilidades sociales, pero se considera que la terapia cognitiva es innecesaria.
  4. En terapia cognitiva sirve para poner a prueba la creencia de que los pacientes no pueden hacer nada.
- 176. ¿Cuáles de los siguientes principios activos corresponde a un antidepresivo ISRN (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina y Norepinefrina)?:**
1. Cloracepato.
  2. Paroxetina.
  3. Venlafaxina.
  4. Sertralina.
- 177. En un gráfico de caja (Box-Plot) se considera que un valor es atípico (outlier) cuando está a más de:**
1. 1,5 desviaciones típicas por encima o por debajo de la media.
  2. 1,5 amplitudes intercuartílicas de la parte superior o inferior de la caja.
  3. 1,5 desviaciones típicas de la parte superior o inferior de la caja.
  4. 1,5 amplitudes intercuartílicas por encima o por debajo de la media.
- 178. Es típico de la adolescencia que los chicos y chicas se vean a sí mismos como especiales y diferentes a todos, con experiencias e ideas únicas que los demás no tienen. A este tipo de pensamiento se le denomina:**
1. Fábula personal.
  2. Mito de la invencibilidad.
  3. Audiencia imaginaria.
  4. Fantasía de exclusividad.
- 179. Señale cuál de los siguientes fármacos se ha mostrado más efectivo para el tratamiento de síntomas positivos resistentes a otros antipsicóticos mostrando, además, un potencial efecto antisuicida:**
1. Asenapina.
  2. Flufenazina.
  3. Clozapina.
  4. Clotiapina.
- 180. Respecto de las psicosis, y por lo que se refiere a las dimensiones negativa y afectiva, señale la opción correcta:**
1. Cuanto más graves son los síntomas negativos, menos probable es que se aprecien síntomas depresivos destacados.
  2. El DSM 5 no considera la anhedonia como un síntoma negativo.
  3. No parece existir relación entre un autoconcepto negativo y, en general, afectividad negativa con síntomas positivos, y más en particular con los delirios persecutorios.
  4. No parece existir una importante asociación entre los síntomas depresivos y los desorganizados.
- 181. Señale cuál de las siguientes afirmaciones sobre los trastornos del espectro bipolar es correcta:**
1. Las tasas de prevalencia de los intentos de suicidio a lo largo de la vida parecen ser similares en el trastorno bipolar tipo I y II.
  2. La edad de inicio más frecuente es la primera década de la vida.
  3. Respecto de la comorbilidad de los trastornos del espectro bipolar, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad es más comórbido que los trastornos por abuso de sustancias.
  4. En los pacientes en que predominan los episodios depresivos frente a los maníacos la probabilidad de intentos de suicidio es más alta.
- 182. Respecto a la Terapia cognitiva basada en mindfulness para la depresión (Segal, Williams y Teasdale) señale la respuesta correcta:**
1. Se trata de un programa de tratamiento grupal para episodios depresivos de 8 sesiones que aplica la terapia cognitiva estándar (Beck) a la que añade entrenamiento de mindfulness.
  2. Se trata de un tratamiento de tercera generación basado en mindfulness, en modalidad individual o grupal de 12 sesiones (cada una con un contenido detallado) para tratar episodios depresivos.
  3. Se trata fundamentalmente de un tratamiento grupal de 8 horas semanales (cada una con un contenido detallado) que tiene como objetivo evitar la recaída en personas que han sufrido depresión.
  4. Se trata de una variante de la Terapia de aceptación y compromiso (Hayes y cols.) para el tratamiento de la depresión en la que se pone especial énfasis en las técnicas de defusión cognitiva y entrenamiento en mindfulness.

**183. Dentro de la observación sistemática, ¿qué cabe afirmar respecto del registro sistematizado denominado “listado de rasgos”?:**

1. Se compone de un listado de conductas que pertenecen a distintas dimensiones.
2. Constituye la base para la construcción de instrumentos *ad hoc* de observación.
3. Los catálogos son listas cerradas y exhaustivas.
4. Se utiliza en la etapa de observación pasiva o pre-científica.

**184. ¿Qué afirmación es correcta con respecto a la evaluación psicofisiológica de la esquizofrenia?:**

1. En estudios longitudinales se observa que a mayor presencia sintomatológica, mayor es la amplitud de la onda P-300.
2. La responsividad electrodérmica presenta una mayor asociación con síntomas positivos que con negativos.
3. Los movimientos lentos de seguimiento del ojo muestran una anómala alta frecuencia de movimientos rápidos.
4. La modulación emocional del reflejo de sobresalto es normal cuando se visualizan estímulos de contenido agradable o neutro.

**185. En adictos, la pérdida de control sobre la conducta y el uso compulsivo de drogas de abuso se explicaría, en parte, por neuroadaptaciones que llevan a:**

1. Hipofunción estriatal y reducción de la actividad del eje hipotálamo-hipofisiario-corticoadrenal.
2. Hiperfunción frontal e incremento de la señal glutamatérgica en los circuitos prefrontales.
3. Hipofunción frontal y sensibilización de la actividad del sistema mesocorticolímbico dopaminérgico.
4. Hiperfunción de los núcleos supraquiasmáticos y decremento de la síntesis de melatonina.



