ANTIACADEMIA

PREGUNTAS OFICIALES COMENTADAS

Derrotero

PIR 2014

Convocatoria completa · las preguntas del examen, una a una

Un derrotero es el libro en el que los navegantes describen las rutas ya recorridas: los bajos, las corrientes que engañan y los pasos seguros. Este hace lo mismo con la convocatoria del PIR 2014. Cada pregunta lleva su clave, por qué falla cada distractor, la página del manual donde está la respuesta y el tema del Atlas en que se estudia. Cuando ayuda, añade una tabla, la trampa que se repite y una frase para fijarlo.

JHG

1 PSICOLOGÍA BÁSICA

I6 · Memoria

Respuesta correcta: 1

¿Mediante qué procedimiento experimental podemos evaluar la memoria implícita?:

1 El priming de repetición. ✓

2 La técnica del informe parcial.

3 La técnica del informe total.

4 El método de los ahorros.

5 El recuerdo libre.

El priming de repetición mide la memoria implícita mediante pruebas indirectas

Baddeley, Eysenck y Anderson llaman **pruebas indirectas** a las que miden la influencia de una experiencia previa sin pedir que se recuerde, y las consideran **medidas de memoria implícita**. En el experimento típico se codifica una lista con una tarea que no hace sospechar una prueba de memoria, y después se realiza otra tarea (decisión léxica, identificación perceptiva o compleción de fragmentos) que mezcla palabras vistas y nuevas. La mejora con los estímulos ya vistos, aunque no se sea consciente de la relación con la fase anterior, se conoce como **facilitación por repetición**, el priming de repetición. Las demás opciones son pruebas directas o estudian la memoria sensorial.

1 El manual define la facilitación por repetición como una forma de recuerdo implícito, y la observa en pruebas indirectas.

2 El informe parcial es el procedimiento con el que Sperling estudió la memoria icónica, pidiendo que se recordara solo la fila de letras señalada por un tono. Mide la memoria sensorial.

3 Cuando Sperling pedía recordar todas las letras presentadas, los participantes solo daban cuatro o cinco; Mayas recoge la superioridad del informe parcial sobre el total. Los dos procedimientos estudian la memoria sensorial.

4 El método de los ahorros es el de Ebbinghaus, que trazó su curva del olvido a partir del ahorro durante el reaprendizaje. Belloch (2008) lo incluye entre las medidas de las tareas directas.

5 El recuerdo libre es una prueba directa o explícita, la que más depende del contexto como clave, porque se piden los elementos estudiados en cualquier orden.

Ojo. El método de los ahorros admite las dos lecturas. Belloch, Sandín y Ramos (2008, pág. 172) lo presentan como medida de las tareas directas, pero añaden que la misma tarea puede ser indirecta si, al reaprender, las instrucciones no aluden al aprendizaje previo y el sujeto no se da cuenta de que la lista ya la conocía. La clave sigue siendo la 1, la única que Baddeley define como forma de recuerdo implícito.

Para fijarlo. Informe parcial y total miran unos pocos cientos de milisegundos; ahorros y recuerdo libre piden lo aprendido; el priming mide lo que influye sin que se recuerde.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Baddeley, A., Eysenck, M. W. y Anderson, M. C. (2020). Memoria (2.ª ed.). Alianza. Cap. 8, págs. 249-251; cap. 1, págs. 30 y 33-34. Mayas Arellano, J. (coord.) (2023). La memoria humana. Una aproximación desde la neurociencia cognitiva y el ciclo vital. Sanz y Torres. Cap. 2, pág. 54. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 7, pág. 172.

EN EL ATLAS

Tema I6 · Memoria. Se estudia con Baddeley (Base) y Mayas (Ampliación).

2

PSICOLOGÍA BÁSICA

I6 · Memoria

Respuesta correcta: 1

A la mayor tasa de recuerdo de los primeros ítems de una lista se le denomina:

1. Efecto de primacía. ✓
2. Efecto de recencia.
3. Efecto sufijo.
4. Efecto Von Restorff.
5. Interferencia proactiva.

El mejor recuerdo de los primeros ítems de una lista se llama efecto de primacía

En el recuerdo libre de una lista aparece un **efecto de posición serial**. Baddeley, Eysenck y Anderson describen dos tendencias: recordar mejor los últimos ítems, el **efecto de recencia**, y recordar bien los primeros, el **efecto de primacía**. Añaden que la primacía es siempre menos robusta que la recencia, salvo en el recuerdo serial, donde domina, y que posiblemente refleje, al menos en parte, el repaso de los primeros ítems conforme se van agregando otros. Mayas recoge las dos tendencias con las mismas definiciones al presentar el efecto de posición serial.

1. Es el nombre de la tendencia a recordar mejor los primeros ítems de una secuencia.
2. El efecto de recencia es la tendencia a recordar mejor los últimos ítems, y en el recuerdo libre es más robusto que la primacía.
3. El efecto sufijo es la disminución del recuerdo de los últimos ítems de una lista presentada acústicamente cuando se añade un estímulo auditivo posterior que interfiere con la huella ecoica.
4. El efecto Von Restorff consiste en que es mayor la probabilidad de recordar un elemento significativamente diferente del resto, como una palabra impresa en rojo entre palabras en negro.
5. La interferencia proactiva es la tendencia de los recuerdos más antiguos a interferir con la recuperación de experiencias y conocimientos más recientes.

Trampa. Los cinco términos son fenómenos reales de la memoria, y tres de ellos (recencia, sufijo y Von Restorff) también describen qué elementos de una lista se recuerdan mejor o peor.

Para fijarlo. Primacía, de primero; recencia, de reciente.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Baddeley, A., Eysenck, M. W. y Anderson, M. C. (2020). Memoria (2.ª ed.). Alianza. Cap. 3, págs. 74-75; cap. 9, págs. 289-290; cap. 17, pág. 532. Mayas Arellano, J. (coord.) (2023). La memoria humana. Una aproximación desde la neurociencia cognitiva y el ciclo vital. Sanz y Torres. Cap. 2, págs. 54-55.

EN EL ATLAS

Tema I6 · Memoria. Se estudia con Baddeley (Base) y Mayas (Ampliación).

3 PSICOLOGÍA BÁSICA

I7 · Pensamiento: razonamiento, juicio y solución de problemas

Respuesta correcta: 5

¿Qué tipo de mecanismo propone la Gestalt como mecanismo explicativo para la resolución de un problema?:

1 El ensayo y error.
2 La búsqueda de operaciones en el espacio-problema.
3 Los métodos algorítmicos.
4 Los métodos huerísticos.
5 El insight. ✓

La Gestalt explica la solución de problemas por insight o comprensión súbita

González Labra resume el **legado de la Gestalt**. Frente al enfoque asociacionista, que explicaba la solución por conexiones estímulo-respuesta y, sin un aprendizaje previo válido, por ensayo y error, la Gestalt defendía que lo esencial era la **reorganización súbita** de los aspectos críticos del problema. Wertheimer identifica esa reorganización con la experiencia del «¡Ah, ya lo tengo!», que se denomina **insight o comprensión súbita** y supone pasar de un estado inicial vago y confuso a otro en el que se comprende la naturaleza del problema y su posible solución. La búsqueda en el espacio del problema y los heurísticos proceden del enfoque del procesamiento de la información.

1 El manual atribuye el ensayo y error al enfoque conductista, que lo reservaba para cuando el sujeto no contaba con un aprendizaje previo válido. La Gestalt ponía el acento en la reorganización súbita del problema.
2 La búsqueda de operaciones en el espacio del problema procede del Solucionador General de Problemas de Newell y Simon y del enfoque del procesamiento de la información.
3 Los algoritmos garantizan la solución porque consideran todos los pasos posibles, y eran lo que buscaban identificar los primeros modelos computacionales.
4 Los heurísticos, como subir la cuesta o el análisis medios-fin, son los métodos de búsqueda que propusieron Newell y Simon para reducir el conjunto de alternativas.
5 Es la comprensión súbita con la que la Gestalt explicaba la reestructuración del problema.

Ojo. El manual señala que Newell y Simon retomaron la idea gestaltista de la estructuración y reestructuración de la representación del problema (pág. 227), y recoge el trabajo de Kaplan y Simon (1990), según el cual el insight puede explicarse como una búsqueda que reestructura el espacio del problema (pág. 238). Son lecturas posteriores; el mecanismo propio de la Gestalt sigue siendo el insight.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: González Labra, M. J. (coord.) (2019). Psicología del pensamiento. Sanz y Torres. Cap. 8, págs. 222-223, 227, 231 y 238; cap. 1, pág. 14.

EN EL ATLAS: Tema I7 · Pensamiento: razonamiento, juicio y solución de problemas. Se estudia con González Labra (Base).

4 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K12 · Emoción y cognición social

Respuesta correcta: 5

¿Cuál es la principal estructura cerebral implicada en el miedo condicionado?:

1 El hipocampo.

2 La corteza cingulada.

3 El bulbo olfatorio.

4 El hipotálamo.

5 La amígdala. ✓

La amígdala adquiere y expresa el miedo condicionado

Redolar presenta el **condicionamiento clásico de la respuesta de miedo**, en el que un estímulo neutro, como un sonido, se presenta antes de una pequeña descarga, como el paradigma con el que se ha estudiado el aprendizaje emocional implícito. Afirma que todas las investigaciones han conducido a la **amígdala** como la estructura subcortical responsable de la adquisición y la expresión de este condicionamiento. Carlson concreta que los cambios del aprendizaje tienen lugar en el **núcleo lateral** de la amígdala, que se comunica con el **núcleo central**, y este con el hipotálamo, el mesencéfalo, la protuberancia y el bulbo, responsables de los componentes conductuales, autónomos y hormonales de la respuesta.

1. El hipocampo es necesario para el conocimiento explícito de las propiedades emocionales de un estímulo. Sus lesiones eliminan selectivamente las respuestas de miedo a los estímulos contextuales, sin afectar a las provocadas por estímulos sensoriales específicos.
2. Carlson define la corteza cingulada anterior como una región implicada en la percepción de estímulos desagradables, incluidos el dolor y la sed. Los manuales sitúan el condicionamiento del miedo en la amígdala.
3. El bulbo olfatorio es el engrosamiento del extremo del nervio olfativo que recibe la información de los receptores olfativos.
4. El hipotálamo interviene en la expresión de la respuesta, porque el núcleo central de la amígdala proyecta al hipotálamo lateral, que produce la activación simpática. El aprendizaje ocurre en la amígdala.
5. Es la estructura que adquiere y expresa el miedo condicionado.

Para fijarlo. El sonido y la descarga convergen en la amígdala lateral, y la respuesta de miedo sale por la amígdala central.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Redolar Ripoll, D. (2014). Neurociencia cognitiva. Panamericana. Cap. 25, págs. 660, 663 y 666-667. Carlson, N. R. y Birkett, M. A. (2018). Fisiología de la conducta (12.ª ed.). Pearson. Cap. 11, págs. 330-332; glosario, págs. 615-616.

EN EL ATLAS: Tema K12 · Emoción y cognición social. Se estudia con Redolar (Base) y Carlson (Ampliación).

5 PSICOLOGÍA BÁSICA

I5 · Condicionamiento instrumental

Respuesta correcta: 2

¿Qué programas de reforzamiento simple producen un patrón de repuesta más estable?:

1 Los de razón fija.

2 Los de razón variable. ✓

3 Los de intervalo fijo.

4 Los de intervalo variable.

5 Todos los programas de reforzamiento producen tasas similares de respuesta.

Los programas de razón variable mantienen un patrón de respuesta más estable que los de razón fija

En la **razón variable** cambia de un reforzador a otro el número de respuestas exigido. Domjan explica que, como no puede predecirse cuántas respuestas hacen falta, las pausas predecibles son menos probables que en la **razón fija**, y los organismos responden a una tasa bastante estable. La tasa total puede ser parecida en ambos programas si se requieren, en promedio, números similares de respuestas, pero en la razón fija se distribuye en un patrón de **pausa-carrera**, mientras que en la razón variable el patrón es más estable. En la figura del manual, un programa RV 360 mantenía un patrón mucho más estable que uno RF 120.

1 La razón fija produce una pausa posreforzamiento seguida de la carrera de la razón, a tasa elevada y estable, hasta completar la razón.

2 Como el número de respuestas por reforzador es impredecible, no hay pausas predecibles y la tasa de respuesta es bastante estable.

3 El intervalo fijo produce el festón del intervalo fijo, con una pausa tras el reforzador y una aceleración de la respuesta al acercarse el final del intervalo.

4 El intervalo variable también mantiene tasas estables y constantes sin pausas regulares, pero con el mismo reforzamiento produce menos respuestas que la razón variable.

5 En el experimento de Reynolds, con idéntica frecuencia de reforzamiento, la paloma reforzada con razón variable respondía a tasas más altas que la reforzada con intervalo variable.

Ojo. Domjan atribuye también al intervalo variable tasas «estables y constantes» sin pausas regulares (pág. 194), así que la opción 4 roza la clave. La comparación expresa del manual sobre el patrón más estable es la de la razón variable con la razón fija (pág. 191), y es la que sostiene la clave.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Domjan, M. (2010). Principios de aprendizaje y conducta (6.ª ed.). Cengage Learning. Cap. 6, págs. 189-196.

EN EL ATLAS: Tema I5 · Condicionamiento instrumental. Se estudia con Domjan (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 1, PIR 2025 · n.º 206

6 PSICOLOGÍA BÁSICA

I5 · Condicionamiento instrumental

Respuesta correcta: 3

¿Cómo se denomina el procedimiento de condicionamiento instrumental en el que la respuesta instrumental elimina o previene la ocurrencia de un estímulo aversivo?:

1 Reforzamiento positivo.

2 Castigo.

3 Reforzamiento negativo. ✓

4 Omisión.

5 Extinción.

En el reforzamiento negativo la respuesta elimina o impide un estímulo aversivo

Domjan clasifica los procedimientos instrumentales según la **contingencia** entre la respuesta y el resultado, positiva o negativa, y según que el resultado sea apetitivo o aversivo. En el **reforzamiento negativo** la contingencia es negativa, porque la respuesta elimina o impide la presentación de un **estímulo aversivo**, como abrir el paraguas para no mojarse, y la respuesta aumenta. El manual advierte que suele confundirse con el **castigo**, que también emplea un estímulo aversivo, pero en él la respuesta lo produce y la conducta disminuye.

1. En el reforzamiento positivo la respuesta produce un estímulo apetitivo y la tasa de respuestas aumenta.
2. En el castigo la respuesta produce un estímulo aversivo y la tasa de respuestas disminuye.
3. Es el procedimiento con contingencia negativa entre la respuesta y un estímulo aversivo, y aumenta la respuesta.
4. En el entrenamiento por omisión, o reforzamiento diferencial de otra conducta, la respuesta elimina o impide un estímulo apetitivo.
5. En la extinción instrumental deja de presentarse el reforzador como consecuencia de la respuesta.

TABLA 5.1. TIPOS DE PROCEDIMIENTO DE CONDICIONAMIENTO INSTRUMENTAL

Nombre del procedimiento	Contingencia entre respuesta y resultado	Resultado del procedimiento
Reforzamiento positivo	Positiva: La respuesta produce un estímulo apetitivo.	Reforzamiento o incremento en la tasa de respuestas.
Castigo (castigo positivo)	Positiva: La respuesta produce un estímulo aversivo.	Castigo o disminución en la tasa de respuestas.
Reforzamiento negativo (escape o evitación)	Negativa: La respuesta elimina o impide la presentación de un estímulo aversivo.	Reforzamiento o incremento en la tasa de respuestas.
Entrenamiento por omisión (RDO)	Negativa: La respuesta elimina o impide la presentación de un estímulo apetitivo.	Castigo o disminución en la tasa de respuestas.

Fuente: Domjan (2010), cap. 5, tabla 5.1, pág. 154

Para fijarlo. Positivo y negativo dicen si la respuesta pone o quita algo; reforzamiento y castigo dicen si la conducta sube o baja.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Domjan, M. (2010). Principios de aprendizaje y conducta (6.ª ed.). Cengage Learning. Cap. 5, tabla 5.1, págs. 154-156; cap. 9, pág. 300.

EN EL ATLAS

Tema I5 · Condicionamiento instrumental. Se estudia con Domjan (Base).

7 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H8 · Personalidad: concepto, modelos teóricos, teorías estructurales y enfoque sociocognitivo

Respuesta correcta: 1

Para Kurt Lewin el conjunto de elementos que influyen en la conducta de un individuo en un momento dado conforman:

1 El espacio vital. ✓

2 El lugar de control del reforzamiento.

3 Los mapas cognitivos.

4 La disonancia cognitiva.

5 El proceso de valoración orgánico.

Lewin llamó espacio vital al conjunto de hechos que determinan la conducta en un momento dado

Bermúdez, Pérez García y Sanjuán sitúan a **Kurt Lewin** entre los autores de los años treinta que fueron más explícitos al plantear que la conducta es función de la interacción de la persona con el entorno. Lewin consideró a la persona y el entorno como aspectos diferenciados de un **espacio vital** integrado, que incluiría todos los posibles hechos que pueden determinar la conducta de un individuo en un momento dado. Lafuente lo describe como el campo psicológico total, el mundo tal como lo experimenta un sujeto en un momento concreto de su vida. Su teoría se considera el origen de las **teorías expectativa-valor**, como la de Rotter.

1 Es el término de Lewin para la totalidad de hechos que pueden determinar la conducta de una persona en un momento dado.

2 El locus de control es la creencia de una persona de que su respuesta influirá, o no, en la consecución de un refuerzo, según la formulación de Rotter (1966).

3 Los mapas cognitivos son de Tolman, que propuso que los impulsos se elaboran en una sala central de control en forma de mapa tentativo y cognitivo del ambiente.

4 La disonancia cognitiva es la teoría de Festinger (1957) sobre el malestar que provoca la discrepancia entre la conducta y las actitudes.

5 El proceso de evaluación organísmica pertenece a la terapia de Rogers y designa el proceso por el que el organismo evalúa la interacción con el entorno según sus necesidades.

Trampa. Todos los distractores son conceptos con autor conocido; el de Rotter está además emparentado con Lewin, cuya teoría se considera el origen de las teorías expectativa-valor.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Bermúdez Moreno, J., Pérez García, A. M. y Sanjuán Suárez, P. (2017). Psicología de la personalidad: teoría e investigación, vol. I. UNED. Cap. 1, apdo. 3.1 (edición digital sin paginar). Lafuente, E., Loredo, J. C., Castro, J. y Pizarroso, N. (2017). Historia de la psicología. UNED. Cap. 13, apdo. «La teoría del campo de Kurt Lewin» (edición digital sin paginar). Bermúdez Moreno, J. (2011). Psicología de la personalidad. UNED. Cap. 8, apdo. 2.1, pág. 339. Fernández-Abascal, E. G. et al. (2009). Procesos psicológicos. Pirámide. Cap. 1, pág. 25. Gaviria, E., López Sáez, M. y Cuadrado, I. (2019). Introducción a la psicología social (3.ª ed.). Sanz y Torres. Cap. 6, págs. 164-165. Rojí Menchaca, B. y Saúl Gutiérrez, L. Á. (2022). Introducción a las psicoterapias psicodinámicas, experienciales, sistémicas, constructivistas e integradoras. UNED. Cap. 5, apdo. 2 y glosario.

EN EL ATLAS

Tema H8 · Personalidad: concepto, modelos teóricos, teorías estructurales y enfoque sociocognitivo. Se estudia con Bermúdez 2017 (Base). Lafuente es Ampliación del tema I1 · Historia y paradigmas de la psicología científica.

8 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K13 · Aprendizaje, memoria y amnesias

Respuesta correcta: 1

La amnesia anterógrada es consecuencia de daño cerebral en:

1 El hipocampo, sus aferencias o eferencias. ✓

2 El hipotálamo, sus aferencias o eferencias.

3 El tálamo, sus aferencias o eferencias.

4 La hipófisis, sus aferencias o eferencias.

5 La corteza órbitofrontal, sus aferencias o eferencias.

La amnesia anterógrada se asocia a lesiones del hipocampo y de las cortezas conectadas con él

Carlson define la **amnesia anterógrada** como la dificultad para aprender información nueva después del daño cerebral, y la relaciona con lesiones del lóbulo temporal, donde se encuentra el **hipocampo**. La cirugía de **H. M.** le produjo un grave deterioro de memoria, y las investigaciones posteriores concluyeron que el hipocampo era la estructura fundamental destruida. Redolar añade que los déficits tras lesiones combinadas del hipocampo con las cortezas parahipocampal, perirrinal y entorrinal muestran que estas son los componentes fundamentales del sistema de memoria del lóbulo temporal. Vallejo Ruiloba lo explica porque, con esas lesiones, la mayoría de las **aferencias y eferencias** del hipocampo quedan dañadas.

1 Las lesiones del hipocampo, o de las cortezas por las que entran y salen sus conexiones, producen amnesia anterógrada, como en H. M.

2 En el síndrome de Korsakoff degeneran los cuerpos mamilares del hipotálamo posterior, conectados con el hipocampo a través del fórnix, y Carlson lo señala como posible causa de su amnesia anterógrada. Es una vía del circuito del hipocampo.

3 Belloch sitúa la lesión del Korsakoff en el diencéfalo, que incluye los núcleos dorsomediales del tálamo junto con los cuerpos mamilares. La amnesia que produce se vincula al circuito del hipocampo.

4 La hipófisis es la glándula endocrina que cuelga de la región tuberal del hipotálamo. Las estructuras de la memoria que describen los manuales son el hipocampo, las cortezas adyacentes y el diencéfalo.

5 Belloch incluye la corteza orbitofrontal entre las estructuras afectadas en el Korsakoff, junto con el prosencéfalo basal, los cuerpos mamilares y los núcleos talámicos. Los manuales asocian la amnesia anterógrada sobre todo al hipocampo.

Ojo. Las opciones 2, 3 y 5 tienen apoyo parcial en el corpus. Vallejo Ruiloba (cap. 43, pág. e-671) y Belloch 2020 (vol. I, cap. 7, págs. 200-201) describen la amnesia diencefálica del Korsakoff, con lesiones de los cuerpos mamilares (hipotálamo) y del núcleo dorsomedial del tálamo, y la vinculan al circuito que incluye el hipocampo, el fórnix, los cuerpos mamilares y el tálamo anterior; Belloch añade la corteza orbitofrontal entre las estructuras dañadas. La clave se sostiene porque el hipocampo es el centro de ese circuito y la estructura que los manuales asocian a la amnesia anterógrada en general.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Carlson, N. R. y Birkett, M. A. (2018). Fisiología de la conducta (12.ª ed.). Pearson. Cap. 13, págs. 421-422 y 427-428; cap. 15, pág. 512. Redolar Ripoll, D. (2014). Neurociencia cognitiva. Panamericana. Cap. 16, pág. 426; cap. 17, pág. 446. Vallejo Ruiloba, J. (dir.) (2011). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (7.ª ed.). Elsevier Masson. Cap. 43, pág. e-671. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 7, págs. 200-201.

EN EL ATLAS

Tema K13 · Aprendizaje, memoria y amnesias. Se estudia con Redolar (Base) y Carlson (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 64

9 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K17 · Bases biológicas de los trastornos mentales y de las adicciones

Respuesta correcta: 4

Se ha comprobado que las anfetaminas tienen efectos reforzantes debido a que:

1. Son agonistas gabaérgicos.
2. Son antagonistas dopaminérgicos.
3. Son antagonistas serotoninérgicos.
4. Son agonistas dopaminérgicos. ✓
5. Son agonistas serotoninérgicos.

Las anfetaminas refuerzan la conducta porque son agonistas dopaminérgicos

Carlson explica que la cocaína y la anfetamina tienen efectos comportamentales similares porque ambas actúan como **potentes agonistas dopaminérgicos**, aunque por mecanismos distintos. La cocaína inhibe la recaptación de dopamina, y la anfetamina hace que los **transportadores de dopamina** funcionen a la inversa y liberen dopamina en la sinapsis. Las drogas adictivas desencadenan la liberación de dopamina en el **núcleo accumbens**, y el manual considera esa liberación una condición necesaria, aunque no suficiente, para el refuerzo positivo. La tabla 18.2 resume el lugar de acción de cada droga.

1. La acción agonista sobre el receptor GABAA corresponde, según la tabla 18.2, a los barbitúricos y las benzodiacepinas, y también al alcohol de forma indirecta.
2. Los antagonistas dopaminérgicos son los fármacos que reducen los síntomas positivos de la esquizofrenia; las anfetaminas, al contrario, pueden provocarlos.
3. Según la tabla 18.2, la anfetamina actúa sobre el sistema dopaminérgico, haciendo que los transportadores de dopamina funcionen a la inversa.
4. Actúan como agonistas dopaminérgicos y liberan dopamina en el núcleo accumbens.
5. La serotonina solo aparece en la tabla 18.2 en la fila de la cocaína, que bloquea su recaptación junto con la de dopamina y noradrenalina.

> **Ojo.** El capítulo 4 de Carlson (pág. 106) añade que la anfetamina libera también noradrenalina, al hacer que funcionen a la inversa los transportadores de ambos neurotransmisores. La tabla 18.2 resume su acción en el sistema dopaminérgico, que es el que explica su efecto reforzante.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Carlson, N. R. y Birkett, M. A. (2018). Fisiología de la conducta (12.ª ed.). Pearson. Cap. 18, tabla 18.2, págs. 585-586 y 598; cap. 4, pág. 106; cap. 16, pág. 527; cap. 17, pág. 579.

EN EL ATLAS

Tema K17 · Bases biológicas de los trastornos mentales y de las adicciones. Se estudia con Carlson (Base).

10 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K1 · Métodos y técnicas de investigación

Respuesta correcta: 1

La técnica que estimula la corteza cerebral aplicando pulsos eléctricos mediante una bobina electromagnética, que se utiliza para el tratamiento de algunos trastornos como la depresión, se denomina:

1. Estimulación magnética transcraneal. ✓
2. Fotoestimulación intracerebral.
3. Resonancia magnética funcional o RMf.
4. Potenciales evocados de estimulación.
5. Magnetoencefalografía.

La estimulación magnética transcraneal estimula la corteza con una bobina electromagnética

Carlson describe la **estimulación magnética transcraneal** (EMT) como el uso de una **bobina electromagnética**, normalmente con forma de ocho, colocada sobre el cráneo para estimular neuronas de la corteza cerebral humana: los pulsos de actividad eléctrica envían campos magnéticos que activan las neuronas corticales. Según la potencia y el patrón de estimulación, puede excitar la región o interferir en sus funciones. El manual añade que la EMT se ha utilizado para tratar síntomas de trastornos neurológicos y mentales, y entre los tratamientos biológicos de la **depresión** recoge que, aplicada a la corteza prefrontal, reduce los síntomas depresivos. Redolar la presenta como alternativa no invasiva a la anestesia o la estimulación eléctrica cerebral.

1. Es la técnica que estimula la corteza mediante campos magnéticos generados por pulsos eléctricos en una bobina, y se ha usado en la depresión.
2. Los métodos optogenéticos estimulan o inhiben neuronas con luz, después de introducir en ellas proteínas fotosensibles mediante virus inocuos.
3. La resonancia magnética funcional es un método de neuroimagen que obtiene imágenes del grado de metabolismo regional.
4. Un potencial evocado, según el glosario de Carlson, representa los potenciales postsinápticos de una población de neuronas; es una medida de su actividad.
5. La magnetoencefalografía detecta grupos de neuronas activadas sincrónicamente gracias al campo magnético que induce su actividad eléctrica.

Trampa. Tres distractores son técnicas que miden la actividad cerebral, dos de ellas con campos magnéticos; la única de las cinco que estimula la corteza con una bobina es la EMT.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Carlson, N. R. y Birkett, M. A. (2018). Fisiología de la conducta (12.ª ed.). Pearson. Cap. 5, págs. 134-137; cap. 16, pág. 538; glosario, págs. 619, 622 y 626. Redolar Ripoll, D. (2014). Neurociencia cognitiva. Panamericana. Cap. 4, pág. 138.

EN EL ATLAS Tema K1 · Métodos y técnicas de investigación. Se estudia con Redolar (Base) y Carlson (Ampliación).

11 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K17 · Bases biológicas de los trastornos mentales y de las adicciones

Respuesta correcta: 5

El alcohol se incluye en el grupo de drogas sedantes o depresoras debido a que actúa como:

1. Agonista de los receptores colinérgicos: nicotínicos y muscarínicos.
2. Antagonista de los receptores serotoninérgicos (5- HT) y colinérgicos.
3. Agonista de los receptores noradrenérgicos y antagonista serotoninérgico.
4. Antagonista de los receptores NMDA y agonista de los receptores AMPA.
5. Agonista de los receptores GABA-a y antagonista de los receptores NMDA. ✓

El alcohol es agonista indirecto del receptor GABAA y antagonista indirecto del NMDA

Carlson afirma que el alcohol tiene dos lugares principales de acción: funciona como **antagonista indirecto de los receptores NMDA** y como **agonista indirecto de los receptores GABAA**. Es decir, potencia la acción del GABA en los receptores GABAA e interfiere en la transmisión del glutamato en los receptores NMDA. A dosis bajas produce una euforia moderada y un efecto ansiolítico, y a dosis más altas, falta de coordinación motora y **sedación**. La tabla 18.2 del manual clasifica el alcohol en el sistema glutamato/GABA, con esos mismos lugares de acción.

1. La acción agonista sobre el receptor colinérgico nicotínico es, según la tabla 18.2, la de la nicotina.
2. Ninguna fila de la tabla 18.2 atribuye al alcohol antagonismo serotoninérgico o colinérgico; su sistema es el del glutamato y el GABA.
3. La tabla 18.2 no sitúa el alcohol en el sistema noradrenérgico; la noradrenalina aparece solo en la fila de la cocaína.
4. Acierta con el antagonismo NMDA, pero el segundo lugar de acción que describe el manual es el receptor GABAA.
5. Es la combinación que describe el manual: agonista indirecto GABAA y antagonista indirecto NMDA.

TABLA 18.2. DROGAS QUE CAUSAN ADICCIÓN

Droga	Sistema neurotransmisor	Lugar de acción
Alcohol etílico	Glutamato/GABA	Receptor NMDA (antagonista indirecto), receptor GABAA (agonista indirecto)
Barbitúricos/benzodiacepinas	GABA	Receptor GABAA (agonista indirecto)
Cannabis	Cannabinoide	Receptor cannabinoide CB1 (agonista)
Nicotina	Acetilcolina	Receptor ACh nicotínico (agonista)
Opiáceos (heroína, morfina, analgésicos con receta)	Opioide	Agonista del receptor opioide μ y δ
Fenciclidina (PCP) y ketamina	Glutamato	Receptor NMDA (antagonista indirecto)
Cocaína	Monoaminas	Bloquea la recaptación de dopamina (y de serotonina y noradrenalina)
Anfetamina y metanfetamina	Dopamina	Causa la liberación de dopamina (haciendo que los transportadores funcionen a la inversa)

Fuente: Carlson y Birkett (2018), cap. 18, tabla 18.2, pág. 585 (adaptada de Hyman y Malenka, 2001)

Ojo. El manual dice «indirecto» en los dos casos: el alcohol potencia la acción del GABA en el receptor GABAA e interfiere en la del glutamato en el NMDA. La opción 5 lo simplifica como agonista y antagonista, y sigue siendo la única que nombra los dos receptores correctos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Carlson, N. R. y Birkett, M. A. (2018). Fisiología de la conducta (12.ª ed.). Pearson. Cap. 18, tabla 18.2, pág. 585, y págs. 602 y 607.

EN EL ATLAS Tema K17 · Bases biológicas de los trastornos mentales y de las adicciones. Se estudia con Carlson (Base).

12 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K5 · Comunicación neuronal y neurotransmisores

Respuesta correcta: 1

¿Qué neurotransmisor tiene un tipo de receptor denominado muscarínico?:

1 Acetilcolina. ✓

2 Dopamina.

3 Serotonina.

4 Noradrenalina.

5 Adrenalina.

El receptor muscarínico es uno de los dos tipos de receptor de la acetilcolina

Del Abril explica que los receptores a los que se une la **acetilcolina** se denominan **receptores colinérgicos**, y que existen dos subtipos, los **muscarínicos** y los **nicotínicos**. Reciben su nombre porque a ellos se unen de forma selectiva dos sustancias naturales, la muscarina de la seta Amanita muscaria y la nicotina de la planta del tabaco, que son agonistas de cada receptor. Carlson añade que el receptor muscarínico es metabotrópico, se estimula con la muscarina y se bloquea con la atropina, mientras que el nicotínico es ionotrópico.

1. Es el neurotransmisor de los receptores colinérgicos, muscarínicos y nicotínicos.
2. La dopamina es una catecolamina que se sintetiza sobre todo en el área tegmental ventral y la sustancia negra.
3. La serotonina, o 5-HT, es una amina biógena que se sintetiza fundamentalmente en los núcleos del rafe del tronco del encéfalo.
4. La noradrenalina es una catecolamina que se sintetiza principalmente en el locus coeruleus.
5. La adrenalina se sintetiza a partir de la noradrenalina en los botones terminales y en la médula adrenal, y actúa sobre distintos tipos de receptores adrenérgicos.

Para fijarlo. Muscarina y nicotina dan nombre a los dos receptores de la acetilcolina.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Del Abril Alonso, A. et al. (2016). Fundamentos de psicobiología. Sanz y Torres. Cap. 7, págs. 206 y 209; cap. 12, tabla 12.4, pág. 387. Carlson, N. R. y Birkett, M. A. (2018). Fisiología de la conducta (12.ª ed.). Pearson. Glosario, pág. 627.

EN EL ATLAS: Tema K5 · Comunicación neuronal y neurotransmisores. Se estudia con Del Abril (Base).

13 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K10 · Conducta reproductora y diferenciación sexual

Respuesta correcta: 1

¿Qué núcleo del hipotálamo es el responsable de regular la conducta sexual en hembras?:

1 Ventromedial. ✓

2 Supraquiasmático.

3 Paraventricular.

4 Preóptico medial.

5 Dorsomedial.

El núcleo ventromedial del hipotálamo regula la conducta sexual de la hembra

Carlson explica que, así como el **área preóptica medial** desempeña un papel fundamental en la conducta sexual del macho, otra región del prosencéfalo ventral desempeña un papel similar en la de la hembra, el **núcleo ventromedial del hipotálamo**. Una rata hembra con lesiones bilaterales de este núcleo no presenta **lordosis**, aunque se la trate con estradiol y progesterona, y su estimulación eléctrica facilita la conducta sexual. El estradiol y la progesterona ejercen en esta región sus efectos facilitadores. Del Abril lo describe como el centro del circuito neural de control de la conducta sexual en las hembras.

1. Es el núcleo cuya lesión suprime la conducta copuladora de la hembra y cuya estimulación la facilita.
2. El núcleo supraquiasmático, situado por encima del quiasma óptico, contiene un reloj biológico que organiza muchos de los ritmos circadianos.
3. El núcleo paraventricular contiene neuronas implicadas en el control del sistema neurovegetativo y del lóbulo posterior de la hipófisis.
4. El área preóptica medial desempeña un papel fundamental en la conducta sexual masculina.
5. El núcleo dorsomedial es otro núcleo de la zona medial del hipotálamo, pero los manuales asignan la conducta sexual femenina al ventromedial.

Trampa. El preóptico medial es el distractor fuerte, porque regula la conducta sexual, pero la del macho.

Para fijarlo. Preóptico medial para el macho; ventromedial para la hembra.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Carlson, N. R. y Birkett, M. A. (2018). Fisiología de la conducta (12.ª ed.). Pearson. Cap. 10, págs. 313-315; glosario, págs. 614 y 625. Del Abril Alonso, A. et al. (2016). Fundamentos de psicobiología. Sanz y Torres. Cap. 8, figs. 8.10-8.11, págs. 222-223.

EN EL ATLAS

Tema K10 · Conducta reproductora y diferenciación sexual. Se estudia con Carlson (Base).

14 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K8 · Sistema neuroendocrino y psiconeuroinmunología · Anulada

Anulada

¿Cómo se denomina la proteína que permite al sistema inmunitario reconocer una sustancia propia o un invasor?:

1. Linfocito B.
2. Linfocito T.
3. Anticuerpo.
4. Citocina.
5. Antígeno.

La pregunta sobre la proteína que permite reconocer a un invasor se anuló

El Ministerio **anuló** la pregunta. El comentario de partida atribuye la anulación a que hay fuentes con datos contradictorios, unas a favor de anticuerpo y otras de antígeno. El corpus recoge las dos definiciones. Carlson define el **antígeno** como la «proteína presente en un microorganismo que permite al sistema inmunitario reconocer a los microorganismos como invasores», y el **anticuerpo** como la proteína producida por una célula del sistema inmunitario que reconoce los antígenos. Del Abril llama antígeno a cualquier molécula reconocida como extraña al organismo y capaz de desencadenar una respuesta inmune, y Belloch (2008) a las sustancias extrañas que el sistema inmune identifica y elimina.

1. El linfocito B es un leucocito producido en la médula ósea que forma parte del sistema inmunitario.
2. El linfocito T es un leucocito que se origina en la glándula timo.
3. El anticuerpo es la proteína producida por una célula del sistema inmunitario que reconoce los antígenos.
4. Las citocinas son sustancias químicas que liberan ciertos leucocitos al detectar un microorganismo invasor y que hacen proliferar otros leucocitos.
5. El antígeno es, en la definición literal de Carlson, la proteína que permite al sistema inmunitario reconocer a los microorganismos como invasores.

Ojo. La definición de antígeno de Carlson coincide casi palabra por palabra con el enunciado, pero el anticuerpo también es una proteína que «reconoce» al invasor. El corpus no permite ir más allá de lo que dice el comentario de partida sobre el motivo de la anulación.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Del Abril Alonso, A. et al. (2016). Fundamentos de psicobiología. Sanz y Torres. Cap. 14, págs. 426 y 428. Carlson, N. R. y Birkett, M. A. (2018). Fisiología de la conducta (12.ª ed.). Pearson. Glosario, págs. 614, 616, 621 y 622. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 12, págs. 327-329.

EN EL ATLAS

Tema K8 · Sistema neuroendocrino y psiconeuroinmunología. Se estudia con Del Abril (Base).

15 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K15 · Lenguaje, lateralización y cálculo

Respuesta correcta: 5

El uso de cambios de entonación y énfasis para añadir significado al habla se denomina:

1 Lexitimia.

2 Tonalidad.

3 Ritmicidad.

4 Melodía.

5 Prosodia. ✓

Los cambios de entonación y énfasis que añaden significado al habla se llaman prosodia

Carlson señala que el lenguaje tiene un ritmo y una cadencia regulares: ponemos más énfasis en ciertas palabras, cambiamos el tono de voz para marcar las frases y distinguir afirmaciones de interrogaciones, y con el ritmo, el énfasis y el tono transmitimos también nuestro estado emocional. Estos aspectos rítmicos, enfáticos y melódicos del habla se denominan **prosodia**. Su glosario la define como el uso de cambios de **entonación** y de **énfasis** para transmitir significado además del que especifican las palabras concretas. Redolar la describe como las variaciones en altura tonal, intensidad, duración y ritmo que se producen en el habla, y Carlson relaciona su control con el **hemisferio derecho**.

1 Lexitimia recuerda a alexitimia, que Penadés define como un rasgo de personalidad caracterizado por dificultades para identificar, expresar y verbalizar emociones.

2 El tono es uno de los componentes que Carlson agrupa bajo la prosodia, junto con el ritmo y el énfasis.

3 El ritmo y la cadencia regular del habla son otro de esos componentes.

4 Carlson habla de los aspectos melódicos del habla y de su entonación melodiosa, pero los incluye dentro de la prosodia.

5 Es el término que nombra el uso de la entonación y el énfasis para añadir significado al habla.

Trampa. Tonalidad, ritmicidad y melodía son partes de la prosodia; la pregunta pide el nombre del conjunto.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Carlson, N. R. y Birkett, M. A. (2018). Fisiología de la conducta (12.ª ed.). Pearson. Cap. 14, págs. 447 y 450; glosario, pág. 627. Redolar Ripoll, D. (2014). Neurociencia cognitiva. Panamericana. Cap. 19, pág. 498. Penadés, R., López-Santiago, J. y Belloch, A. (2024). Manual de tratamientos en psicología clínica. Guía práctica en adultos. McGraw-Hill. Cap. 11, pág. 243.

EN EL ATLAS

Tema K15 · Lenguaje, lateralización y cálculo. Se estudia con Redolar (Base) y Carlson (Ampliación).

16 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K6 · Sistemas sensoriales

Respuesta correcta: 3

¿Por qué núcleo del tálamo se trasmite la información visual?:

1 Núcleo pulvinar.

2 Núcleo arqueado.

3 Núcleo geniculado lateral. ✓

4 Núcleo geniculado medial.

5 Núcleo ventrolateral.

La información visual llega a la corteza a través del núcleo geniculado lateral del tálamo

Del Abril clasifica funcionalmente los núcleos del tálamo en **núcleos de relevo** y núcleos de proyección difusa. Dentro del grupo ventral, los núcleos sensoriales reciben las señales de las vías sensoriales, y cada modalidad, el tacto, el gusto o la vista, tiene un núcleo de relevo específico que las procesa y las transmite a un área concreta de la corteza. En el sistema visual, los axones de las células ganglionares de la retina llegan al **núcleo geniculado lateral**, y desde allí la información se envía por las **radiaciones ópticas** a la corteza visual primaria del lóbulo occipital. El glosario de Carlson describe su porción dorsal como el grupo de somas que recibe información de la retina y la proyecta a la corteza visual primaria.

1. El pulvinar, con el núcleo lateral posterior, actúa como relevo y asociación de señales de la corteza parietal, temporal y occipital y de los colículos superiores; es un núcleo de asociación multimodal.
2. El núcleo arqueado está en la base del hipotálamo, controla las sustancias que segrega la adenohipófisis y contiene neuronas secretoras de NPY implicadas en la alimentación.
3. Es el núcleo de relevo que recibe la información de la retina y la proyecta a la corteza visual primaria.
4. El núcleo geniculado medial recibe información del sistema auditivo y proyecta a la corteza auditiva primaria.
5. El núcleo ventrolateral recibe información del cerebelo y la envía a la corteza motora primaria.

Trampa. Los dos geniculados son núcleos de relevo sensorial; el lateral corresponde a la vista y el medial al oído.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Del Abril Alonso, A. et al. (2016). Fundamentos de psicobiología. Sanz y Torres. Cap. 11, págs. 331 y 333; cap. 8, págs. 223-224. Carlson, N. R. y Birkett, M. A. (2018). Fisiología de la conducta (12.ª ed.). Pearson. Glosario, págs. 624-625.

EN EL ATLAS: Tema K6 · Sistemas sensoriales. Se estudia con Del Abril (Base). Del Abril es Base del tema K3 · Organización anatomofuncional del sistema nervioso.

17 PSICOLOGÍA SOCIAL

M5 · Relaciones interpersonales: atracción, conducta de ayuda y agresión

Respuesta correcta: 3

El denominado “efecto de mera exposición” señala que la exposición reiterada a un objeto social promueve hacia ese objeto:

1. Una mayor disonancia.
2. Un procesamiento cognitivo más complejo.
3. Una mayor atracción. ✓
4. Una menor disonancia.
5. Una menor atracción.

La exposición repetida a un estímulo aumenta la atracción hacia él

Gaviria define el **efecto de mera exposición** como el aumento de la favorabilidad hacia un estímulo neutro al aumentar la exposición repetida al mismo (Zajonc, 1968), y lo presenta como uno de los mecanismos de formación de actitudes que menos procesamiento cognitivo requieren. En el capítulo de relaciones interpersonales lo aplica a la **atracción**: según el principio de **familiaridad**, nos sentimos más atraídos hacia quienes nos resultan familiares, porque la exposición repetida a un estímulo aumenta el agrado hacia él, incluso sin que se sea consciente de ello. Entre las explicaciones recoge que procesamos con mayor **fluidez** los estímulos familiares, y que esa fluidez se experimenta de forma positiva.

1. La disonancia cognitiva es el malestar que, según Festinger, provoca la discrepancia entre la conducta y las actitudes.
2. Gaviria describe la mera exposición como un mecanismo que requiere poco procesamiento cognitivo, y explica la familiaridad por la mayor fluidez con que se procesan los estímulos familiares.
3. Es el efecto que describe el manual: más exposición, más agrado y más atracción.
4. El manual describe el resultado de la exposición repetida en términos de agrado hacia el estímulo.
5. Con un estímulo neutro ocurre lo contrario. La exposición solo empeora la evaluación si ya existe una actitud negativa previa, o si la repetición es exagerada y produce hartazgo.

Ojo. Gaviria señala también que la familiaridad conduce a percepciones más complejas, porque nos fijamos en más detalles del otro a medida que lo conocemos (cap. 4, pág. 92), lo que da cierto apoyo a la opción 2. El efecto de mera exposición, sin embargo, se define por el aumento del agrado.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Gaviria, E., López Sáez, M. y Cuadrado, I. (2019). Introducción a la psicología social (3.ª ed.). Sanz y Torres. Cap. 6, págs. 157 y 164-165; cap. 8, págs. 223-225; cap. 4, pág. 92.

EN EL ATLAS

Tema M5 · Relaciones interpersonales: atracción, conducta de ayuda y agresión. Se estudia con Gaviria (Base). Gaviria es Base del tema M3 · Actitudes y disonancia cognitiva.

18

PSICOLOGÍA SOCIAL

M5 · Relaciones interpersonales: atracción, conducta de ayuda y agresión

Respuesta correcta: 3

Lo que caracteriza a la llamada “Cultura del Honor” es respaldar que una de las formas de solucionar las amenazas contra la reputación social sea:

1 El proceso judicial.

2 La mediación.

3 La violencia. ✓

4 La negociación.

5 La coexistencia pacífica.

La cultura del honor justifica responder con violencia a las amenazas contra la reputación

Gaviria llama **culturas de la violencia** a aquellas en las que la agresión se considera aceptable y justificable en determinadas situaciones, y pone como ejemplo paradigmático las **culturas del honor**. Una cultura del honor es un tipo de cultura colectivista que otorga un gran valor a la **reputación** de la persona, es decir, a su imagen social, y como contrapartida tolera y justifica que se responda a cualquier amenaza a la propia reputación con **agresión**, incluso violenta, para restaurarla. El manual lo ilustra con los estados sureños de Estados Unidos, aunque el país se considere individualista.

1. El proceso judicial es una vía institucional y no violenta; lo que la cultura del honor tolera y justifica es la respuesta agresiva.
2. La mediación es otra vía pacífica de resolver el conflicto.
3. Es la respuesta que esta cultura tolera y justifica para restaurar la reputación amenazada.
4. La negociación también es una vía pacífica.
5. La coexistencia pacífica es otra salida no violenta, contraria a la respuesta que esta cultura legitima.

Trampa. Las cuatro opciones incorrectas son vías pacíficas de resolver conflictos; la cultura del honor se define por legitimar la agresión.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Gaviria, E., López Sáez, M. y Cuadrado, I. (2019). Introducción a la psicología social (3.ª ed.). Sanz y Torres. Cap. 10, pág. 290.

EN EL ATLAS

Tema M5 · Relaciones interpersonales: atracción, conducta de ayuda y agresión. Se estudia con Gaviria (Base).

19

PSICOLOGÍA SOCIAL

M6 · Procesos de grupo

Respuesta correcta: 1

¿Cuál de los siguientes es un síntoma del denominado “pensamiento grupal”?:

1 Ilusión de invulnerabilidad. ✓

2 Disonancia cognitiva.

3 Ignorancia pluralista.

4 Correlación ilusoria.

5 Conversión.

La ilusión de invulnerabilidad es uno de los síntomas del pensamiento grupal

Molero recoge el modelo de **pensamiento grupal** de Janis (1982), una tendencia a buscar el consenso a toda costa que aparece en grupos cohesivos con fallos estructurales de la organización y en un contexto situacional provocador. Sus síntomas se agrupan en tres tipos: la **sobreestimación del grupo** (ilusión de invulnerabilidad y creencia en la moralidad del grupo), la **cerrazón mental** (racionalizaciones colectivas y visión estereotipada de los exogrupos) y las **presiones hacia la uniformidad** (autocensura, ilusión de unanimidad, presión directa sobre los disidentes y guardianes de la mente). El resultado es un proceso de decisión defectuoso, porque la búsqueda de consenso suprime el pensamiento crítico.

1. Es el primer síntoma del tipo I, la sobreestimación del grupo, en el modelo de Janis.
2. La disonancia cognitiva es la teoría de Festinger sobre el malestar que provoca la discrepancia entre la conducta y las actitudes.
3. La ignorancia pluralista es uno de los mecanismos con que el manual explica la polarización grupal, otro proceso de decisión en los grupos.
4. La correlación ilusoria consiste en sobreestimar el grado en que se relacionan dos sucesos o características, y se ha explicado por el heurístico de disponibilidad.
5. La conversión es el efecto de la influencia minoritaria, que según Moscovici logra un cambio latente aunque la minoría sea rechazada a nivel manifiesto.

> **Trampa.** La ignorancia pluralista aparece en el mismo capítulo de Molero, pero como explicación de la polarización grupal.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Molero, F. et al. (2017). Psicología de los grupos. UNED. Cap. 8, págs. 250 y 263-265 (figura 3); cap. 6, págs. 196-197. Gaviria, E., López Sáez, M. y Cuadrado, I. (2019). Introducción a la psicología social (3.ª ed.). Sanz y Torres. Cap. 3, pág. 65; cap. 6, págs. 164-165.

EN EL ATLAS

Tema M6 · Procesos de grupo. Se estudia con Molero (Base). Gaviria es Base del tema M1 · Cognición social, percepción de personas y atribución.

20

PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

J9 · Adolescencia

Respuesta correcta: 5

¿Cuál de las siguientes es la característica central de la etapa de las operaciones formales según Piaget?:

1 La solución de problemas de conservación.

2 La reversibilidad en el pensamiento.

3 La superación del egocentrismo.

4 La teoría de la mente.

5 El pensamiento hipotético-deductivo. ✓

El pensamiento hipotético-deductivo caracteriza la etapa de las operaciones formales

García Madruga y Delval incluyen entre las características funcionales del pensamiento formal su **carácter hipotético-deductivo**: la capacidad de formular y comprobar hipótesis, estrechamente ligada a la de abordar los problemas desde lo posible y no solo desde lo real. Papalia y Martorell definen el **razonamiento hipotético-deductivo** como un enfoque metódico y científico de la resolución de problemas, que caracteriza el razonamiento de las **operaciones formales** e implica desarrollar, analizar y probar hipótesis, como en el problema del péndulo. La conservación, la reversibilidad y la disminución del egocentrismo son logros de las operaciones concretas.

1 Piaget observó que los niños no comprenden bien la conservación hasta la etapa de las operaciones concretas.

2 La reversibilidad es uno de los principios que entienden los niños de operaciones concretas al resolver problemas de conservación, junto con la identidad y la descentración.

3 Papalia y Martorell sitúan la disminución del egocentrismo en la niñez media, con las operaciones concretas, y Elkind describe formas propias de egocentrismo en la adolescencia, como la fábula personal.

4 La teoría de la mente surge entre los tres y los cinco años, en la segunda infancia.

5 Es el razonamiento que caracteriza la etapa de las operaciones formales.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

García Madruga, J. A. y Delval, J. (coords.) (2019). Psicología del desarrollo I (2.ª ed. revisada). UNED. Cap. 12, apdo. 3.1 (edición digital sin paginar). Papalia, D. E. y Martorell, G. (2021). Desarrollo humano (14.ª ed.). McGraw-Hill. Cap. 11, págs. 337-339; cap. 9, págs. 269 y 289; cap. 7, págs. 209 y 226; cap. 1, pág. 6.

EN EL ATLAS

Tema J9 · Adolescencia. Se estudia con García Madruga y Delval (Base).

21

PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

J9 · Adolescencia

Respuesta correcta: 4

En la adolescencia es frecuente pensar que los demás están extremadamente interesados en uno mismo ¿Cómo se denomina este sesgo egocéntrico?:

1 Propiocentrismo.

2 Fábula personal.

3 Fábula de invencibilidad.

4 Audiencia imaginaria. ✓

5 Pseudoparanoia.

La audiencia imaginaria es la creencia adolescente de que los demás están pendientes de uno

García Madruga y Delval recogen dos fenómenos que Elkind (1967) identificó en la adolescencia, la **audiencia imaginaria** y la **fábula personal**, y los atribuyen a la inmadurez de las habilidades metacognitivas. La primera es la creencia adolescente de que todo el mundo está centrado y preocupado por lo que él hace o piensa. Papalia y Martorell la describen como un observador virtual tan preocupado por las ideas y la conducta del adolescente como este mismo, especialmente intensa al comienzo de la adolescencia. La fábula personal es la convicción de ser especial, de vivir experiencias únicas y de no estar sometido a las reglas que gobiernan al resto del mundo.

1 Los fenómenos de Elkind que recogen los manuales son la audiencia imaginaria y la fábula personal; propiocentrismo no es uno de ellos.

2 La fábula personal es la convicción de ser especial y único y de no estar sometido a las reglas que gobiernan al resto del mundo.

3 La sensación de no correr riesgos es una consecuencia de la fábula personal, que puede llevar a conducir de forma veloz e imprudente sin temer un accidente.

4 Es el observador imaginario tan pendiente del adolescente como él mismo.

5 Elkind presenta ese sentirse observado como una de las manifestaciones de la inmadurez del pensamiento adolescente.

Para fijarlo. En la audiencia imaginaria todos miran al adolescente; en la fábula personal nada puede pasarle.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: García Madruga, J. A. y Delval, J. (coords.) (2019). Psicología del desarrollo I (2.ª ed. revisada). UNED. Cap. 11, apdo. 5.1 (edición digital sin paginar). Papalia, D. E. y Martorell, G. (2021). Desarrollo humano (14.ª ed.). McGraw-Hill. Cap. 11, págs. 339-340.

EN EL ATLAS: Tema J9 · Adolescencia. Se estudia con García Madruga y Delval (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 4

22 PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

J5 · Comunicación, lenguaje y teoría de la mente

Respuesta correcta: 3

¿A qué edad aproximada los niños comienzan a entender que una persona pueda tener creencias falsas sobre el mundo?:

1 A los 18 meses.

2 A los dos años.

3 A los cuatro años. ✓

4 A los seis años.

5 A los ocho años.

La comprensión de las creencias falsas aparece hacia los cuatro años

La **tarea de la falsa creencia** de Wimmer y Perner (1983) es el paradigma fundamental para determinar a qué edad el niño desarrolla una **teoría de la mente**. García Madruga y Delval sitúan el principal salto evolutivo hacia los **4-5 años**: entre los 4 y los 6 años los niños distinguen lo que saben ellos de lo que cree el personaje y resuelven con seguridad la tarea sin caer en el error realista. Papalia y Martorell indican que los niños no aprueban siempre las tareas de creencia falsa hasta que alcanzan alrededor de los **cuatro años**, y que las creencias falsas de segundo orden no se comprenden hasta los cinco o seis.

1. La tarea clásica no se resuelve a los 18 meses, aunque los estudios con tareas indirectas no verbales atribuyen a bebés de 13-15 meses una comprensión implícita de lo que otros creen.
2. A los dos años los niños aún cometen el error realista en la tarea clásica.
3. Es la edad hacia la que los niños empiezan a resolver la tarea de la falsa creencia.
4. Hacia los cinco o seis años se comprenden ya las creencias falsas de segundo orden, un logro posterior.
5. A los ocho años la tarea de primer orden está resuelta desde hace tiempo.

Ojo. García Madruga y Delval recogen estudios con tareas indirectas no verbales que adelantan a los 13-15 meses una comprensión implícita de las creencias ajenas, y la interpretan como una apreciación intuitiva que después evoluciona hacia la conciencia explícita que exige la tarea clásica. La pregunta se refiere a esta última.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA García Madruga, J. A. y Delval, J. (coords.) (2019). Psicología del desarrollo I (2.ª ed. revisada). UNED. Cap. 7, apdos. 3.1 y 4.3 (edición digital sin paginar). Papalia, D. E. y Martorell, G. (2021). Desarrollo humano (14.ª ed.). McGraw-Hill. Cap. 7, pág. 211.

EN EL ATLAS Tema J5 · Comunicación, lenguaje y teoría de la mente. Se estudia con García Madruga y Delval (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 37

23

PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

J1 · Teorías del desarrollo

Respuesta correcta: 4

¿Cómo se denomina la distancia entre lo que un niño es capaz de hacer por sí mismo y lo que es capaz de hacer si un adulto, u otro niño más capaz, le ayuda?:

1 Andamiaje.

2 Autorregulación.

3 Reacción circular terciaria.

4 Zona de desarrollo próximo (o proximal). ✓

5 Zona de atención compartida.

La zona de desarrollo próximo separa lo que el niño hace solo de lo que logra con ayuda

En la **teoría sociocultural** de Vygotsky, los adultos o los compañeros más avanzados ayudan a dirigir y organizar el aprendizaje del niño. Papalia y Martorell definen la **zona de desarrollo próximo** (ZDP) como el término de Vygotsky para referirse a la distancia entre lo que un niño puede hacer solo y lo que puede hacer con ayuda. La guía es más eficaz para que el niño la cruce, y la responsabilidad pasa gradualmente a él. El **andamiaje** es el apoyo temporal para que el niño domine una tarea, y la ZDP puede evaluarse con pruebas dinámicas, en las que el examinador ayuda al niño cuando es necesario.

1 El andamiaje es el apoyo temporal que dan los padres, maestros u otras personas para que el niño domine una tarea dentro de esa zona.

2 La autorregulación es el control de la propia conducta para atender las peticiones o expectativas de un cuidador, incluso cuando este no está presente.

3 Las reacciones circulares terciarias son propias de la quinta subetapa sensoriomotora, de 12 a 18 meses, cuando el niño cambia una acción para obtener un resultado similar.

4 Es la distancia entre lo que el niño hace solo y lo que hace con ayuda.

5 La atención conjunta aparece entre los 10 y los 12 meses, cuando los bebés siguen la mirada de los adultos y miran o apuntan a lo mismo que ellos.

> **Trampa.** El andamiaje es el concepto hermano de la ZDP y el distractor más tentador: la zona es la distancia, y el andamiaje, la ayuda que permite recorrerla.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Papalia, D. E. y Martorell, G. (2021). Desarrollo humano (14.ª ed.). McGraw-Hill. Cap. 2, pág. 31; cap. 7, págs. 217-218; cap. 5, págs. 131 y 137; cap. 6, pág. 180. Papalia, D. E., Wendkos Olds, S. y Feldman, R. D. (2009). Psicología del desarrollo. De la infancia a la adolescencia (11.ª ed.). McGraw-Hill. Cap. 2, págs. 37-38.

EN EL ATLAS

Tema J1 · Teorías del desarrollo. Papalia y Martorell no es fuente de este tema. Se estudia con Papalia (Base).

24

PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

J5 · Comunicación, lenguaje y teoría de la mente

Respuesta correcta: 5

Un niño de 18 meses decía “paque” cuando quería salir al parque. Este tipo de palabras aisladas, que representan el sentido de una frase entera, ¿cómo se denomina?:

1 Palabras referenciales.

2 Palabras multimodales.

3 Palabras pre-lingüísticas.

4 Frases pivote.

5 Holofrases. ✓

Las palabras aisladas que expresan una frase entera se llaman holofrases

García Madruga y Delval explican que las primeras palabras, alrededor de los 12 meses, aún no están sujetas a reglas gramaticales, y que una característica de este lenguaje inicial es la producción de palabras-frase u **holofrases**: una única palabra, como «pan», tiene las características de una frase total. Hacia los 18 meses aparecen las primeras emisiones de dos o tres palabras, el **habla telegráfica**, que Braine describió como **gramática pivote**. Papalia y Martorell definen la holofrase como una palabra única que comunica un pensamiento completo, y Vasta, Haith y Miller, como una frase de una sola palabra.

1. Vasta llama estilo referencial al de los niños que producen sobre todo nombres de objetos y usan el lenguaje para etiquetar cosas.
2. El término no corresponde a ninguna de las fases del desarrollo gramatical que describe el manual, que son las holofrases, el habla telegráfica y la gramática pivote.
3. El habla prelingüística está formada por los sonidos anteriores a la primera palabra, del llanto a los arrullos, el balbuceo y la imitación.
4. Las palabras pivote aparecen en las emisiones de dos palabras, hacia los 18 meses, ocupan una posición fija y no pueden emitirse solas.
5. Es el nombre de la palabra única que transmite el sentido de una frase completa.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

García Madruga, J. A. y Delval, J. (coords.) (2019). Psicología del desarrollo I (2.ª ed. revisada). UNED. Cap. 6, apdo. 3.3.1 (edición digital sin paginar). Papalia, D. E. y Martorell, G. (2021). Desarrollo humano (14.ª ed.). McGraw-Hill. Cap. 5, págs. 144-145 y 147. Vasta, R., Haith, M. M. y Miller, S. A. (2008). Psicología infantil. Ariel. Cap. 11, págs. 482 y 493.

EN EL ATLAS

Tema J5 · Comunicación, lenguaje y teoría de la mente. Se estudia con García Madruga y Delval (Base) y Vasta (Consulta).

25 PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L13 · Probabilidad y distribuciones de probabilidad

Respuesta correcta: 1

A medida que aumentan los grados de libertad, la distribución t de Student se aproxima a:

1. La distribución normal. ✓
2. La distribución binomial.
3. La distribución F de Snedecor.
4. La distribución uniforme.
5. La distribución Chi cuadrado.

La t de Student se aproxima a la normal a medida que aumentan sus grados de libertad

Suárez Falcón define la **t de Student** como el cociente entre una variable N(0,1) y la raíz cuadrada de una variable χ^2 dividida por sus grados de libertad. Entre sus características señala que es simétrica, con media cero, de forma muy parecida a la N(0,1), aunque menos apuntada, y que a medida que aumentan los **grados de libertad** se aproxima más y más a una **distribución normal**. Maciá lo explica por su varianza, igual a n/(n-2), que se acerca a 1 al crecer n; por eso, con más de 100 grados de libertad pueden usarse los valores de la **normal tipificada**.

1. Es la distribución a la que tiende la t al aumentar los grados de libertad.
2. La binomial es un modelo discreto que, como la t, se aproxima a la normal cuando aumenta el tamaño de la muestra.
3. La F de Fisher-Snedecor se define a partir de dos χ^2 y también se aproxima a la normal cuando crece la muestra.
4. La t es simétrica, con una forma muy parecida a la N(0,1) y asintótica al eje de abscisas; su límite es la normal.
5. La χ^2 es asimétrica positiva y es ella la que se va aproximando a la normal al aumentar sus grados de libertad.

Trampa. La binomial, la χ^2 y la F también se aproximan a la normal cuando crecen la muestra o los grados de libertad; la pregunta pide a qué distribución tiende la t.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Suárez Falcón, J. C. et al. (2019). Introducción al análisis de datos (2.ª ed.). Sanz y Torres. Cap. 8, apdos. 8.4-8.6, págs. 355-358 y 363. Maciá Antón, M. A. et al. (2014). Diseños de investigación y análisis de datos. Sanz y Torres. Cap. 1, págs. 9 y 11.

EN EL ATLAS: Tema L13 · Probabilidad y distribuciones de probabilidad. Se estudia con Suárez Falcón (Base). Maciá es Base del tema L14 · Distribuciones muestrales, estimación y contraste de hipótesis.

26

PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L15 · Comparación de dos grupos (independientes o relacionados)

Respuesta correcta: 3

Si tras establecer el intervalo de confianza respecto a una diferencia entre dos medias independientes, encontramos que el valor cero no se encuentra en el intervalo:

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

Si el intervalo de confianza de la diferencia de medias no incluye el cero, se rechaza la hipótesis nula

Maciá muestra que, cuando el contraste de hipótesis planteado es **bilateral**, también puede decidirse si se mantiene o se rechaza la hipótesis nula examinando los límites del **intervalo de confianza**. En su ejemplo, con un nivel de confianza del 95 %, la diferencia entre la media de los niños y la de las niñas en un test de fluidez verbal oscila entre 0,98 y 4,02 puntos. Como dicho intervalo **no contiene el valor cero**, se rechaza la **hipótesis nula** de igualdad de las medias poblacionales.

1. El intervalo sí permite decidir, porque si no contiene el cero se rechaza la hipótesis nula.
2. Es la decisión contraria a la que corresponde cuando el intervalo no contiene el valor cero.
3. Es la decisión que toma el manual cuando el intervalo no contiene el cero.
4. Aceptar la hipótesis nula es también la decisión contraria; además, el manual habla de mantener o no rechazar la hipótesis nula.
5. La igualdad entre las medias poblacionales es la hipótesis nula, y la opción la confunde con la alternativa.

Ojo. El manual hace esta lectura del intervalo para un contraste bilateral.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

Maciá Antón, M. A. et al. (2014). Diseños de investigación y análisis de datos. Sanz y Torres. Cap. 3, pág. 100.

Tema L15 · Comparación de dos grupos (independientes o relacionados. Se estudia con Maciá (Base).

27 PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L14 · Distribuciones muestrales, estimación y contraste de hipótesis

Respuesta correcta: 2

En el error de Tipo II:

1 No se rechaza la hipótesis alternativa siendo cierta.

2 No se rechaza la hipótesis nula siendo falsa. ✓

3 No se rechaza la hipótesis nula siento cierta.

4 Se rechaza la hipótesis nula siendo cierta.

5 Se acepta la hipótesis alternativa siendo falsa.

El error tipo II consiste en no rechazar una hipótesis nula falsa

Maciá define el **error tipo I** como rechazar una hipótesis nula que en realidad es verdadera, con probabilidad **α**, y el **error tipo II** como aceptar una hipótesis nula cuando en realidad es falsa, siendo verdadera la alternativa, con probabilidad **β**. Su complementario, 1-β, es la **potencia del contraste**, la decisión correcta de rechazar la hipótesis nula cuando es falsa. El cuadro 1.3 cruza las dos decisiones posibles sobre H0 con su naturaleza verdadera o falsa.

1. Los errores se definen respecto a la hipótesis nula, que es la que se rechaza o no; si la alternativa es cierta, el error tipo II está en mantener la nula.
2. Coincide con la definición del manual, no rechazar H0 cuando es falsa, con probabilidad β.
3. No rechazar la hipótesis nula siendo cierta es una decisión correcta, cuya probabilidad es el nivel de confianza, 1-α.
4. Rechazar la hipótesis nula siendo cierta es el error tipo I, con probabilidad α.
5. Aceptar la alternativa cuando es falsa supone rechazar una hipótesis nula verdadera, que es el error tipo I.

CUADRO 1.3. DECISIONES SOBRE LA HIPÓTESIS NULA

Decisión sobre H0	H0 verdadera	H0 falsa
No rechazar	Decisión correcta. Nivel de confianza 1-α	Decisión errónea. Error tipo II β
Rechazar	Decisión errónea. Error tipo I α	Decisión correcta. Potencia del contraste 1-β

Fuente: Maciá et al. (2014), cap. 1, cuadro 1.3, pág. 44

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Maciá Antón, M. A. et al. (2014). Diseños de investigación y análisis de datos. Sanz y Torres. Cap. 1, págs. 43-44 (cuadro 1.3).

EN EL ATLAS: Tema L14 · Distribuciones muestrales, estimación y contraste de hipótesis. Se estudia con Maciá (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 75

28 PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L11 · Estadística descriptiva de dos variables

Respuesta correcta: 4

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

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

Para relacionar dos variables ordinales se usa la correlación de Spearman

Suárez Falcón resume en la tabla 5.3 qué coeficiente es apropiado según el tipo de variable. Para dos **variables ordinales** propone el **coeficiente de correlación de Spearman**, junto con los de Kendall y de Goodman y Kruskal, y reserva el de **Pearson** para dos variables cuantitativas. El coeficiente de Spearman se basa en los **rangos** de los datos en lugar de en sus valores reales, y es apropiado para variables ordinales o cuantitativas sin distribución normal. Pardo y San Martín explican cómo contrastar si la relación encontrada con él es estadísticamente significativa; el coeficiente no es más que la correlación de Pearson aplicada a los rangos.

1. La prueba H de Kruskal-Wallis compara una variable cuantitativa entre más de dos grupos; el Kruskal de la tabla de coeficientes ordinales es el de Goodman y Kruskal.
2. La correlación de Pearson es el coeficiente para dos variables cuantitativas, y su contraste supone que las variables se distribuyen normalmente, con nivel de medida de intervalo o de razón.
3. El coeficiente kappa aparece en la tabla entre los índices para dos variables cualitativas dicotómicas.
4. Es el coeficiente basado en rangos que la tabla propone para dos variables ordinales.
5. La prueba de Wilcoxon para dos muestras figura en el cuadro de Pardo entre las pruebas para comparar dos variables cuantitativas; para relacionarlas propone los coeficientes de correlación.

TABLA 5.3. COEFICIENTES DE CORRELACIÓN APROPIADOS EN FUNCIÓN DEL TIPO DE VARIABLE

Variable X / Variable Y	Cualitativa dicotómica	Cualitativa politómica	Ordinal	Cuantitativa
Cualitativa dicotómica	Estadístico χ^2; Coef. C de Contingencia; Coef. V de Cramer; Coeficiente φ; Coef. Q de Yule; Coeficiente Kappa	Estadístico χ^2; Coef. C de Contingencia; Coef. V de Cramer	Estadístico χ^2; Coef. C de Contingencia; Coef. V de Cramer	Correlación Biserial Puntual; Correlación Biserial
Cualitativa politómica		Estadístico χ^2; Coef. C de Contingencia; Coef. V de Cramer	Estadístico χ^2; Coef. C de Contingencia; Coef. V de Cramer	
Ordinal			Coef. de Correlación de Spearman; Coef. de correlación de Kendall; Coef. de correlación de Goodman y Kruskal	Coef. de Correlación de Spearman; Coef. de correlación de Kendall; Coef. de correlación de Goodman y Kruskal
Cuantitativa				Covarianza; Coef. de correlación de Pearson

Fuente: Suárez Falcón et al. (2019), cap. 5, tabla 5.3, pág. 217

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Suárez Falcón, J. C. et al. (2019). Introducción al análisis de datos (2.ª ed.). Sanz y Torres. Cap. 4, págs. 170-171; cap. 5, tabla 5.3, pág. 217. Pardo, A. y San Martín, R. (2010). Análisis de datos en ciencias sociales y de la salud II. Síntesis. Cap. 1, cuadro 1.1, págs. 36-37; cap. 5, págs. 174-175.

EN EL ATLAS — Tema L11 · Estadística descriptiva de dos variables. Se estudia con Suárez Falcón (Base).

29

PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L7 · Diseños ex post facto y evolutivos

Respuesta correcta: 3

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

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

Un diseño de casos y controles no permite extraer conclusiones causales

Quintanilla describe el **diseño retrospectivo de casos y controles**, en el que se compara un grupo seleccionado por poseer una característica (los casos) con otro que no la posee (los controles) respecto a posibles variables independientes, reconstruyendo los hechos hacia atrás. Para establecer relaciones causales deben cumplirse tres requisitos: covariación, que la variable independiente anteceda a la dependiente y que puedan descartarse explicaciones alternativas. En los diseños **ex post facto** se cumple el primero, el segundo solo en algunos casos (los prospectivos) y no el tercero. Al tener problemas de control sobre las **variables extrañas** y no poder manipular las independientes, no puede hablarse de la **validez interna** de sus conclusiones.

1. La anterioridad de la variable independiente solo se cumple en algunos diseños ex post facto, los prospectivos; el de casos y controles es retrospectivo.
2. El manual advierte que en este diseño no se puede descartar la existencia de numerosas variables extrañas que lleven a una interpretación errónea de los resultados.
3. Es la conclusión del manual sobre la validez interna de los diseños ex post facto.
4. La edad, la fase de una enfermedad o los años de escolarización no pueden manipularse, y son las variables propias de los diseños ex post facto.
5. El diseño de casos y controles es retrospectivo, porque parte del valor de los participantes en la variable dependiente y busca hacia atrás sus antecedentes.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA — Quintanilla Cobián, I. et al. (2020). Fundamentos de investigación en psicología (2.ª ed.). UNED. Cap. 7, apdos. 7.2.1, 7.2.2, 7.3.2 y 7.3.2.2 (sin paginación impresa).

EN EL ATLAS — Tema L7 · Diseños ex post facto y evolutivos. Se estudia con Quintanilla (Base).

30 PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L8 · Encuesta y metodología observacional

Respuesta correcta: 1

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

1. La muestra refleja fielmente las variables que caracterizan a la población y su tamaño es adecuado. ✓
2. Las conclusiones del estudio sólo describen a la muestra concreta y no son generalizables.
3. Obtenemos información incompleta y sesgada por las características de la muestra.
4. El criterio básico de inclusión en la muestra es la accesibilidad de los participantes.
5. El tamaño de la muestra debe ser lo más próximo posible al de la población.

Una muestra representativa comparte las características de la población y tiene un tamaño suficiente

Quintanilla explica que, para obtener información de la población, la encuesta se aplica a una **muestra representativa** de ella, y que una de sus peculiaridades es poder generalizar los resultados a la población a partir de esa muestra. Para que la estimación sea segura, la muestra debería ser **representativa**, es decir, compartir las características de la población que representa, **suficientemente grande** y aleatoria. El tamaño se relaciona con la precisión deseada, el margen de error asumido, la variabilidad de los datos y el tamaño de la población. Una muestra que no es representativa está sesgada, y a partir de sus datos no pueden generalizarse los resultados.

1. Recoge los dos requisitos del manual, compartir las características de la población y tener un tamaño suficiente.
2. La representatividad es, al contrario, lo que permite generalizar los resultados a la población.
3. Una información sesgada es la que da una muestra no representativa, a partir de cuyos datos no se pueden inferir los valores de la población.
4. Seleccionar a los participantes por su accesibilidad es el muestreo incidental o de conveniencia, no probabilístico, que no da seguridad sobre la representatividad.
5. El manual recomienda que la muestra sea grande, pero su tamaño depende de la precisión deseada, el margen de error, la variabilidad y el tamaño de la población.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Quintanilla Cobián, I. et al. (2020). Fundamentos de investigación en psicología (2.ª ed.). UNED. Cap. 8, apdos. 8.1-8.2; cap. 2, apdo. 2.2.3 (sin paginación impresa).

EN EL ATLAS

Tema L8 · Encuesta y metodología observacional. Se estudia con Quintanilla (Base). Quintanilla es Ampliación del tema L1 · El método científico y las estrategias de investigación.

31 PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L5 · Diseños experimentales de caso único

Respuesta correcta: 4

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

1 La diferencia existente entre las medidas pre-test y postest del participante.

2 La referencia normativa de la población con la que comparar los resultados de la intervención.

3 Los cambios detectados en la variable dependiente como consecuencia de la aplicación del tratamiento.

4 La serie de observaciones de la variable dependiente realizadas antes de aplicar el tratamiento. ✓

5 La ausencia de variabilidad en las observaciones de la variable dependiente.

La línea base es la serie de observaciones de la conducta tomadas antes del tratamiento

En los diseños de **caso único**, el procedimiento básico empieza tomando varias medidas repetidas de la variable dependiente para establecer su **línea base**, hasta conseguir su estabilidad. Quintanilla la define como el periodo en el que se toman una serie de observaciones de la conducta objeto de estudio **en ausencia del tratamiento**, y la denomina **fase A**; después se introduce el tratamiento y se siguen tomando medidas (fase B). La línea base aporta información descriptiva, sobre el nivel existente de la conducta, y predictiva, sobre cómo evolucionaría con o sin tratamiento.

1 La línea base es solo una de las series que se comparan, la previa al tratamiento; el efecto se evalúa comparándola con la fase B.

2 En el diseño de caso único la comparación se hace con las observaciones del propio participante antes del tratamiento.

3 Los cambios en la variable dependiente tras introducir el tratamiento se registran en la fase B.

4 Es la definición del manual, la serie de observaciones en ausencia de tratamiento o fase A.

5 Una línea base estable se caracteriza por la ausencia de tendencia y por una variabilidad relativamente pequeña, que no tiene por qué ser nula.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Quintanilla Cobián, I. et al. (2020). Fundamentos de investigación en psicología (2.ª ed.). UNED. Cap. 5, apdos. 5.3-5.4 (sin paginación impresa).

EN EL ATLAS: Tema L5 · Diseños experimentales de caso único. Se estudia con Quintanilla (Base).

32 PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L4 · Diseños experimentales de grupos (intersujetos, intrasujetos y factoriales)

Respuesta correcta: 5

Los diseños de investigación experimentales intrasujeto:

1 Utilizan variables independientes no manipuladas directamente por el investigador sino a través de la selección de los participantes.

2 Se basan en la comprobación de grupos independientes asignados a las condiciones experimentales.

3 Combinan dos variables independientes basadas en las características de los participantes.

4 Tienen menor validez interna que los diseños intersujetos al no utilizar la asignación aleatoria.

5 Utilizan técnicas de control específicas para controlar los efectos asociados al orden de la aplicación de las condiciones experimentales. ✓

Los diseños intrasujeto controlan con técnicas específicas los efectos del orden de los tratamientos

En los diseños **intragrupo** o intrasujeto se aplican todos los tratamientos al mismo grupo de participantes de forma secuencial. Quintanilla explica que el lugar que ocupa cada tratamiento en la secuencia puede alterar los resultados, porque los siguientes quedan afectados por los previos. Son los **efectos de orden**, también llamados error progresivo, que pueden producir práctica o fatiga, y los **efectos residuales** o de arrastre. Los primeros se controlan con la técnica de **contrabalanceo**, que reparte el error progresivo por igual entre las condiciones, y los segundos espaciando los tratamientos. Las variables extrañas de sujeto quedan controladas porque cada participante actúa como control de sí mismo.

1 Las variables de selección de valores, sin manipulación intencional, caracterizan las estrategias no manipulativas, como los estudios ex post facto.

2 Asignar grupos independientes a cada condición es propio de los diseños intergrupos; en el intragrupo todos los participantes pasan por todas las condiciones.

3 Estudiar variables basadas en características de los participantes, que no se manipulan, corresponde a la investigación ex post facto.

4 El manual señala como mayor inconveniente los efectos del orden, que pueden disminuir su validez interna si no se controlan, y como ventaja que controlan las variables extrañas de sujeto.

5 Es lo que exige la aplicación secuencial de los tratamientos, con el contrabalanceo como técnica principal.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Quintanilla Cobián, I. et al. (2020). Fundamentos de investigación en psicología (2.ª ed.). UNED. Cap. 4, apdos. 4.5.2 y 4.5.2.1; cap. 1, apdo. 1.5.2 (sin paginación impresa).

EN EL ATLAS: Tema L4 · Diseños experimentales de grupos (intersujetos, intrasujetos y factoriales. Se estudia con Quintanilla (Base).

33 PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L6 · Diseños cuasiexperimentales

Respuesta correcta: 3

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

1 Se estudian casos únicos o muy pequeños.

2 El estudio se realiza en contextos simulados.

3 No se realiza asignación aleatoria de los participantes a las distintas condiciones de estudio. ✓

4 Se utilizan varias variables dependientes.

5 Se realiza con muestras de participantes obtenidas por muestreo probabilístico.

Lo que distingue al cuasiexperimento del experimento es la falta de asignación aleatoria

Quintanilla explica que en los diseños **cuasiexperimentales** existe manipulación de la variable independiente, pero en ningún caso se da la **asignación aleatoria** de los participantes a los grupos, que por tanto no son equivalentes. Esa ausencia de aleatorización es su principal característica y limitación, y el **elemento diferenciador** respecto a los experimentales: como los grupos no pueden organizarse al azar, no se garantiza su equivalencia inicial y es difícil asegurar que los resultados se deban solo a la variable independiente. Al realizarse a menudo en contextos naturales, el cuasiexperimento suele tener mayor validez externa que el experimento, aunque es más débil en **validez interna**.

1 El estudio de un solo caso corresponde a los diseños experimentales de caso único.

2 La investigación cuasiexperimental se lleva a cabo muchas veces en contextos naturales, como colegios o empresas.

3 Es el elemento diferenciador que señala el manual.

4 Utilizar más de una variable dependiente hace que un diseño sea multivariado, como el diseño intragrupo que el manual describe en el cuadro 4.5.

5 El muestreo probabilístico aumenta la probabilidad de que la muestra sea representativa; la diferencia con el experimento está en la asignación a los grupos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Quintanilla Cobián, I. et al. (2020). Fundamentos de investigación en psicología (2.ª ed.). UNED. Cap. 6, apdos. 6.1-6.2; cap. 4, apdo. 4.5.2; cap. 2, apdo. 2.2.3 (sin paginación impresa).

EN EL ATLAS

Tema L6 · Diseños cuasiexperimentales. Se estudia con Quintanilla (Base).

34

PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L4 · Diseños experimentales de grupos (intersujetos, intrasujetos y factoriales)

Respuesta correcta: 2

Los diseños experimentales factoriales o también denominados diseños experimentales complejos:

1. Estudian el efecto de una variable independiente sobre varias variables dependientes.
2. Estudian los efectos principales de varias variables independientes y su posible efecto conjunto o de interacción. ✓
3. Son poco adecuados si se sospecha que algunas de las variables del estudio pueden tener efectos de interacción.
4. Pueden prescindir de las técnicas de control experimental por su complejidad.
5. Se basan en la aplicación de todas las condiciones experimentales al mismo grupo de participantes.

Los diseños factoriales estudian los efectos principales de varias variables independientes y su interacción

Quintanilla explica que los **diseños factoriales** ponen a prueba hipótesis sobre la influencia de dos o más factores, o variables independientes, combinando sus niveles. A la influencia por separado de cada una sobre la variable dependiente se le denomina **efecto principal**, y al efecto combinado, **efecto de interacción**: el efecto de una variable independiente sobre la conducta cambia en función de los valores que toma la otra. En un diseño A x B hay dos posibles efectos principales y una interacción, y al aumentar el número de factores crece el de interacciones posibles. Los factoriales pueden ser intergrupos, intragrupo o mixtos.

1. Una sola variable independiente con varias dependientes describe un diseño unifactorial multivariado.
2. Recoge las dos clases de efectos que permite estudiar el diseño factorial.
3. El diseño factorial es el que permite estudiar el efecto de interacción entre las variables independientes.
4. Como cualquier diseño experimental, el factorial necesita controlar las variables extrañas para atribuir los cambios a las variables independientes.
5. Aplicar todas las condiciones al mismo grupo es propio de los diseños intragrupo, una de las tres modalidades del factorial junto con los intergrupos y los mixtos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Quintanilla Cobián, I. et al. (2020). Fundamentos de investigación en psicología (2.ª ed.). UNED. Cap. 4, apdos. 4.6, 4.6.1-4.6.3, 4.2 y 4.5.2 (sin paginación impresa).

EN EL ATLAS

Tema L4 · Diseños experimentales de grupos (intersujetos, intrasujetos y factoriales. Se estudia con Quintanilla (Base).

35 PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L1 · El método científico y las estrategias de investigación

Respuesta correcta: 2

¿Qué procedimiento específico de la estrategia experimental hace que sea la más adecuada para contrastar hipótesis de causalidad? :

1 El muestreo representativo de los participantes.

2 La manipulación de la variable independiente con control de las posibles variables extrañas. ✓

3 La realización del estudio en contextos reales con grupos naturales.

4 La identificación de posibles variables predictoras a través del análisis retrospectivo del fenómeno de estudio.

5 La aplicación de técnicas estadísticas para el análisis de los datos.

La manipulación de la variable independiente con control de variables extrañas permite contrastar hipótesis causales

Quintanilla presenta la **experimentación** como la estrategia más potente de la investigación cuantitativa, cuyo objetivo fundamental es el estudio de las **relaciones causales**. Siguiendo a Mill, una relación causa-efecto exige que la causa preceda al efecto, que el efecto esté relacionado con la causa y que puedan desecharse otras explicaciones. La característica fundamental de la investigación experimental es estudiar esas relaciones mediante la **manipulación directa** de las variables independientes, la medida de sus efectos sobre las dependientes y el **control** de las variables extrañas. Entre las técnicas de control destaca la aleatorización en la asignación de los participantes a los grupos.

1 El muestreo representativo es la base de la encuesta, cuya peculiaridad es generalizar los resultados de la muestra a la población.

2 Es la combinación que el manual identifica como característica fundamental de la investigación experimental.

3 Trabajar con grupos ya formados en contextos naturales es lo propio del cuasiexperimento, que gana validez externa pero es más débil en validez interna.

4 Buscar hacia atrás los antecedentes de un fenómeno es lo que hacen los diseños ex post facto retrospectivos, en los que no pueden descartarse explicaciones alternativas.

5 El análisis de los datos es una fase de cualquier investigación; el manual atribuye la capacidad causal del experimento a la manipulación y el control.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Quintanilla Cobián, I. et al. (2020). Fundamentos de investigación en psicología (2.ª ed.). UNED. Cap. 1, apdo. 1.5.1; cap. 4, apdo. 4.2; cap. 2, apdo. 2.2.4; cap. 6, apdo. 6.2; cap. 7, apdo. 7.3.2; cap. 8, apdo. 8.2 (sin paginación impresa).

EN EL ATLAS

Tema L1 · El método científico y las estrategias de investigación. Se estudia con Quintanilla (Base). Quintanilla es Base del tema L4 · Diseños experimentales de grupos (intersujetos, intrasujetos y factoriales.

36 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H8 · Personalidad: concepto, modelos teóricos, teorías estructurales y enfoque sociocognitivo

Respuesta correcta: 2

La estructura de la personalidad se puede organizar según:

1 El modelo tridimensional de R.B. Cattel.

2 La propuesta de cinco factores de Zuckerman. ✓

3 Los cinco factores básicos de Cantor y Kihstrom.

4 Los dieciséis factores de H.J. Eysenck.

5 La teoría monorrasgo de Costa y McCrae.

Zuckerman propuso un modelo de cinco factores como alternativa a los cinco grandes

Díaz-Garrido, Al-Halabí, Cangas y Rodríguez-Otero recogen el modelo de **Zuckerman**, que sigue una línea internalista, factorial, rasgo-estructural y psicobiologicista. Primero propuso **cuatro factores**: neuroticismo-emocionalidad, extroversión, agresión-hostilidad e impulsividad no socializadora-búsqueda de sensaciones. Después planteó otro de **cinco factores** como alternativa al big five de McCrae y Costa, el llamado **cinco alternativos**, formado por impulsividad-búsqueda de sensaciones, sociabilidad, neuroticismo-ansiedad, agresión-hostilidad y actividad. Sánchez-Elvira describe los modelos de los demás autores: los 16 factores de Cattell, los tres factores del modelo PEN de Eysenck y los cinco grandes factores.

1 El modelo de Cattell es el de 16 factores; el de tres factores es el PEN de Eysenck.

2 Es el modelo de los cinco alternativos de Zuckerman.

3 Bermúdez cita a Cantor y Kihlstrom en el estudio del autoconcepto y de los múltiples yoes que coexisten en la persona.

4 Los dieciséis factores son de Cattell; Eysenck propuso tres dimensiones básicas, psicoticismo, extraversión y neuroticismo.

5 McCrae y Costa son los autores del big five, al que Zuckerman opuso su modelo alternativo de cinco factores.

Ojo. En el corpus, el modelo de Zuckerman solo se describe en el volumen I de Díaz-Garrido et al., fuera de las fuentes del tema H8. El comentario de partida remite al manual de psicología diferencial de Andrés Pueyo (1997), que no está en el corpus.

Trampa. Cada distractor cruza un autor con el modelo de otro: Cattell con el número de factores de Eysenck, Eysenck con el de Cattell y Costa y McCrae con un único rasgo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Díaz-Garrido, J. A., Al-Halabí, S., Cangas, A. J. y Rodríguez-Otero, F. (coords.) (2024). Tratamientos psicológicos en los trastornos de la personalidad, vol. I. Fundamentos, características y persona. Pirámide. Cap. 1, pág. 25. Sánchez-Elvira Paniagua, Á. (2005). Introducción al estudio de las diferencias individuales. Sanz y Torres. Cap. 7, apdos. 3.1-3.3, págs. 346 y 364. Bermúdez Moreno, J. (2011). Psicología de la personalidad. UNED. Cap. 12, págs. 531-533.

EN EL ATLAS

Tema H8 · Personalidad: concepto, modelos teóricos, teorías estructurales y enfoque sociocognitivo. Díaz-Garrido no es fuente de este tema. Se estudia con II). Sánchez-Elvira (Ampliación).

37 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H3 · Inteligencia: enfoques estructural y procesual

Respuesta correcta: 2

Las investigaciones cognitivas de la inteligencia, y por lo que se refiere a la relación entre Tiempo de Reacción (TR) y Cociente Intelectual (CI):

1 Han hallado asociaciones positivas de gran magnitud.

2 Describen relaciones negativas con diferencias en la magnitud, según los estudios. ✓

3 Han encontrado ausencia de asociación ente ambos constructos.

4 No han recibido atención por parte de la comunidad científica.

5 Parten del estudio de las diferencias culturales en inteligencia.

La relación entre el tiempo de reacción y el CI es negativa y de magnitud variable

Sánchez-Elvira recoge la línea de investigación sobre **inteligencia y tiempo de reacción**, cuyo objetivo es mostrar que las personas más inteligentes presentan un TR menor en tareas muy simples. El cuadro 6.5 resume los resultados que reunió Eysenck: el **tiempo de reacción simple** correlaciona **negativamente** con las medidas tradicionales de inteligencia; el **tiempo de reacción de elección** presenta correlaciones más altas, aunque moderadas (entre -.20 y -.30); la variabilidad intraindividual del TR correlaciona con el CI en torno a -.30, y al combinar varios tipos de tests las correlaciones se sitúan en torno a -.50.

1 Las asociaciones son negativas, porque los más inteligentes tardan menos, y en general de magnitud moderada.

2 Recoge el balance del manual, correlaciones negativas que van de -.20 a -.50 según la medida.

3 Sí hay asociación, y el manual describe correlaciones negativas y significativas incluso para los tiempos de decisión y de movimiento.

4 Es una línea de investigación con numerosos estudios cronométricos, cuyos resultados resume Eysenck (1984, 1998).

5 Su punto de partida es la hipótesis de que las personas más inteligentes responden más rápido en tareas muy simples.

Ojo. El manual señala una debilidad metodológica de estos estudios: la mayoría utiliza estudiantes, lo que restringe el rango del CI y atenúa las correlaciones.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Sánchez-Elvira Paniagua, Á. (2005). Introducción al estudio de las diferencias individuales. Sanz y Torres. Cap. 6, págs. 288-290 (cuadro 6.5).

EN EL ATLAS: Tema H3 · Inteligencia: enfoques estructural y procesual. Se estudia con Sánchez-Elvira (Base).

38 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H8 · Personalidad: concepto, modelos teóricos, teorías estructurales y enfoque sociocognitivo

Respuesta correcta: 2

Según la clasificación de rasgos que hizo R.B. Cattell:

1 Los rasgos específicos se observan en la conducta cotidiana de los individuos, en todas las culturas.

2 Los ergios y los sentimientos configuran la estructura dinámica o motivacional. ✓

3 Las capacidades y las competencias son rasgos temperamentales.

4 Las actitudes son rasgos de rendimiento.

5 Los rasgos básicos son directamente observables y cualitativamente objetivos.

En la teoría de Cattell, ergios y sentimientos forman la estructura dinámica o motivacional

Bermúdez, Pérez García y Sanjuán exponen la clasificación de los rasgos de **Cattell**. Por su origen pueden ser constitucionales o ambientales; por su contenido, de **capacidad** o aptitudinales, de personalidad o **temperamentales** y **dinámicos**, relacionados con la motivación; por su rango de aplicación, comunes o específicos, y por su significación, superficiales o fuente. Los rasgos dinámicos se dividen en **actitudes, sentimientos y ergios**. La actitud es la unidad básica, y el análisis factorial de las actitudes arrojó dos factores: los ergios, impulsos biológicos innatos, y los sentimientos, adquiridos sobre todo a través de la familia y la escuela.

1 Los rasgos específicos son exclusivos de una persona; los aplicables a todos los individuos son los comunes.

2 Los ergios y los sentimientos son los dos factores que surgen del análisis de las actitudes, dentro de los rasgos dinámicos.

3 Las capacidades son rasgos aptitudinales, recursos para solucionar problemas como la inteligencia; los temperamentales se refieren a la forma peculiar de comportamiento de cada persona.

4 Las actitudes son la unidad básica de los rasgos dinámicos y expresan la fuerza del interés por seguir un curso de acción.

5 Los rasgos fuente o profundos se determinan por conductas que covarían conjuntamente, y Cattell los descubre mediante el análisis factorial.

Para fijarlo. Actitud, sentimiento y ergio van de lo concreto a lo innato: la actitud depende del sentimiento, y el sentimiento, del ergio.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Bermúdez Moreno, J., Pérez García, A. M. y Sanjuán Suárez, P. (2017). Psicología de la personalidad: teoría e investigación, vol. I. UNED. Cap. 4, apdos. 3.3 y 3.6 (edición digital sin paginar). Colom, R. (2018). Manual de psicología diferencial. Pirámide. Cap. 14, cuadro 14.3, págs. 414-416.

EN EL ATLAS

Tema H8 · Personalidad: concepto, modelos teóricos, teorías estructurales y enfoque sociocognitivo. Se estudia con Bermúdez 2017 (Base) y Colom (Ampliación).

39 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H3 · Inteligencia: enfoques estructural y procesual

Respuesta correcta: 1

La inteligencia fluida:

1 Está implicada en tareas que son nuevas. ✓

2 Se muestra en tareas con contenido verbal.

3 Refleja el aprendizaje formal.

4 No forma parte de la inteligencia general.

5 Delimita destrezas basadas en la experiencia previa.

La inteligencia fluida permite afrontar situaciones nuevas sin depender del aprendizaje previo

En el modelo Gf-Gc de Cattell y Horn, Sánchez-Elvira define la **inteligencia fluida** como la capacidad para adaptarse y afrontar **situaciones nuevas** de forma flexible sin que el aprendizaje previo constituya una fuente de ayuda determinante para su manifestación. La configuran aptitudes como la inducción, la deducción, las relaciones y clasificaciones figurativas, la memoria asociativa o la rapidez intelectual; tiene mayor base genética y alcanza su máximo hacia la adolescencia. La **inteligencia cristalizada** es el nivel de desarrollo cognitivo alcanzado a través de la historia de **aprendizaje**, con aptitudes como la comprensión verbal, las relaciones semánticas o los juicios y conclusiones.

1 Es la capacidad de afrontar situaciones nuevas sin apoyarse de forma determinante en el aprendizaje previo.

2 La comprensión verbal es una de las aptitudes que constituyen la inteligencia cristalizada.

3 Reflejar el aprendizaje es lo propio de la inteligencia cristalizada, que depende en gran medida de la experiencia previa en el ámbito cultural.

4 Gustafsson identificó el factor g con la inteligencia fluida, cuyo peso factorial en g se acerca a la unidad, aunque Carroll encontró después una correlación menor entre ambos.

5 Las destrezas basadas en la experiencia previa corresponden a la inteligencia cristalizada, que se evalúa con tests de conocimientos adquiridos.

> **Para fijarlo.** El manual compara la fluida con una cascada que fluye y la cristalizada con un diamante pulido por la experiencia.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Sánchez-Elvira Paniagua, Á. (2005). Introducción al estudio de las diferencias individuales. Sanz y Torres. Cap. 5, cuadro 5.16, págs. 249-251; pág. 257.

EN EL ATLAS

Tema H3 · Inteligencia: enfoques estructural y procesual. Se estudia con Sánchez-Elvira (Base).

40 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H3 · Inteligencia: enfoques estructural y procesual

Respuesta correcta: 4

Inteligencia interpersonal, inteligencia espacial e inteligencia lógico-matemática, son tipos de inteligencia pertenecientes :

1 Al modelo de Cattell sobre la inteligencia.

2 A la Teoría Triárquica de Sternberg.

3 A la propuesta ofrecida por Eysenck.

4 Al modelo de las Inteligencias Múltiples de Gardner. ✓

5 A la propuesta de Guilford sobra la estructura del intelecto.

Las inteligencias interpersonal, espacial y lógico-matemática son de la teoría de las inteligencias múltiples de Gardner

Sánchez-Elvira expone la **teoría de las inteligencias múltiples** de Gardner, que propone un conjunto de inteligencias distintas e independientes en lugar de una inteligencia única de carácter general. En un primer momento la compuso de siete inteligencias, a las que sumó una octava y, más recientemente, sugirió una novena. La tabla 6.1 del manual las define, empezando por la **lingüística**, la **lógico-matemática**, la **espacial** y la musical, y el texto añade que las inteligencias 6 y 7 serían la base de la **inteligencia emocional**. Gardner justifica la independencia de cada una con criterios como su delimitación por lesiones cerebrales o la existencia de poblaciones atípicas.

1 El modelo de Cattell distingue la inteligencia fluida y la cristalizada, dos factores generales de segundo orden.

2 En la teoría triárquica, Sternberg propone una oligarquía federada regida por los metacomponentes, procesos ejecutivos de planificación, monitorización y evaluación.

3 Eysenck aparece en el manual ligado a los estudios cronométricos sobre tiempo de reacción e inteligencia, cuyos resultados resumió.

4 Son tres de las inteligencias de Gardner.

5 El modelo de Guilford combina tres dimensiones, operaciones, contenidos y productos, de las que derivan 120 aptitudes independientes.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Sánchez-Elvira Paniagua, Á. (2005). Introducción al estudio de las diferencias individuales. Sanz y Torres. Cap. 6, apdo. 3.2, págs. 321-322 (tabla 6.1), y pág. 290; cap. 5, págs. 226, 241 y 248.

EN EL ATLAS

Tema H3 · Inteligencia: enfoques estructural y procesual. Se estudia con Sánchez-Elvira (Base).

41

DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H11 · Estabilidad de la personalidad

Respuesta correcta: 2

En psicología de la personalidad, cuando se habla de consistencia y estabilidad de la personalidad, se puede estar haciendo referencia a la constatación de que:

1. Los rasgos que muestra la persona son coherentes con su historia ontogenética.
2. Las conductas y situaciones que se equiparan a través de los puntos temporales son similares. ✓
3. La personalidad es la respuesta a las demandas situacionales.
4. Los ítems que evalúan un rasgo mantienen altas correlaciones entre sí.
5. Las conductas estables y consistentes son indicadoras de salud mental.

La consistencia y la estabilidad se refieren a conductas similares ante situaciones equiparables a lo largo del tiempo

Bermúdez recuerda que el modelo de rasgos sostiene que la conducta es **consistente y estable** a lo largo de las distintas situaciones y en diferentes momentos temporales, es decir, que la ordenación de los individuos en un rasgo se mantiene cuando se observa su conducta en otros contextos. Colom precisa que el comportamiento será **consistente** cuando sea parecido en distintas situaciones, y **estable** cuando no cambie sustantivamente a lo largo del tiempo. Bermúdez, Pérez García y Sanjuán recogen el postulado de Murray según el cual, ante situaciones similares, observaremos conductas similares (consistencia). En su capítulo sobre estabilidad, Bermúdez concluye que existe una significativa estabilidad en las diferencias individuales de personalidad.

1. La consistencia y la estabilidad se definen por la semejanza de la conducta a través de las situaciones y de los momentos temporales.
2. Recoge la consistencia ante situaciones equiparables y la estabilidad a lo largo del tiempo.
3. Explicar la conducta por las condiciones de la situación es el supuesto del modelo situacionista, para el que las causas de la conducta están fuera de la persona.
4. La correlación entre los ítems de un test es su consistencia interna, un índice de fiabilidad como el alfa de Cronbach.
5. Bermúdez destaca como característica de la personalidad la flexibilidad adaptativa, que se traduce en patrones de estabilidad y de variabilidad.

Ojo. La formulación de la clave no es literal en el corpus. Se sostiene con la definición de Colom (cap. 13, pág. 396) y con la de Bermúdez (2011, cap. 1, pág. 43), que hablan de la conducta en distintas situaciones y momentos temporales.

Trampa. La opción 4 usa la palabra consistencia en su sentido psicométrico, el de la fiabilidad de un test.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Bermúdez Moreno, J. (2011). Psicología de la personalidad. UNED. Cap. 1, págs. 43 y 45; cap. 2, págs. 85-86; cap. 4, pág. 197; cap. 9, págs. 423-425. Colom, R. (2018). Manual de psicología diferencial. Pirámide. Cap. 13, pág. 396. Bermúdez Moreno, J., Pérez García, A. M. y Sanjuán Suárez, P. (2017). Psicología de la personalidad: teoría e investigación, vol. I. UNED. Cap. 1, apdo. 3.1 (edición digital sin paginar).

EN EL ATLAS

Tema H11 · Estabilidad de la personalidad. Se estudia con Bermúdez 2011 (Base). Bermúdez 2011 es Ampliación del tema H8 · Personalidad: concepto, modelos teóricos, teorías estructurales y enfoque sociocognitivo.

42

DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H7 · Herencia y ambiente

Respuesta correcta: 4

La heredabilidad de un rasgo de personalidad:

1. Es un concepto estadístico para estimar la influencia de los fenotipos sobre los genotipos, independientemente del ambiente.
2. Es generalizable para todos los humanos, independientemente de la cultura y el momento histórico.
3. Pone en duda la capacidad del ambiente para modificar la dotación genética.
4. Se estudia, entre otras perspectivas, desde la genética molecular. ✓
5. Se refiere a la influencia directa de los genes paternos y maternos en la conducta de un individuo.

La heredabilidad de la personalidad se estudia también con la genética molecular

Bermúdez define el **coeficiente de heredabilidad** como la proporción de la varianza de las puntuaciones que se puede atribuir a los factores genéticos **en una población particular**, de modo que no refleja la influencia de la herencia en un individuo ni informa de si la característica puede cambiar por la acción del ambiente. Además de los estudios de familias, gemelos y adopciones, el manual dedica un apartado a los **hallazgos de la genética molecular**, que intenta identificar los genes específicos de cada característica de personalidad con ayuda del **Proyecto Genoma Humano**; hasta ahora solo ha encontrado genes de efecto muy pequeño, como el DRD4 o el 5-HTTLPR. Sánchez-Elvira recuerda que estas estimaciones corresponden a una población concreta en un momento determinado.

1. La relación va en sentido contrario, porque el coeficiente estima qué parte de la varianza de las puntuaciones observadas se debe a los factores genéticos.
2. El coeficiente cambia según la muestra, sobre todo entre culturas o niveles socioeconómicos, y no se puede generalizar de una población a otra; Sánchez-Elvira añade que varía a través del tiempo.
3. El índice no informa de si la característica puede cambiar por la acción del ambiente, y que varíe de una muestra a otra subraya la importancia de las interacciones entre genes y ambiente.
4. La genética molecular busca los genes concretos responsables de cada característica de personalidad, aunque sus progresos han sido modestos.
5. La heredabilidad se refiere a una muestra o población y no refleja la influencia de la herencia en un individuo particular.

> **Trampa.** Tres distractores dan al índice una lectura individual, universal o determinista que el manual descarta de forma expresa.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Bermúdez Moreno, J. (2011). Psicología de la personalidad. UNED. Cap. 3, págs. 120-122 y 130-131.
Sánchez-Elvira Paniagua, Á. (2005). Introducción al estudio de las diferencias individuales. Sanz y Torres. Cap. 10, pág. 534.

EN EL ATLAS

Tema H7 · Herencia y ambiente. Se estudia con Bermúdez 2011 (Ampliación) y Sánchez-Elvira (Base).

43

DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H8 · Personalidad: concepto, modelos teóricos, teorías estructurales y enfoque sociocognitivo

Respuesta correcta: 3

Las creencias y los valores, según la psicología de la personalidad:

1. Una vez establecidos, no experimentan cambios durante el resto de la vida del individuo.
2. Dirigen a la persona hacia la transcendencia, según la propuesta motivacional de Maslow.
3. Predisponen a la persona a preferir unos modos de comportamiento frente a otros. ✓
4. Impulsan a las personas hacia la defensa de los derechos humanos.
5. Fomentan el desarrollo del grupo frente al desarrollo individual.

Los valores orientan qué forma de conducta elige cada persona

En el enfoque sociocognitivo de la personalidad, los **valores, intereses, metas y proyectos vitales** son una de las unidades que determinan la conducta. Para entender **por qué adoptamos una forma de conducta y no otra** de las alternativas posibles, hay que considerar los intereses y preferencias, los objetivos y los proyectos que se quieren satisfacer con la conducta elegida. Las personas se esfuerzan por llevar a cabo una conducta en la medida en que les resulte atractiva y les permita resultados asumibles en su **esquema de valores**, que define su **proyecto vital**. Por eso los valores predisponen a preferir unos modos de comportamiento frente a otros.

1. Bermúdez presenta los valores entre las características personales que las consecuencias de la conducta pueden alterar, junto a las expectativas y las estrategias de acción.
2. La trascendencia no figura en la definición de los valores de este enfoque, y el manual solo cita a Maslow entre los autores humanistas o fenomenológicos.
3. Los valores e intereses explican por qué se adopta una forma de conducta y no otra de las posibles.
4. La defensa de los derechos humanos es el contenido de algunos valores concretos; el manual habla del esquema de valores que defiende cada persona.
5. Que prime el grupo o el individuo depende de la cultura, y el manual distingue sociedades donde priman los valores personales, como la occidental, de otras donde priman los colectivos, como la oriental.

Ojo. Bermúdez (2017) no tiene paginación impresa y se cita por capítulo y apartado. El mismo texto sobre valores, intereses y metas está, con páginas, en Bermúdez (2011), cap. 9, págs. 409-410.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Bermúdez Moreno, J., Pérez García, A. M. y Sanjuán Suárez, P. (2017). Psicología de la personalidad: teoría e investigación, vol. I. UNED. Cap. 7, apdo. 2.1.3; cap. 2, apdos. 2-3; cap. 6, apdo. 4; cap. 11, apdo. 1. Bermúdez Moreno, J. (2011). Psicología de la personalidad. UNED. Cap. 9, págs. 409-410.

EN EL ATLAS

Tema H8 · Personalidad: concepto, modelos teóricos, teorías estructurales y enfoque sociocognitivo. Se estudia con Bermúdez 2017 (Base) y Bermúdez 2011 (Ampliación).

44 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H3 · Inteligencia: enfoques estructural y procesual

Respuesta correcta: 4

Según la Teoría de las Inteligencias Múltiples, la inteligencia intrapersonal:

1. Ha sido preponderante en nuestro sistema actual de evaluación académica.
2. Es la capacidad para entender e interactuar con los demás.
3. Se centra en el potencial para formarse un modelo mental de un mundo espacial.
4. Es la capacidad para formase un modelo ajustado de uno mismo y de usarlo eficazmente en la vida. ✓
5. Se exhibe a la hora de elaborar productos que necesitan emplear el cuerpo.

La inteligencia intrapersonal es conocerse a uno mismo y usarlo como guía de conducta

En la **teoría de las inteligencias múltiples**, Gardner propone un conjunto de inteligencias distintas e independientes en lugar de una inteligencia general única. La tabla 6.1 de Sánchez-Elvira define la **inteligencia intrapersonal** como determinar con precisión el estado de humor, los sentimientos y otros estados mentales de uno mismo y usar esa información como **guía de conducta** en la interacción con el mundo; representa el grado de **conocimiento que cada persona tiene de sí misma**. La **interpersonal** hace lo mismo con los estados mentales de los otros. Según el manual, estas dos inteligencias serían la base de la llamada inteligencia emocional.

1. Según Gardner, las pruebas convencionales solo tocan la inteligencia lingüística, la lógico-matemática y, en cierta medida, la espacial; la intrapersonal no se refleja en las puntuaciones de CI.
2. Entender los estados mentales de los demás y usarlos como guía de conducta define la inteligencia interpersonal.
3. Percibir el mundo visual con precisión, transformarlo y recrear experiencias visuales corresponde a la inteligencia espacial.
4. Formarse un modelo ajustado de uno mismo y usarlo en la vida equivale al conocimiento de sí que sirve de guía de la conducta.
5. El dominio y la orquestación de los movimientos del cuerpo y la manipulación hábil de objetos definen la inteligencia corporal-cinestésica.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Sánchez-Elvira Paniagua, Á. (2005). Introducción al estudio de las diferencias individuales. Sanz y Torres. Cap. 6, tabla 6.1, págs. 321-323. Papalia, D. E. y Martorell, G. (2021). Desarrollo humano (14.ª ed.). McGraw-Hill. Cap. 9, pág. 275.

EN EL ATLAS Tema H3 · Inteligencia: enfoques estructural y procesual. Se estudia con Sánchez-Elvira (Base).

45

PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L21 · Validez de los tests

Respuesta correcta: 4

La validez de contenido de un instrumento de evaluación se refiere a:

1 Las evidencias obtenidas mediante análisis factoriales.

2 La concurrencia de medidas.

3 La adecuación en el establecimiento de inferencias.

4 La relevancia y la representatividad de sus ítems. ✓

5 Las relaciones significativas con otras medidas.

La validez de contenido mira la relevancia y la representatividad de los ítems

Fernández-Ballesteros explica que, definida al modo clásico, la **validez de contenido** se centra en la **relevancia y representatividad de los ítems** que conforman el test, y no en las interpretaciones que se hacen. Hoy se habla de **evidencias basadas en el contenido**, que analizan la relación entre los temas, palabras, formatos de ítems y tareas del test y el constructo que se quiere medir. Muñiz lo resume en dos comprobaciones, la definición del constructo y el grado en que los ítems lo **representan** en todos sus aspectos. Las demás opciones remiten a otras fuentes de evidencia de la validez.

1 Los análisis factoriales, exploratorios o confirmatorios, son las herramientas de las evidencias basadas en la estructura interna del test.

2 La concurrencia con otras medidas tomadas como criterio es la evidencia concurrente o convergente, dentro de la relación del test con otras variables.

3 Las inferencias sobre constructos no observables son el terreno de la validez de constructo.

4 Es la definición clásica de la validez de contenido que recoge el manual.

5 Las relaciones del test con otras variables forman las evidencias de validez externa.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 4, apdo. 4.2, págs. 136-138. Muñiz, J. (2018). Introducción a la psicometría. Teoría clásica y TRI. Pirámide. Cap. 3, págs. 102-103.

EN EL ATLAS: Tema L21 · Validez de los tests. Se estudia con Fernández-Ballesteros (Ampliación) y Muñiz (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 201

46

PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L8 · Encuesta y metodología observacional

Respuesta correcta: 2

¿A qué se refiere el muestreo intersesional utilizado en las técnicas de observación:

1. Al registro de la información relevante entre sesiones.
2. A la periodicidad, número y criterios de inicio-fin de las sesiones. ✓
3. A las rondas sucesivas de observación de los sujetos a observar.
4. A la selección temporal y su modalidad de intervalo o parcial.
5. Al registro de eventos focales que ocurren entre sesiones.

El muestreo intersesional decide cuándo observar y cómo se reparten las sesiones

Quintanilla et al. llaman **muestreo intersesional** a la decisión que determina **cuándo se debe observar**, fijando los **criterios de inicio y final de las sesiones**, con un criterio fijo (temporal, conductual o de eventos) o con una selección aleatoria de los inicios dentro del periodo de observación. El **muestreo intrasesional** decide, en cambio, a quién se observa y en qué momento dentro de cada sesión. Moreno Rosset y Ramírez Uclés incluyen en el muestreo de tiempo cuánto se observa, **cuántas sesiones** se hacen y con qué **periodicidad**, y separan de ello el registro continuo o por intervalos dentro de la sesión.

1. Registrar información entre sesiones no forma parte del muestreo, que se ocupa de planificar cuándo empiezan y acaban las sesiones de observación.
2. Periodicidad, número de sesiones y criterios de inicio y final son las decisiones sobre las sesiones que recogen los dos manuales.
3. Ir observando por turnos a los distintos individuos del grupo describe el muestreo multifocal o de barrido, que es intrasesional.
4. El registro por intervalos se decide dentro de cada sesión, y Moreno Rosset lo separa de las decisiones sobre las sesiones.
5. El sujeto focal pertenece al muestreo intrasesional de participantes, que reparte la atención del observador dentro de cada sesión.

Ojo. La obra en la que se basa la pregunta, Moreno Rosset (2005), pág. 269, no está en el corpus, y la edición de 2019 no usa el término intersesional. El PDF de Quintanilla no conserva la paginación impresa y se cita por apartado.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Quintanilla Cobián, I. et al. (2020). Fundamentos de investigación en psicología (2.ª ed.). UNED. Cap. 9, apdos. 9.4.1.1 y 9.4.1.2. Moreno Rosset, C. y Ramírez Uclés, I. M. (2019). Evaluación psicológica: proceso, técnicas y aplicaciones en áreas y contextos. Sanz y Torres. Cap. 7, pág. 259. Moreno Rosset, C. (ed.) (2005). Evaluación psicológica. Concepto, proceso y aplicación en las áreas del desarrollo y de la inteligencia. Sanz y Torres. Pág. 269 (no está en el corpus).

EN EL ATLAS

Tema L8 · Encuesta y metodología observacional. Se estudia con Quintanilla (Base).

47 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E9 · Las técnicas proyectivas

Respuesta correcta: 1

¿En qué grupo de técnicas se incluye el Test de Apercepción Temática (TAT de Murray)?:

1 Proyectivas interpretativas. ✓

2 Subjetivas constructivas.

3 Proyectivas constructivas.

4 Racionales gráficas.

5 Subjetivas narrativas.

En la clasificación de Frank, el TAT es una técnica proyectiva interpretativa

La clasificación de las técnicas proyectivas de **Frank**, que recoge Moreno Rosset (2003), distingue técnicas constitutivas, constructivas, **interpretativas**, catárticas y refractarias. En las interpretativas la persona adscribe significados a situaciones estimulares, y su ejemplo es el **TAT de Murray**. Los manuales del corpus siguen otra clasificación, la de Fernández-Ballesteros (1980), en la que el TAT figura entre las **técnicas temáticas**: material visual de contenido humano o parahumano ante el que hay que **narrar una historia**. Las constructivas, en cambio, piden organizar un material concreto, como el test del pueblo.

1 En la clasificación de Frank, las técnicas interpretativas piden dar significado a situaciones estimulares, como las láminas del TAT.

2 Las técnicas subjetivas forman otro grupo de técnicas de evaluación, y las constructivas son las proyectivas en que se organiza un material concreto.

3 Las proyectivas constructivas trabajan con material concreto que hay que organizar según una consigna, como el test del pueblo o el juego del mundo; el TAT pide narrar una historia.

4 Las técnicas en las que se pide un dibujo son las proyectivas expresivas, y el TAT no exige dibujar.

5 Aunque el TAT pide narraciones, pertenece a las técnicas proyectivas; las subjetivas forman otro grupo, que Moreno Rosset trata en capítulos propios.

Ojo. La obra de la que sale la clave, Moreno Rosset (2003), pág. 133, no está en el corpus. Las ediciones del corpus no usan la clasificación de Frank y colocan el TAT entre las técnicas temáticas (Fernández-Ballesteros, pág. 293; Moreno Rosset y Ramírez Uclés, figura 11.1, pág. 383).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Moreno Rosset, C. (ed.) (2003). Evaluación psicológica. Concepto, proceso y aplicación en las áreas del desarrollo y de la inteligencia. Sanz y Torres. Pág. 133 (no está en el corpus). Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 8, apdo. 5.1, págs. 293-294. Moreno Rosset, C. y Ramírez Uclés, I. M. (2019). Evaluación psicológica: proceso, técnicas y aplicaciones en áreas y contextos. Sanz y Torres. Cap. 11, figura 11.1, pág. 383.

EN EL ATLAS

Tema E9 · Las técnicas proyectivas. Se estudia con Moreno Rosset (Base) y Fernández-Ballesteros (Consulta).

48 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E11 · Evaluación de la personalidad

Respuesta correcta: 4

¿Qué pueden indicar, entre otras cosas, las puntuaciones elevadas en la Escala F del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI)?:

1 Deseabilidad social e intento de buena imagen.

2 Un elevado número de respuestas incompletas.

3 El grado de sinceridad.

4 Que quien responde lo hace al azar o con excentricidad. ✓

5 Inconsistencia de respuestas verdaderas.

Una F elevada en el MMPI apunta a respuestas al azar, simulación o desconexión de la realidad

En la ficha del **MMPI-2** del apéndice de Fernández-Ballesteros, la **escala F (incoherencia)** detecta a las personas que no desean colaborar y **responden al azar**, **simulan** o tienen un **escaso contacto con la realidad**, lo que les lleva a no seguir una pauta lineal de respuesta. La escala L informa de si el paciente intenta dar una imagen falsa de sí mismo, y la K (corrección), de su capacidad para hacer una autoevaluación auténtica. En el MMPI-2-RF, la F-r (infrecuencia) recoge respuestas infrecuentes en la población general, la VRIN-r el patrón de respuesta aleatorio, la TRIN-r el patrón fijo de aquiescencia y la escala ? los ítems omitidos o con doble respuesta.

1. La búsqueda de buena imagen se valora con la escala L, que informa de si el paciente intenta facilitar una imagen falsa de sí mismo.
2. Los ítems omitidos o con doble respuesta se cuentan en la escala de interrogantes (?).
3. La sinceridad se relaciona con la L (mentira) y con la K, que informa de la capacidad de hacer una autoevaluación auténtica.
4. Responder al azar está entre lo que detecta la F, junto a la simulación y el escaso contacto con la realidad, al que se acerca la excentricidad del enunciado.
5. El patrón fijo de respuestas verdaderas (aquiescencia) lo mide la escala TRIN.

ESCALAS DE VALIDACIÓN DEL MMPI-2

Escala	Qué detecta o informa
L	Informa si el paciente intenta facilitar una imagen falsa de sí mismo.
F (incoherencia)	Detecta individuos que no desean colaborar y responden al azar, simulan o tienen un escaso contacto con la realidad, lo que les lleva a no seguir una pauta lineal de respuesta.
K (corrección)	Su objetivo inicial era el de aumentar la sensibilidad de las escalas clínicas; pero el paso del tiempo ha permitido concretar que puede informar sobre la capacidad de la persona de hacer una autoevaluación auténtica, sin tendencia a defensas y buenas o malas impresiones hacia el exterior.

Fuente: Fernández-Ballesteros (2013), Apéndice, sección 5, ficha 5.1 (MMPI-2), pág. 2

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Apéndice, sección 5, ficha 5.1 (MMPI-2), págs. 1-2, y ficha 5.1 bis (MMPI-2-RF), pág. 3. Moreno Rosset, C. y Ramírez Uclés, I. M. (2019). Evaluación psicológica: proceso, técnicas y aplicaciones en áreas y contextos. Sanz y Torres. Cap. 13, pág. 476.

EN EL ATLAS

Tema E11 · Evaluación de la personalidad. Se estudia con Fernández-Ballesteros (Consulta) y Moreno Rosset (Base).

49

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E11 · Evaluación de la personalidad

Respuesta correcta: 2

¿Cuál de los siguientes instrumentos permite obtener una medida directa de la dimensión "Apertura a la experiencia" de la personalidad?:

1. Cuestionario EPQ-R de Eysenck.
2. Inventario de Personalidad NEO-PI-R. ✓
3. Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI).
4. Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCM).
5. Cuestionario 16 PF de Cattell.

El NEO-PI-R mide la Apertura porque se basa en los cinco grandes factores

El **modelo de los cinco factores** de Costa y McCrae propone cinco dimensiones para describir y evaluar la personalidad: Neuroticismo, Extraversión, **Apertura a la experiencia**, Afabilidad y Responsabilidad o Tesón. Su instrumento, el **NEO-PI-R**, tiene 240 ítems que evalúan Amabilidad, Responsabilidad, Extraversión, Neuroticismo y Apertura, y cada factor se descompone en seis facetas. Los demás cuestionarios parten de otros modelos. El **EPQ-R** mide las dimensiones de Eysenck, el **16PF** los factores de Cattell, el MMPI escalas clínicas y el inventario de Millon los trastornos de la personalidad y los síndromes clínicos.

1. El EPQ-R evalúa Psicoticismo, Extraversión y Neuroticismo, con una escala de Sinceridad.
2. El NEO-PI-R incluye la Apertura entre sus cinco factores, cada uno con seis facetas.
3. El MMPI es un test de amplio espectro para evaluar patrones y trastornos de personalidad, con diez escalas básicas.
4. El inventario clínico de Millon se dirige a los dominios de los trastornos de la personalidad y a los síndromes clínicos.
5. El 16PF evalúa dieciséis factores primarios y cinco globales parecidos a los cinco grandes (extraversión, ansiedad, dureza, independencia y autocontrol), ninguno de ellos la Apertura.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Moreno Rosset, C. y Ramírez Uclés, I. M. (2019). Evaluación psicológica: proceso, técnicas y aplicaciones en áreas y contextos. Sanz y Torres. Cap. 13, págs. 452-453 (tabla 13.1) y 462. Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 9, cuadro 9.7, pág. 325, y pág. 326. Muñoz López, M., Ausín Benito, B. y Panadero Herrero, S. (2019). Manual práctico de evaluación psicológica clínica (2.ª ed.). Síntesis. Cap. 3, cuadro 3.4, pág. 92.

EN EL ATLAS

Tema E11 · Evaluación de la personalidad. Se estudia con Moreno Rosset (Base) y Fernández-Ballesteros (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 28

50 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E8 · Las técnicas objetivas y psicofisiológicas

Respuesta correcta: 1

La evaluación de la actividad electrodérmica permite una medida de:

1 La activación general del Sistema Nervioso Autónomo. ✓

2 La activación parasimpática.

3 La actividad visceral.

4 La actitud cortical.

5 El ritmo Delta.

La actividad electrodérmica es un índice de activación general del sistema nervioso autónomo

Moreno Rosset y Ramírez Uclés agrupan las respuestas psicofisiológicas según el sistema que las regula. Entre las controladas sobre todo por el **sistema nervioso autónomo** están la **actividad electrodérmica**, la cardiovascular, la pupilar, la temperatura corporal, la gastrointestinal y la respuesta sexual. La actividad electrodérmica se considera un **índice de activación general**, de carácter **inespecífico**, que indica el grado de movilización fisiológica del organismo ante un estímulo o una situación, y sus cambios dependen de la **división simpática**. La actividad del sistema nervioso central, con el electroencefalograma y sus técnicas derivadas, forma otra categoría.

1 Es el índice de activación general, inespecífico, que el manual atribuye a la actividad electrodérmica.

2 La actividad electrodérmica está bajo influencia simpática; el manual pone el flujo salival como ejemplo de control parasimpático.

3 La actividad gastrointestinal es otra respuesta del sistema nervioso autónomo, distinta de la electrodérmica.

4 La actividad cortical se registra con técnicas del sistema nervioso central, como el electroencefalograma y los potenciales evocados.

5 El ritmo delta es un ritmo del electroencefalograma, técnica que el manual sitúa en la actividad del sistema nervioso central.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Moreno Rosset, C. y Ramírez Uclés, I. M. (2019). Evaluación psicológica: proceso, técnicas y aplicaciones en áreas y contextos. Sanz y Torres. Cap. 8, págs. 282 y 299.

EN EL ATLAS: Tema E8 · Las técnicas objetivas y psicofisiológicas. Se estudia con Moreno Rosset (Base).

51 PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L22 · Utilidad del test e interpretación de las puntuaciones

Respuesta correcta: 2

Cuando el punto de corte de un instrumento diagnóstico es muy alto, se incrementa el riesgo de:

1 Falsos positivos.

2 Falsos negativos. ✓

3 Verdaderos positivos.

4 Sensibilidad de la prueba.

5 Inconsistencias de validez.

Subir el punto de corte cambia falsos positivos por falsos negativos

Cuando un test clasifica a las personas con un **punto de corte**, sus decisiones pueden fallar de dos modos: **falsos positivos**, personas que el test considera casos y el criterio no, y **falsos negativos**, casos reales que el test deja fuera. En el ejemplo de Muñiz, al recorrer los puntos de corte de 1 a 10 los falsos positivos bajan de 6 a 0 y los falsos negativos suben de 0 a 5. Un punto de corte muy alto deja sin detectar a personas que sí tienen el problema, y como la **sensibilidad** es máxima cuando no hay falsos negativos, esa sensibilidad baja.

1. Los falsos positivos disminuyen al subir el punto de corte, porque menos personas superan el umbral.
2. Con un punto de corte alto el test deja fuera casos reales y aumentan los falsos negativos.
3. Los verdaderos positivos son aciertos, y al subir el punto de corte se detectan menos casos.
4. La sensibilidad es máxima cuando no hay falsos negativos, de modo que un punto de corte alto la reduce.
5. El análisis de las clasificaciones distingue dos tipos de error, falsos positivos y falsos negativos, y en él no aparece esa expresión.

ERRORES SEGÚN EL PUNTO DE CORTE EN EL EJEMPLO DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN

Punto de corte	Falsos positivos	Falsos negativos	Total errores
1	6	0	6
2	6	0	6
3	6	0	6
4	5	0	5
5	4	0	4
6	3	0	3
7	2	1	3
8	1	3	4
9	0	4	4
10	0	5	5

Fuente: Muñiz (2018), cap. 3, apdo. 4.3.2, pág. 133

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Muñiz, J. (2018). Introducción a la psicometría. Teoría clásica y TRI. Pirámide. Cap. 3, apdos. 4.3.1-4.3.2, págs. 131-133.

EN EL ATLAS

Tema L22 · Utilidad del test e interpretación de las puntuaciones. Se estudia con Muñiz (Base).

52 PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L22 · Utilidad del test e interpretación de las puntuaciones

Respuesta correcta: 1

La sensibilidad de una prueba diagnóstica se relaciona con:

1 Su capacidad de discriminación de verdaderos positivos. ✓

2 Su capacidad de discriminación de verdaderos negativos.

3 Su capacidad de discriminación de falsos positivos.

4 Su capacidad de discriminación de falsos negativos.

5 El elevado punto de corte.

La sensibilidad es la capacidad de detectar a quienes sí tienen el trastorno

Fernández-Ballesteros incluye la **validez diagnóstica** entre las evidencias basadas en la relación del test con otras variables: se trata de ver hasta qué punto un test detecta a las personas que pertenecen a una categoría diagnóstica y que han sido diagnosticadas de forma independiente, propiedad que se llama **sensibilidad**. Distinguir a quienes no pertenecen a esa categoría es la **especificidad**. Muñiz calcula la sensibilidad como la proporción de casos correctamente detectados, los **verdaderos positivos**, sobre el total de casos que hay según el criterio; es máxima cuando no hay **falsos negativos**.

1. Detectar a quienes pertenecen a la categoría diagnóstica, los verdaderos positivos, define la sensibilidad.
2. Identificar bien a quienes no pertenecen a la categoría, los verdaderos negativos, define la especificidad.
3. La especificidad es máxima cuando no hay falsos positivos, así que este error se relaciona con ella.
4. Los falsos negativos son los casos que la prueba no detecta; la sensibilidad es máxima cuando no hay ninguno, pero se define por los casos detectados.
5. Un punto de corte elevado aumenta los falsos negativos y, por tanto, reduce la sensibilidad.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 4, apdo. 4.2, pág. 138. Muñiz, J. (2018). Introducción a la psicometría. Teoría clásica y TRI. Pirámide. Cap. 3, apdo. 4.3.1, págs. 132-133.

EN EL ATLAS: Tema L22 · Utilidad del test e interpretación de las puntuaciones. Se estudia con Muñiz (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 74, PIR 2025 · n.º 11

53 PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L23 · Teoría de respuesta al ítem

Respuesta correcta: 2

Los test adaptativos se caracterizan por:

1 La relación unidireccional entre el evaluado y la prueba.

2 El proceso interactivo de selección de ítems dependiente de la respuesta del evaluado. ✓

3 La aplicación homogénea e idéntica de los ítems a todos los evaluados.

4 La idéntica longitud en el número de ítems a aplicar.

5 La selección de ítems por criterios independientes a la respuesta del evaluado.

Un test adaptativo elige cada ítem según las respuestas anteriores

Los **tests adaptativos** o a medida presentan a cada persona los ítems más adecuados para estimar su habilidad, en lugar de aplicar a todas el mismo conjunto, como hacen los tests de la teoría clásica. Fernández-Ballesteros explica que su lógica consiste en seleccionar del **banco de ítems** los que mejor evalúan a la persona **en función de la respuesta** que haya dado a los ítems anteriores, y la habilidad se reestima tras cada respuesta. Cada persona puede responder a ítems muy distintos, y la sesión termina tras un tiempo límite, un número de ítems, un **error de medida aceptable** o una estimación por encima o por debajo de un punto de corte.

1 La relación es interactiva, porque cada respuesta de la persona cambia el ítem siguiente.

2 La selección de ítems depende de la respuesta dada a los anteriores.

3 Aplicar los mismos ítems a todos es lo propio de los tests de la teoría clásica.

4 La longitud varía, ya que la sesión puede acabar cuando el error de medida es aceptable o se supera un tiempo.

5 Los ítems se eligen según la respuesta del evaluado, con la estrategia de ramificación variable.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 9, apdo. 4.2, págs. 311-312. Muñiz, J. (2018). Introducción a la psicometría. Teoría clásica y TRI. Pirámide. Cap. 7, apdo. 11.1, pág. 261.

EN EL ATLAS

Tema L23 · Teoría de respuesta al ítem. Se estudia con Muñiz (Base) y Fernández-Ballesteros (Consulta).

54

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E10 · Evaluación de la inteligencia y del desarrollo

Respuesta correcta: 3

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

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

Las Matrices de Raven se diseñaron como medida del factor g

Fernández-Ballesteros explica que los tests colectivos de **inteligencia general** se centran en tareas perceptivas de complejidad creciente, consideradas de razonamiento fluido y medidas bastante puras de **factor g**. Su ejemplo es el test de **Matrices Progresivas de Raven**, diseñado principalmente como medida de factor g, inteligencia general entendida como **razonamiento fluido**; al describir la inteligencia fluida, el manual pone el Raven y el G de Cattell entre los tests que la medirían. Moreno Rosset y Ramírez Uclés recuerdan que Raven creó en los años cuarenta este test, que mide una aptitud general intelectual o factor g.

1. El nivel de desarrollo se evalúa con escalas de desarrollo, como las Bayley o el inventario Battelle, que el manual separa de los tests de factor g.
2. La maduración es también objeto de las escalas de desarrollo; las matrices son una tarea de razonamiento.
3. El Raven se diseñó como medida de factor g, inteligencia general entendida como razonamiento fluido.
4. La inteligencia verbal se mide con tareas de conocimientos adquiridos, como el vocabulario, propias de la inteligencia cristalizada; el Raven es una tarea perceptiva.
5. La escala manipulativa era, junto a la verbal, una de las dos de las escalas de Wechsler clásicas.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 9, págs. 315 y 317-318. Moreno Rosset, C. y Ramírez Uclés, I. M. (2019). Evaluación psicológica: proceso, técnicas y aplicaciones en áreas y contextos. Sanz y Torres. Cap. 12, págs. 428 y 445.

EN EL ATLAS

Tema E10 · Evaluación de la inteligencia y del desarrollo. Se estudia con Fernández-Ballesteros (Ampliación) y Moreno Rosset (Base).

55 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E5 · La observación sistemática

Respuesta correcta: 5

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

1 La duración del experimento.

2 El exceso de información.

3 La exactitud técnica.

4 La ilusión de aprendizaje.

5 La expectancia y los errores mecánicos de registro. ✓

Las expectativas y los errores al registrar son sesgos del propio observador

Fernández-Ballesteros distingue tres fuentes de error en la observación, procedentes del sujeto observado (la **reactividad**), del **observador** y del sistema de observación. Entre las variables del observador destaca su grado de participación, sus **expectativas**, su **entrenamiento** previo y sus características personales. Las expectativas introducen sesgos involuntarios al elegir el sistema de observación, al registrar las conductas consonantes con las hipótesis previas y al analizar los datos. La falta de entrenamiento produce **errores de tiempo y de interpretación** al registrar, que se corrigen entrenando a los observadores hasta un criterio de acuerdo.

1 La duración no figura entre las variables del observador, que son su participación, sus expectativas, su entrenamiento y sus características.

2 El exceso de información tampoco figura entre ellas; el manual pide un número reducido de categorías al tratar el sistema de observación.

3 La exactitud es lo que se busca con el entrenamiento, y los procedimientos mecánicos de registro son, según el manual, una fuente de objetividad y exactitud.

4 La ilusión de aprendizaje no aparece entre las fuentes de error de la observación que describe el manual.

5 Las expectativas y los errores cometidos al registrar, que el entrenamiento corrige, son sesgos del observador.

Ojo. Fernández-Ballesteros llama errores del observador a los de tiempo y de interpretación, y sitúa los procedimientos eléctricos o mecánicos de registro en el sistema de observación, como fuente de objetividad y no de sesgos. La expresión «errores mecánicos de registro» del enunciado encaja mal con ese texto, aunque la opción 5 es la única que recoge un sesgo del observador (la expectancia).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 6, apdo. 6.1, págs. 221-224.

EN EL ATLAS

Tema E5 · La observación sistemática. Se estudia con Fernández-Ballesteros (Base).

56 PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L22 · Utilidad del test e interpretación de las puntuaciones

Respuesta correcta: 4

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

1 Valorar el desempeño respecto de un grupo normativo.

2 Determinar el desempeño relativo entre otras personas.

3 La obtención de una puntuación normativa.

4 Valorar el desempeño respecto de un área de contenido o dominio. ✓

5 Valorar una destreza considerando el desempeño de su grupo de referencia.

Un test referido al criterio valora el desempeño frente a un dominio definido de antemano

Las puntuaciones de los tests **referidos al criterio** están construidas para ser interpretables en términos de un **estándar de ejecución o conocimiento** bien definido y especificado de antemano; ese criterio de logros u objetivos es el marco con el que se compara la puntuación. En la evaluación **referida a la norma**, el marco es un **grupo**, y se obtiene la posición relativa del sujeto en él con percentiles o puntuaciones típicas. Muñiz añade que los tests referidos al criterio evalúan un **dominio** concreto y buscan en qué medida cada persona lo domina, sin poner el énfasis en las diferencias entre personas.

1 Comparar con un grupo normativo es lo propio de la evaluación referida a la norma.

2 El desempeño relativo frente a otras personas es la posición en el grupo que da la referencia a la norma.

3 Las puntuaciones normativas, como percentiles y típicas, nacen de comparar con un grupo de referencia.

4 Valorar cuánto domina la persona un área de contenido o dominio definido es el objetivo de estos tests.

5 Valorar una destreza en relación con el grupo de referencia vuelve a ser una comparación normativa.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 4, apdo. 3.2, págs. 129-130. Muñiz, J. (2018). Introducción a la psicometría. Teoría clásica y TRI. Pirámide. Cap. 2, apdo. 9, págs. 63-64.

EN EL ATLAS: Tema L22 · Utilidad del test e interpretación de las puntuaciones. Fernández-Ballesteros no es fuente de este tema.

57 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B2 · Entrevistas estructuradas y semiestructuradas de uso general

Respuesta correcta: 3

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

1 DIS-CIDI.

2 SCID II.

3 PRIME-MD. ✓

4 ADIS.

5 SADS.

El PRIME-MD de Spitzer combina cuestionario y entrevista para la atención primaria

Muñoz, Ausín y Panadero recogen el **PRIME-MD** (Spitzer, Williams, Kroenke et al., 1994) entre los instrumentos diagnósticos generales, con **criterios DSM-IV** y, en el mismo bloque que el PHQ, dos fases: un **cuestionario** y una **entrevista**. Sus autores lo propusieron como herramienta para la práctica médica en **atención primaria**, y de él deriva el PHQ (Spitzer, Kroenke y Williams, 1999). En el resumen de las entrevistas estructuradas, el PRIME-MD/PHQ figura como **simplificación de la SCID** para su aplicación en atención primaria. Vallejo Ruiloba lo incluye también entre las entrevistas generales.

1. La DIS de Robins y la CIDI de la OMS son entrevistas estructuradas pensadas sobre todo para los estudios epidemiológicos.
2. La SCID-II, del grupo de Spitzer, es una entrevista para el diagnóstico de los trastornos de la personalidad.
3. El PRIME-MD (1994) se propuso para la práctica en atención primaria y combina cuestionario y entrevista.
4. La ADIS es la entrevista estructurada para los trastornos de ansiedad (Di Nardo, Brown y Barlow, 1994).
5. La SADS de Endicott y Spitzer (1978) es una entrevista semiestructurada para los trastornos afectivos y la esquizofrenia.

Ojo. La edición digital de Vallejo Ruiloba (2011) del corpus no conserva la paginación impresa en el cap. 6, y la tabla 6-1 se cita por capítulo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Muñoz López, M., Ausín Benito, B. y Panadero Herrero, S. (2019). Manual práctico de evaluación psicológica clínica (2.ª ed.). Síntesis. Cap. 3, cuadro 3.4, págs. 93-94, y cuadro 3.5, págs. 96-97. Vallejo Ruiloba, J. (dir.) (2011). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (7.ª ed.). Elsevier Masson. Cap. 6 (Soria y Labad), tabla 6-1. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 4, pág. 115. Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Carrobles, J. A. (dirs.) (2024). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos (3.ª ed.). Pirámide. Prólogo, pág. 29.

EN EL ATLAS

Tema B2 · Entrevistas estructuradas y semiestructuradas de uso general. Muñoz no es fuente de este tema.

58 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E6 · Los autoinformes

Respuesta correcta: 2

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

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

El autorregistro funciona si es sencillo y la persona se entrena antes

Fernández-Ballesteros define el **autorregistro** como un doble proceso de atender deliberadamente a la propia conducta, por lo general al producirse, y registrarla con un procedimiento establecido. Es una técnica semiestructurada en la que **el propio sujeto cumplimenta** la hoja, y las técnicas de lápiz y papel son las más usadas por su **sencillez**. Lo decisivo es su **planificación** (conductas, unidades de medida y formato) y el **entrenamiento** de la persona, con explicación, ejemplificación y compromiso; sin esa preparación puede resultar inservible. Muñoz, Ausín y Panadero recomiendan empezar con registros sencillos y aumentar la complejidad poco a poco.

1. Recoger todas las unidades de una conducta compleja va contra la recomendación de empezar con registros sencillos, como los de frecuencia, e ir haciéndolos más complejos.
2. Sencillez y entrenamiento previo son los dos requisitos en los que insisten los manuales.
3. Lo habitual es anotar la conducta en el momento de producirse; el registro diferido se pide a veces para evitar la reactividad o por el tipo de objeto de estudio.
4. El primer paso de la planificación es seleccionar las conductas que se van a autoobservar, en función de la demanda y de los objetivos de la evaluación.
5. En el autorregistro es el propio sujeto quien cumplimenta el protocolo; la observación por personas allegadas es otra técnica.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 7, apdo. 5.2, págs. 258-260. Muñoz López, M., Ausín Benito, B. y Panadero Herrero, S. (2019). Manual práctico de evaluación psicológica clínica (2.ª ed.). Síntesis. Cap. 4, págs. 130 y 149.

EN EL ATLAS: Tema E6 · Los autoinformes. Se estudia con Fernández-Ballesteros (Base).

59 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B1 · La entrevista diagnóstica y exploración del estado mental

Respuesta correcta: 3

Las entrevistas clínicas estructuradas y semiestructuradas se basan en:

1 El análisis de las conductas problema.

2 La exploración inicial y la demanda del cliente.

3 Las categorías y los criterios diagnósticos. ✓

4 La observación del comportamiento no verbal.

5 El ajuste de la demanda del paciente y la hipótesis funcional.

Las entrevistas estructuradas se construyen sobre los criterios diagnósticos

Belloch et al. explican que las **entrevistas estructuradas** cubren todas las categorías diagnósticas **siguiendo criterios DSM o CIE**, con una elevada **validez de contenido** y mayor fiabilidad interjueces, por lo que resultan muy útiles en investigación. Ejemplos son la SCID-5, diseñada para guiar el diagnóstico según los criterios del DSM-5, la SADS, basada en los Criterios Diagnósticos de Investigación, la CIDI y la MINI. Muñoz, Ausín y Panadero añaden que **operativizan los criterios diagnósticos**, porque incluyen preguntas relacionadas directamente con los criterios que se quieren medir.

1 El análisis de las conductas problema y de sus secuencias pertenece a la evaluación para el tratamiento, en el análisis descriptivo.

2 La exploración inicial y el motivo de consulta corresponden a los primeros contactos con el paciente, antes del diagnóstico.

3 Las entrevistas estructuradas y semiestructuradas siguen los criterios DSM o CIE y los operativizan en sus preguntas.

4 La conducta no verbal no figura entre las bases de estas entrevistas que describen los manuales, centradas en los criterios diagnósticos.

5 La hipótesis funcional se elabora en el análisis funcional y la formulación clínica, una fase posterior del proceso.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 4, págs. 114-115. Muñoz López, M., Ausín Benito, B. y Panadero Herrero, S. (2019). Manual práctico de evaluación psicológica clínica (2.ª ed.). Síntesis. Cap. 3, apdo. 3.3.2, pág. 96.

EN EL ATLAS

Tema B1 · La entrevista diagnóstica y exploración del estado mental. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

60 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E9 · Las técnicas proyectivas

Respuesta correcta: 2

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

1 Temático.

2 Expresivo. ✓

3 Asociativo.

4 Constructivo.

5 Perceptivo.

El dibujo de la familia es una técnica proyectiva expresiva

En la clasificación de Fernández-Ballesteros (1980), que siguen los dos manuales, las técnicas proyectivas se dividen en estructurales, temáticas, **expresivas**, constructivas y asociativas. Las **expresivas** consisten en una **consigna verbal o escrita de dibujar** una o varias figuras, como la figura humana, la familia o el árbol. Moreno Rosset y Ramírez Uclés sitúan el **test del dibujo de la familia** entre ellas, junto al dibujo de la figura humana de Machover, el HTP o el test del árbol.

1. Las temáticas presentan láminas con contenido humano ante las que hay que narrar una historia, como el TAT.
2. Las expresivas piden realizar un dibujo a partir de una consigna, y entre ellas está el dibujo de la familia.
3. Las asociativas piden asociar o completar palabras, frases o cuentos, como las frases incompletas o las fábulas de Düss.
4. Las constructivas dan un material concreto que hay que organizar, como el test del pueblo.
5. La clasificación no tiene un grupo perceptivo; lo más próximo son las estructurales, en las que se da significado a un material visual poco estructurado, como el Rorschach.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Moreno Rosset, C. y Ramírez Uclés, I. M. (2019). Evaluación psicológica: proceso, técnicas y aplicaciones en áreas y contextos. Sanz y Torres. Cap. 11, figura 11.1, pág. 383. Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 8, apdo. 5.1, págs. 293-294.

EN EL ATLAS

Tema E9 · Las técnicas proyectivas. Se estudia con Moreno Rosset (Base) y Fernández-Ballesteros (Consulta).

61 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B11 · Trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 2

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

1 Aproximación activa.

2 Exposición pasiva. ✓

3 Aproximación pasiva.

4 Aproximación sucesiva.

5 Exposición activa.

En la fobia a la oscuridad se usa la modalidad pasiva de la prueba de aproximación

Las **pruebas de aproximación conductual** (PAC) se crearon en el marco de la desensibilización sistemática (Lang y Lazovik, 1963) y se pueden llevar a cabo de dos formas opuestas. En la **activa**, el niño se aproxima progresivamente al estímulo fóbico. En la **pasiva**, el estímulo se aproxima gradualmente al niño, que permanece en el mismo lugar; en la **fobia a la oscuridad**, un regulador electrónico va disminuyendo la luz. Esta modalidad permite además registrar a la vez **respuestas psicofisiológicas**, porque el sujeto permanece inmóvil.

1 En la aproximación activa el niño se acerca al estímulo fóbico, como cuando sube los peldaños de una escalera en la acrofobia.

2 En la modalidad pasiva el estímulo se acerca o, en la oscuridad, la luz disminuye mientras el niño permanece quieto.

3 El manual describe la modalidad pasiva como aproximación del estímulo fóbico, de modo que esta etiqueta queda cerca de la clave; la denominación que recoge la clave es exposición pasiva (véase el ojo).

4 Las dos formas que describe el manual son la activa y la pasiva, y la aproximación sucesiva no figura entre ellas.

5 En la forma activa es el propio niño quien se mueve hacia el estímulo, mientras que en la prueba de la oscuridad se reduce la luz y él permanece quieto.

Ojo. Caballo y Simón (2012) llaman a la segunda forma «pasiva (aproximación del estímulo fóbico)», así que la opción 3 queda muy cerca de la clave. La denominación «exposición pasiva», frente a «aproximación activa», procede de la ficha técnica del test de aproximación-evitación conductual del proyecto de apoyo a la evaluación psicológica clínica de la Universidad Complutense, que no está en el corpus. La pregunta citaba la edición de 2001 del manual; la del corpus es la de 2012.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Caballo, V. E. y Simón, M. A. (dirs.) (2012). Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos generales. Pirámide. Cap. 2, apdo. 4.2.1.1, págs. 70-71. Universidad Complutense de Madrid (s. f.). Ficha técnica del test de aproximación-evitación conductual (BAT). Proyecto de apoyo a la evaluación psicológica clínica (no está en el corpus).

EN EL ATLAS

Tema B11 · Trastornos de ansiedad. Se estudia con Caballo y Simón (Consulta).

62 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E10 · Evaluación de la inteligencia y del desarrollo

Respuesta correcta: 4

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

1 0-2 años.

2 0-4 años.

3 0-6 años.

4 0-8 años. ✓

5 0-10 años.

El Battelle se aplica desde el nacimiento hasta los ocho años

La ficha del **Inventario de desarrollo Battelle** (BDI) en el apéndice de Fernández-Ballesteros indica una edad de aplicación **desde los cero hasta los ocho años**. Es de aplicación individual, puede usarse como prueba de screening, de diagnóstico, de evaluación y de planificación de programas, y evalúa el desarrollo en **cinco áreas**: personal/social, adaptativa, motora, comunicación y cognitiva. Su objetivo es evaluar el desarrollo del niño y diagnosticar posibles **deficiencias o retrasos**, en especial en niños de riesgo.

1 Se queda corto, porque la ficha extiende la aplicación hasta los ocho años.

2 Cubre solo la mitad del rango de edad que da la ficha.

3 Los seis años quedan también por debajo del límite de ocho que fija la ficha.

4 Es el rango, de cero a ocho años, que figura en la ficha técnica.

5 Supera en dos años el límite superior de la ficha.

Ojo. Moreno Rosset y Ramírez Uclés (2019), Base del tema, citan el Battelle entre las pruebas de desarrollo, pero remiten su descripción a los contenidos en línea del libro (págs. 430 y 445).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Apéndice, sección 2, ficha 2.4 (Inventario de desarrollo de Battelle), pág. 1. Moreno Rosset, C. y Ramírez Uclés, I. M. (2019). Evaluación psicológica: proceso, técnicas y aplicaciones en áreas y contextos. Sanz y Torres. Cap. 12, págs. 430 y 445.

EN EL ATLAS

Tema E10 · Evaluación de la inteligencia y del desarrollo. Se estudia con Fernández-Ballesteros (Consulta) y Moreno Rosset (Base).

63 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E10 · Evaluación de la inteligencia y del desarrollo

Respuesta correcta: 2

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

1 Búsqueda de símbolos, cubos y dígitos.

2 Matrices, cubos y conceptos. ✓

3 Búsqueda de símbolos, letras y números, y conceptos.

4 Matrices, claves y conceptos.

5 Cubos, letras y números, y conceptos.

Cubos, Conceptos y Matrices forman el razonamiento perceptivo del WISC-IV

El **WISC-IV** abandona la dicotomía clásica entre CI verbal y manipulativo y organiza sus quince tests en un CI total y **cuatro índices**: comprensión verbal, **razonamiento perceptivo**, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento. En la tabla del caso que acompaña a la ficha del apéndice de Fernández-Ballesteros, el índice de razonamiento perceptivo se obtiene con **Cubos, Conceptos y Matrices**, con **Figuras incompletas** como test complementario. Vallejo Ruiloba da la misma composición. Dígitos y Letras y números pertenecen a memoria de trabajo, y Claves y Búsqueda de símbolos, a velocidad de procesamiento.

1 Búsqueda de símbolos es de velocidad de procesamiento y Dígitos de memoria de trabajo; solo Cubos pertenece al razonamiento perceptivo.

2 Matrices, Cubos y Conceptos son los tres tests principales del índice de razonamiento perceptivo.

3 Búsqueda de símbolos (velocidad de procesamiento) y Letras y números (memoria de trabajo) pertenecen a otros índices.

4 Claves es un test de velocidad de procesamiento, aunque Matrices y Conceptos sí son de razonamiento perceptivo.

5 Letras y números es un test de memoria de trabajo, aunque Cubos y Conceptos sí son de razonamiento perceptivo.

> **Ojo.** Vallejo Ruiloba (2011) se cita por capítulo, porque su edición digital del corpus no conserva la paginación impresa en el cap. 7.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Apéndice, sección 1, ficha 1.4 (WISC-IV), págs. 4 y 8 (tabla 1.4.3). Vallejo Ruiloba, J. (dir.) (2011). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (7.ª ed.). Elsevier Masson. Cap. 7 (Métodos paraclínicos de diagnóstico en psiquiatría (I): métodos de exploración psicológica).

EN EL ATLAS

Tema E10 · Evaluación de la inteligencia y del desarrollo. Se estudia con Fernández-Ballesteros (Consulta).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 24

64

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E5 · La observación sistemática

Respuesta correcta: 5

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

1 Intervalo momentáneo.

2 Intervalo proporcional.

3 Intervalo completo.

4 Intervalo secuencial.

5 Intervalo parcial. ✓

Para conductas breves y frecuentes se usa el registro de intervalo parcial

Fernández-Ballesteros recoge las tres estrategias de **muestreo de intervalos** de Powell, Martindale y Kulp. En el **intervalo total**, la conducta solo se registra si se produce durante todo el intervalo fijado; en el **intervalo parcial**, se anota toda conducta que ocurre en una **fracción del intervalo**; en las **muestras momentáneas**, solo las que aparecen en un momento determinado. Una conducta breve como un tic o un taco no ocupa todo el intervalo y puede no coincidir con el instante de registro, así que la recoge el intervalo parcial, cuyos intervalos no deben superar los 10 segundos. Labrador (2008) lo indica de forma expresa para conductas breves y frecuentes.

1. En las muestras momentáneas solo se registra la conducta que aparece en un momento fijado, y una conducta breve puede pasar desapercibida.
2. El intervalo proporcional no figura entre las tres estrategias que describe el manual.
3. En el intervalo total la conducta debe darse durante todo el intervalo, algo que no hace una conducta breve.
4. El intervalo secuencial tampoco figura entre las estrategias de muestreo de intervalos.
5. En el intervalo parcial basta con que la conducta ocurra en una fracción del intervalo, como sucede con un tic.

Ojo. La indicación del intervalo parcial para conductas breves y de alta frecuencia procede de Labrador (2008), pág. 124, que no está en el corpus; el corpus da las definiciones de las tres estrategias.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 6, apdo. 4, págs. 214-215. Labrador Encinas, F. J. (coord.) (2008). Técnicas de modificación de conducta. Pirámide. Pág. 124 (no está en el corpus).

EN EL ATLAS

Tema E5 · La observación sistemática. Se estudia con Fernández-Ballesteros (Base).

65 MARCO PROFESIONAL

G1 · Fundamentos ético-deontológicos: principios, códigos y toma de decisiones

Respuesta correcta: 5

El código deontológico de psicología en España se dirige fundamentalmente a:

1 Evaluar la salud mental del terapeuta.

2 Proteger los derechos de los autores de las distintas terapias.

3 Proteger los derechos de los animales de investigación.

4 Proteger los derechos de los sujetos de investigación.

5 Regular la psicología aplicada. ✓

El código deontológico español regula sobre todo la psicología aplicada

Fernández-Ballesteros resume que el **código deontológico** del psicólogo en España, elaborado en 1987, se dirige fundamentalmente a **regular la psicología aplicada**, y en eso se distingue de la normativa americana, más interesada en la **protección de los derechos de los sujetos de investigación**, humanos o animales. El código vigente protege la práctica profesional con el uso de **instrumentos contrastados**, la información al sujeto o a sus padres, informes claros, rigurosos e inteligibles y el **derecho a la intimidad** y al secreto profesional.

1 Evaluar la salud mental del psicólogo no figura entre los fines del código que describe el manual.

2 Los derechos de autor de las terapias tampoco aparecen; el código regula la práctica con el usuario y la información obtenida.

3 La protección de los animales de investigación es lo que más interesa a la normativa americana.

4 La protección de los sujetos de investigación caracteriza también a la normativa americana.

5 El código español se dirige fundamentalmente a regular la psicología aplicada.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 4, apdo. 7, pág. 160.

EN EL ATLAS

Tema G1 · Fundamentos ético-deontológicos: principios, códigos y toma de decisiones. Fernández-Ballesteros no es fuente de este tema.

66 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E6 · Los autoinformes

Respuesta correcta: 1

Podemos decir que un evaluador psicológico utiliza indirecta o inferencialmente autoinformes de una persona cuando:

1 De ellos se extrae algo distinto de lo expresado interpretándolo como un indicador de una construcción psicológica. ✓

2 Lo toma de los resultados aportados por otro psicoterapeuta.

3 Pertenecen a información aportada sobre su pasado.

4 Pertenecen a información aportada sobre sus expectativas.

5 El autoinforme tiene un carácter conductual.

Usar un autoinforme de forma inferencial es extraer de él algo distinto de lo que dice

Fernández-Ballesteros explica que las respuestas verbales de una persona sobre sí misma pueden tomarse a distintos **niveles de inferencia**. Tomadas de forma **directa o isomórfica**, se entienden como muestra de que el evento informado ocurre o ha ocurrido. Tomadas de forma **indirecta o inferencial**, son el signo de una **construcción psicológica** procedente de una teoría, y el evaluador extrae de ellas **algo distinto de lo expresado**. Es lo habitual en los tests de personalidad, donde un conjunto de autoinformes forma una escala o factor y arroja una puntuación en una dimensión o constructo.

1 Es la definición de uso indirecto o inferencial que da el manual.

2 Que los datos vengan de otro profesional cambia la fuente de información, y el nivel de inferencia depende de cómo toma el evaluador lo que dice la persona.

3 El pasado es una de las referencias temporales del autoinforme, característica que el cuadro 7.1 separa del nivel de inferencia del evaluador.

4 Las expectativas remiten al tiempo futuro, otra de las referencias temporales del cuadro 7.1.

5 El tipo de manifestación (motora, fisiológica o cognitiva) es otra característica del autoinforme, y un informe sobre un evento motor puede tomarse de forma directa.

CARACTERÍSTICAS Y TIPOS DE AUTOINFORMES (CUADRO 7.1)

Características	Tipos
Tiempo	Pasado, presente, concurrente, futuro
Tipo de manifestación	Motora, fisiológica, cognitiva, experiencia subjetiva sobre tales comportamientos o construcciones globales sobre sí mismo y el mundo
Grado de accesibilidad	Accesible; potencialmente accesible; no accesible pero sí «inventable»
Contrastabilidad	Contrastable mediante criterios externos; contrastación intrasubjetiva
Nivel de inferencia del evaluador	Directa o isomórfica; indirecta o inferencial

Fuente: Fernández-Ballesteros (2013), cap. 7, cuadro 7.1, pág. 243

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 7, apdo. 2.4, págs. 242-243 (cuadro 7.1).

EN EL ATLAS

Tema E6 · Los autoinformes. Se estudia con Fernández-Ballesteros (Base).

67 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E1 · Conceptos, modelos e historia de la evaluación psicológica

Respuesta correcta: 5

La evaluación psicológica informatizada o "evaluación asistida por ordenador":

1 Se limita a la evaluación cualitativa.

2 Sustituye al psicólogo evaluador en su totalidad.

3 Analiza los resultados obtenidos, pero no sirve de control o de guía.

4 Sólo responde a algunos objetivos de la evaluación como es el ámbito cognitivo.

5 Pueden utilizarse tanto para la aplicación y corrección como para la interpretación de resultados. ✓

El ordenador sirve para aplicar, corregir e interpretar técnicas de evaluación

Fernández-Ballesteros describe la **evaluación asistida por ordenador** como una estrategia alternativa a la evaluación tradicional con tres rasgos: usa el ordenador como **soporte, procedimiento de control y/o guía**, **no se limita a la evaluación cualitativa** y **no sustituye totalmente al psicólogo** evaluador. El ordenador interviene en dos momentos, la **administración** de técnicas y la **corrección, puntuación e interpretación**. Ya el directorio de la APA recogía programas para técnicas de todo tipo, desde proyectivas y subjetivas hasta perceptivas y psicofisiológicas.

1 El manual dice de forma expresa que no se limita a la evaluación cualitativa.

2 Tampoco sustituye totalmente al psicólogo evaluador.

3 El ordenador funciona como soporte, procedimiento de control y/o guía, además de servir para analizar resultados.

4 Los programas abarcan técnicas de todo tipo, desde proyectivas y subjetivas hasta perceptivas y psicofisiológicas.

5 La administración y la corrección, puntuación e interpretación son los dos momentos en que interviene el ordenador.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 9, apdo. 6, págs. 327-328.

EN EL ATLAS

Tema E1 · Conceptos, modelos e historia de la evaluación psicológica. Fernández-Ballesteros no es fuente de este tema.

68 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E1 · Conceptos, modelos e historia de la evaluación psicológica

Respuesta correcta: 3

Podemos considerar un antecedente de la evaluación dinámica cognitiva la obra de :

1 Thorndike (1974-1949).

2 Binet (1927).

3 Vygostsky (1935). ✓

4 Kelly (1955).

5 Weschler (1967)

Con la zona de desarrollo próximo, Vygotsky anticipa la evaluación dinámica

Entre los **diez hitos** de la evaluación psicológica de 1910 a 1970, Fernández-Ballesteros sitúa en **1935** a **Vygotsky**, que formula el concepto de **zona de desarrollo próximo**, antecedente de la **evaluación dinámica cognitiva**. Los demás autores de las opciones figuran en la misma historia por otras aportaciones: Thorndike (1874-1949) fue pionero en aprendizaje, aptitudes y evaluación educativa; Binet creó con Simon el primer test de inteligencia en 1905; Kelly presentó el REP en 1955 y sentó las bases de un modelo constructivista; Wechsler publicó en 1939 su primera escala para adultos.

1 Thorndike fue pionero en estudios sobre aprendizaje, aptitudes y evaluación educativa.
2 Binet es uno de los padres de la evaluación por el primer test de inteligencia, que publicó con Simon en 1905.
3 Vygotsky (1935) formuló la zona de desarrollo próximo, antecedente de la evaluación dinámica cognitiva.
4 Kelly (1955) presentó el REP y sentó las bases de un modelo constructivista de la evaluación.
5 Wechsler publicó en 1939 la escala Wechsler-Bellevue, que llegó a ser uno de los tests más usados.

Trampa. Varias opciones llevan la fecha cambiada (Thorndike, «1974-1949»; Binet, 1927; Wechsler, 1967); conviene recordar la aportación de cada autor y no solo su nombre.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 1, apdo. 3, págs. 32-34.

EN EL ATLAS

Tema E1 · Conceptos, modelos e historia de la evaluación psicológica. Se estudia con Fernández-Ballesteros (Base).

69 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E10 · Evaluación de la inteligencia y del desarrollo

Respuesta correcta: 1

Entre los elementos fonológicos empleados para evaluar el lenguaje verbal en la infancia se utiliza:

1 Los balbuceos. ✓

2 La paralingüística.

3 La proxémica.

4 La kinestesia.

5 La comunicación artefactual.

El balbuceo es uno de los elementos fonológicos del lenguaje verbal

Del Barrio organiza la evaluación del lenguaje verbal según su **forma, contenido y uso**. Dentro de la forma están los elementos fonológicos, morfológicos y sintácticos, y los **elementos fonológicos** son los **balbuceos**, la prosodia, las ecolalias, la articulación y la velocidad. Las demás opciones pertenecen a la evaluación del **lenguaje no verbal**, que se centra en la observación de la conducta, sobre todo motora, y tiene en cuenta la kinestesia, el tacto, la proxémica, la **paralingüística** y la comunicación artefactual.

1. Los balbuceos (vocales, consonantes y sus posiciones) encabezan la lista de elementos fonológicos.
2. La paralingüística (entonación, tono, timbre, tensión y calidad de voz) se evalúa como lenguaje no verbal.
3. La proxémica (distancia, espacios) es también un elemento del lenguaje no verbal.
4. La kinestesia (movimientos corporales, gestos y expresión facial) es otro elemento no verbal.
5. La comunicación artefactual (vestido, pelo, maquillaje) cierra la lista del lenguaje no verbal.

LENGUAJE NO VERBAL Y ELEMENTOS FONOLÓGICOS DEL LENGUAJE VERBAL

Lenguaje no verbal	Lenguaje verbal: elementos fonológicos
Kinestesia (movimientos corporales, gestos y expresión facial)	Balbuceos (vocales, consonantes y sus distintas posiciones)
Tacto o conducta de contacto (caricias)	Prosodia (entonación de la frase)
Proxémica (distancia, espacios)	Ecolalias (repeticiones idénticas de lo oído)
Paralingüística (entonación, tono, timbre, tensión, calidad de voz)	Articulación (precisión en la posición de los órganos implicados)
Comunicación artefactual (vestido, pelo, maquillaje)	Velocidad (número de emisiones en una unidad de tiempo)

Fuente: Del Barrio (2002), cap. 4, págs. 133-134

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Del Barrio, V. (coord.) (2002). Evaluación psicológica en la infancia y la adolescencia. UNED. Cap. 4 (Del Barrio, Evaluación del lenguaje), págs. 133-134.

EN EL ATLAS

Tema E10 · Evaluación de la inteligencia y del desarrollo. Del Barrio no es fuente de este tema.

70 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E10 · Evaluación de la inteligencia y del desarrollo

Respuesta correcta: 2

El test de imitación de gestos (Berger y Lézine, 1975) es un instrumento de evaluación que se utiliza en la infancia preferentemente para evaluar:

1 La lateralidad.

2 El esquema corporal. ✓

3 La eficacia neuronal.

4 El tono muscular.

5 La motricidad.

El test de imitación de gestos explora el esquema corporal

En el capítulo de Cobos sobre el desarrollo psicomotor, las pruebas se agrupan según el elemento del **balance psicomotor** al que se dirigen: esquema corporal, lateralidad, tono muscular, motricidad, estructuración espacio-temporal y respiración. El **test de imitación de gestos** (Bergès y Lézine, 1975) abre el apartado de evaluación del **esquema corporal** y explora el **conocimiento del cuerpo**, su orientación y la eficiencia postural y motriz, y aporta una interpretación de la evolución del esquema corporal y de las **praxias**, inspirada en Piaget. Se dirige a niños de 3 a 6 años.

1. La lateralidad tiene su propio apartado de pruebas en el capítulo, distinto del esquema corporal.
2. El test figura en el apartado de evaluación del esquema corporal y explora el conocimiento del cuerpo.
3. La eficacia neuronal no figura entre los elementos del balance psicomotor con que el capítulo ordena las pruebas.
4. El tono muscular cuenta también con un apartado de pruebas propio.
5. La motricidad se evalúa con otras pruebas, aunque el test de gestos valore la eficiencia motriz al imitar.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Del Barrio, V. (coord.) (2002). Evaluación psicológica en la infancia y la adolescencia. UNED. Cap. 3 (Cobos, Evaluación del desarrollo psicomotor), apdo. 4.1, pág. 100, y apdos. 4.2-4.4, págs. 103-107.

EN EL ATLAS

Tema E10 · Evaluación de la inteligencia y del desarrollo. Del Barrio no es fuente de este tema.

71 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E10 · Evaluación de la inteligencia y del desarrollo

Respuesta correcta: 4

La evaluación individual de la inteligencia presenta, frente a su evaluación colectiva, la siguiente ventaja:

1 La aplicación de los tests individuales conlleva una menor duración.

2 La evaluación individual requiere un menor adiestramiento del psicólogo que los administra (los colectivos requieren mayor pericia).

3 Ofrece una puntuación total sin pormenorizar en los distintos perfiles de habilidades.

4 Se considera más útil para un propósito clínico que la evaluación colectiva. ✓

5 La evaluación individual no requiere control del tiempo.

Los tests individuales de inteligencia son más útiles para fines clínicos

Fernández-Ballesteros señala tres diferencias de los **tests individuales** de inteligencia frente a los colectivos. Son de **aplicación más larga** y requieren **mayor adiestramiento** del psicólogo, porque combinan tareas muy diferentes, algunas con control de tiempo y otras con manipulación de materiales; dan **más información**, con varios tipos de puntuaciones y perfiles de habilidades; y permiten observar a la persona durante su ejecución, por lo que se consideran **más útiles para un propósito clínico**. Los colectivos son más económicos, de aplicación y corrección más rápidas y exigen menor formación del evaluador.

1 Los tests individuales son de aplicación más larga.

2 Requieren mayor adiestramiento del psicólogo, y son los colectivos los que exigen menor formación.

3 Ofrecen más información, con varios tipos de puntuaciones y perfiles de habilidades.

4 Permiten observar a la persona mientras trabaja y por eso se consideran más útiles para fines clínicos.

5 Algunas tareas de los tests individuales tienen control de tiempo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 9, apdo. 5.1.1, págs. 313-314, y apdo. 5.1.2, pág. 316. Moreno Rosset, C. y Ramírez Uclés, I. M. (2019). Evaluación psicológica: proceso, técnicas y aplicaciones en áreas y contextos. Sanz y Torres. Cap. 12, págs. 430 y 440.

EN EL ATLAS: Tema E10 · Evaluación de la inteligencia y del desarrollo. Se estudia con Fernández-Ballesteros (Ampliación) y Moreno Rosset (Base).

72 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A6 · Memoria

Respuesta correcta: 1

A la hora de distinguir los pacientes alcohólicos con Síndrome de Korsakoff de los pacientes con demencia alcohólica podemos tener en cuenta que:

1. En los pacientes con Síndrome de Korsakoff la medida del cociente intelectual se mantiene relativamente intacta, mientras que esta medida se encuentra deteriorada en el caso de demencia alcohólica. ✓
2. Los pacientes con demencia no presentan problemas de memoria, mientras que los que padecen el Síndrome de Korsakoff sí.
3. En los casos de demencia la amnesia aparece como el primer síntoma y el más relevante.
4. En el caso del Síndrome Korsakoff no existe amnesia anterógrada (capacidad para adquirir nueva información).
5. En el caso de la demencia las habilidades aprendidas permanecen intactas, mientras que en el Síndrome de Korsakoff se encuentran muy deterioradas.

En el Korsakoff el CI se conserva y en la demencia alcohólica se deteriora

Belloch et al. describen la fase crónica de **Korsakoff** con una profunda alteración mnésica: **amnesia anterógrada** y retrógrada parcial, desorientación, confabulación y falsos reconocimientos, mientras las memorias para hechos vitales remotos y las **habilidades aprendidas** permanecen intactas. Las **funciones intelectuales**, medidas con tests de inteligencia estandarizados, se mantienen **relativamente intactas**, y eso permite distinguir a estos pacientes de los que tienen **demencia alcohólica**, con un marcado deterioro intelectual y sin que los problemas amnésicos sean lo más significativo al comienzo. En las demencias el CI va disminuyendo según avanza la enfermedad.

1. El CI se mantiene en un rango relativamente normal en el Korsakoff y se deteriora en la demencia alcohólica.
2. Las demencias presentan graves problemas de memoria, acompañados siempre de deterioro intelectual.
3. En la demencia alcohólica los problemas amnésicos no comienzan siendo lo más significativo; destaca el deterioro intelectual.
4. La amnesia anterógrada es uno de los síntomas fundamentales del Korsakoff.
5. En el Korsakoff las memorias para hechos remotos y las habilidades aprendidas permanecen intactas, y es la demencia la que cursa con deterioro intelectual.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 7, págs. 200-201.

EN EL ATLAS: Tema A6 · Memoria. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 72

73 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A5 · Percepción e Imaginación

Respuesta correcta: 3

Si un paciente dice oír voces en París cuando él se encuentra en Londres, decimos que padece:

1 Una alucinación refleja.

2 Una alucinación paranoide.

3 Una alucinación extracampina. ✓

4 Una alucinación autoscópica.

5 Una alucinación negativa.

Oír voces de otra ciudad es una alucinación extracampina

Entre las **variantes de la experiencia alucinatoria**, Belloch et al. describen las **alucinaciones extracampinas**, que se experimentan **fuera del campo visual o auditivo**: el paciente puede ver a alguien sentado detrás de él cuando mira de frente, o escuchar voces en Madrid cuando reside en Valencia. La tabla 6.6 las define como alucinaciones **completamente fuera del campo sensorial posible**. Hay que distinguirlas de la **sensación de presencia**, en la que la persona siente que hay alguien aunque no lo pueda oír ni ver.

1. En la alucinación refleja la percepción de un estímulo en una modalidad sensorial desencadena una alucinación en otra modalidad.
2. Alucinación paranoide no figura entre las variantes de la experiencia alucinatoria que clasifica el manual.
3. Oír voces en una ciudad lejana es una alucinación fuera del campo sensorial posible, es decir, extracampina.
4. En la autoscopia la persona se ve a sí misma como un doble.
5. En la alucinación negativa la persona no percibe algo que existe y está al alcance de sus sentidos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 6, tabla 6.3, pág. 158, y tabla 6.6, págs. 163-165.

EN EL ATLAS: Tema A5 · Percepción e Imaginación. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 130, PIR 2024 · n.º 150

74 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A5 · Percepción e Imaginación

Respuesta correcta: 5

En psicología se denominan “ilusiones” a:

1 Los engaños perceptivos.

2 Las pseudoalucinaciones.

3 Las asociaciones anormales de las sensaciones (sinestesias).

4 Las anomalías de la integración perceptiva (morfolisis).

5 Las anomalías en la estructuración de estímulos ambiguos. ✓

Las ilusiones son anomalías en la estructuración de estímulos ambiguos

Belloch et al. clasifican los trastornos de la percepción y la imaginación en dos grupos. Las **distorsiones perceptivas** parten de un estímulo real que se percibe de un modo distinto al esperable; los **engaños perceptivos** son experiencias nuevas que no se fundamentan en estímulos presentes, como las alucinaciones y las pseudopercepciones. Dentro de las distorsiones, las **ilusiones** son las **anomalías en la estructuración de estímulos ambiguos**: combinan una predisposición personal a interpretar la estimulación en un sentido con la **ambigüedad** o falta de definición del estímulo o de la situación.

1 Los engaños perceptivos forman el otro gran grupo, con las alucinaciones y las pseudopercepciones, y las ilusiones se clasifican entre las distorsiones.

2 Las pseudoalucinaciones son engaños perceptivos, a medio camino entre las imágenes normales y las alucinaciones.

3 La sinestesia es una anomalía de la integración perceptiva.

4 La morfolisis es una escisión perceptiva ceñida a las formas, dentro de las anomalías de la integración perceptiva.

5 Las ilusiones ocupan en la clasificación el apartado de anomalías en la estructuración de estímulos ambiguos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 6, págs. 149-153 (tabla 6.1, pág. 150).

EN EL ATLAS

Tema A5 · Percepción e Imaginación. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

75 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A5 · Percepción e Imaginación

Respuesta correcta: 2

Dentro de las distorsiones perceptivas podemos encontrar:

1 Las alucinaciones.

2 Las metamorfopsias. ✓

3 Las imágenes eidéticas.

4 La autoscopia (o fenómenos del doble).

5 Las imágenes parásitas.

Las metamorfopsias son distorsiones perceptivas del tamaño o la forma

En la clasificación de Belloch et al., las **distorsiones perceptivas** agrupan las anomalías de la intensidad, de la cualidad, del **tamaño y/o la forma (metamorfopsias)**, de la integración perceptiva y las ilusiones. Las **metamorfopsias** son alteraciones en la percepción del tamaño (**dismegalopsias**, como las micropsias y las macropsias) o de la forma (**dismorfopsias**) de los objetos. Los **engaños perceptivos** incluyen las pseudopercepciones, entre ellas las imágenes eidéticas y las parásitas, las alucinaciones, con sus variantes como la autoscopia, y las pseudoalucinaciones.

1 Las alucinaciones pertenecen a los engaños perceptivos.

2 Las metamorfopsias, anomalías del tamaño y/o la forma, son distorsiones perceptivas.

3 Las imágenes eidéticas son pseudopercepciones mnésicas, dentro de los engaños perceptivos.

4 La autoscopia es una variante de la experiencia alucinatoria y, por tanto, un engaño perceptivo.

5 Las imágenes parásitas son pseudopercepciones, otro tipo de engaño perceptivo.

CLASIFICACIÓN DE LAS PSICOPATOLOGÍAS DE LA PERCEPCIÓN Y LA IMAGINACIÓN (TABLA 6.1)

Grupo	Psicopatología	Fenómenos
I. Distorsiones perceptivas	1. De la intensidad de los estímulos	Hiperestesias versus hipoestesias. Hiperalgesias versus hipoalgesias (percepción del dolor). Analgesia: ausencia de percepción de dolor. Anestesia: ausencia general de percepción de intensidad de los estímulos.
I. Distorsiones perceptivas	2. De la cualidad	
I. Distorsiones perceptivas	3. Del tamaño y/o la forma: metamorfopsias	Dismegalopsias: anomalías en la percepción del tamaño (micropsias, macropsias). Dismorfopsias: anomalías en la percepción de la forma. Autometamorfopsias: distorsiones en la percepción del tamaño o forma del propio cuerpo.
I. Distorsiones perceptivas	4. De la integración perceptiva	Aglutinación versus escisión. Sinestesia.
I. Distorsiones perceptivas	5. Ilusiones	Pareidolias. Sensación de presencia.
II. Engaños perceptivos	1. Pseudopercepciones o imágenes anómalas	Hipnagógicas e hipnopómpicas. Alucinoides. Mnésicas (eidéticas). Consecutivas (post-imágenes). Parásitas.
II. Engaños perceptivos	2. Alucinaciones	
II. Engaños perceptivos	3. Pseudoalucinaciones	

Fuente: Belloch, Sandín y Ramos (2020), vol. I, cap. 6, tabla 6.1, pág. 150

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 6, tabla 6.1, pág. 150, y págs. 151-152.

EN EL ATLAS

Tema A5 · Percepción e Imaginación. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

76 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A4 · Atención y Conciencia

Respuesta correcta: 1

Llamamos “Aprosexia” a :

1 La ausencia completa de atención. ✓

2 La hipervigilancia atencional.

3 La incapacidad para distinguir unos estímulos de otros.

4 La fatigabilidad atencional.

5 La ausencia mental.

La aprosexia es la ausencia completa de atención

Belloch et al. recogen las alteraciones atencionales que se han ubicado en un continuo cuantitativo. La **aprosexia**, llamada a veces inatención, implica una reducción máxima de la disposición atencional, es decir, la **ausencia total de atención**; a veces el término se reserva para la falta total de atención, como en el **coma**. En el otro extremo está la **hiperprosexia**, una focalización excesiva y transitoria sobre un estímulo. Otras alteraciones afectan al foco, la amplitud o la estabilidad de la atención, como la **distraibilidad** o la **fatigabilidad**.

1 La aprosexia designa la ausencia completa de atención.

2 La hipervigilancia es el escudriñamiento continuo en busca de señales externas o internas, presente en distintos trastornos de ansiedad.

3 Los problemas para separar los estímulos relevantes de los irrelevantes se denominan distraibilidad.

4 La fatigabilidad es el agotamiento de la atención causado por mantenerla, con escaso rendimiento y abundantes errores.

5 La ausencia mental es una gran concentración en una cuestión que lleva a desatender el resto de estímulos, una experiencia anómala pero por lo general no patológica.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 5, págs. 124-127.

EN EL ATLAS: Tema A4 · Atención y Conciencia. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

77 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A7 · Pensamiento

Respuesta correcta: 4

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

1 Idea obsesiva.

2 Idea delirante de negación.

3 Fuga de ideas.

4 Delirio de ser controlado. ✓

5 Eco del pensamiento.

Creer que una fuerza externa introduce pensamientos en la mente es un delirio de control

Belloch et al. describen el **delirio de control**, de ser controlado o de **pasividad**: la persona vive sus sentimientos, emociones, pensamientos o actos como **impuestos o controlados por una fuerza externa**, fuera de su voluntad. Kurt Schneider los consideró **síntomas de primer rango** de la esquizofrenia. Dentro de este grupo, en la **inserción o alienación del pensamiento** la persona cree que tiene pensamientos que no son suyos y que una fuerza externa le ha introducido en su propia mente. El grupo incluye también la lectura, la difusión y el robo del pensamiento.

1. Las obsesiones son intrusiones egodistónicas que la persona intenta suprimir, y el manual las describe sin atribución a una fuerza externa.
2. El delirio nihilista o de negación gira en torno a la no existencia del yo, de los demás o del mundo.
3. La fuga de ideas es un trastorno formal del pensamiento, un descarrilamiento en el contexto de una presión del habla.
4. Vivir los propios pensamientos como introducidos por una fuerza externa es el delirio de control en su forma de inserción del pensamiento.
5. En el eco del pensamiento la persona escucha sus propios pensamientos en voz alta, una experiencia alucinatoria auditiva.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 8, págs. 260-261; también págs. 234 y 245.

EN EL ATLAS: Tema A7 · Pensamiento. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

78 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A7 · Pensamiento

Respuesta correcta: 3

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

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

El delirio primario no surge de una experiencia anómala previa

Siguiendo a **Jaspers**, Belloch et al. distinguen los **delirios primarios**, auténticas ideas delirantes de carácter original, **inderivable** y autóctono, de los **secundarios** o ideas deliroides, que surgen de forma comprensible como intento de explicar experiencias anómalas o estados afectivos. Los delirios primarios **no tienen su origen en una experiencia anómala previa**: al examinar la historia del paciente, su estado emocional y su entorno cultural no se puede delimitar su origen. Jaspers describió cuatro tipos de delirio primario (intuición, percepción, atmósfera y recuerdo delirantes).

1. La resistencia al cambio caracteriza a la idea delirante en general, y lo que separa primario y secundario es su origen comprensible o inderivable.
2. Lo que define al delirio primario es su origen inderivable; la preocupación de quien delira se dirige a las implicaciones o consecuencias del delirio.
3. Es la frase con que el manual caracteriza a los delirios primarios.
4. Las ideas delirantes se mantienen con elevada convicción, aunque esta puede variar entre pacientes y en un mismo paciente.
5. La idea delirante tiene un contenido poco plausible, y la plausibilidad no define al delirio primario.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 8, págs. 250, 255, 257 y 263.

EN EL ATLAS: Tema A7 · Pensamiento. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 141

79 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A7 · Pensamiento

Respuesta correcta: 1

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

1 Perseveración del pensamiento. ✓

2 Pensamiento divagatorio.

3 Disgregación del pensamiento.

4 Circunstancialidad.

5 Inhibición del pensamiento

La perseveración es la repetición persistente de palabras, ideas o temas

Belloch et al. definen la **perseveración** como la **repetición persistente de palabras, ideas o temas**: cuando el paciente ha usado una idea o una palabra, **vuelve a ella de manera continuada** a lo largo de su discurso, o le cuesta cambiar de tema, de modo que parece hablar siempre de lo mismo. Puede deberse a una pobreza ideativa extrema o a la fijación en una idea durante un tiempo excesivo. Es frecuente en la manía y aparece también en la depresión, la esquizofrenia, el trastorno obsesivo-compulsivo, algunas demencias y síndromes orgánicos cerebrales.

1 Volver una y otra vez a las mismas palabras, ideas o temas define la perseveración.

2 Belloch identifica el pensamiento divagatorio o prolijo con la circunstancialidad, un discurso que se pierde en detalles innecesarios.

3 En la disgregación se pierde la idea directriz por la rotura de las asociaciones normales, y el paciente se desliza de un tema a otro.

4 La circunstancialidad llega a la meta del discurso tras muchos rodeos y detalles irrelevantes.

5 En la bradipsiquia o pensamiento inhibido el pensamiento es escaso y retrasado, con un discurso lento y más latencia de respuesta.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 8, págs. 234-236. Vallejo Ruiloba, J. (dir.) (2011). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (7.ª ed.). Elsevier Masson. Cap. 45 (Pifarré), págs. e-700-e-701.

EN EL ATLAS

Tema A7 · Pensamiento. Se estudia con Belloch 2020 (Base) y Vallejo Ruiloba (Ampliación).

80 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A8 · Lenguaje

Respuesta correcta: 1

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

1 Anomia. ✓

2 Glosomanía.

3 Aprosodia.

4 Bradifemia.

5 Parafemia.

La anomia es la dificultad para encontrar las palabras

Belloch et al. señalan que casi todos los pacientes afásicos tienen alguna dificultad para **encontrar las palabras** de su repertorio, sobre todo **palabras de contenido**, y a veces eligen otra próxima en significado. Si no hay más síntomas afásicos que esa dificultad, se habla de **anomia**, y en la **afasia anómica** los nombres pueden omitirse o sustituirse. Las demás opciones son trastornos de otra naturaleza, porque la glosomanía afecta a la elección de palabras por su sonido, la aprosodia a la entonación y la bradifemia al ritmo del lenguaje.

1. La dificultad para encontrar palabras de contenido, sin otros síntomas afásicos, es la anomia.
2. La glosomanía es un patrón de habla acelerado en el que las palabras se eligen por su afinidad fonológica (rimas, asonancias, juegos de palabras).
3. La aprosodia es la falta de entonación, con un discurso monótono y sin inflexiones.
4. La bradifemia o bradifasia es el enlentecimiento en la emisión del lenguaje.
5. La parafemia no figura en los manuales de psicopatología del corpus, y la dificultad para encontrar nombres tiene su nombre propio, la anomia.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 9, págs. 285-286 y 307. Vallejo Ruiloba, J. (dir.) (2011). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (7.ª ed.). Elsevier Masson. Cap. 45 (Pifarré), págs. e-707-e-708.

EN EL ATLAS

Tema A8 · Lenguaje. Se estudia con Belloch 2020 (Base) y Vallejo Ruiloba (Ampliación).

81 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A7 · Pensamiento

Respuesta correcta: 2

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

1 Esquizoafasia.

2 Presión del habla. ✓

3 Perseveración.

4 Tangecialidad.

5 Circunstancialidad.

Hablar mucho y deprisa, sin dejarse interrumpir, es presión del habla

Belloch et al. describen la **presión del habla** como un aumento significativo de la **cantidad y velocidad** del habla espontánea respecto de lo normal para la persona o en su contexto social; más de 150 palabras por minuto se considera excesivo. El paciente habla muy deprisa, **deja frases sin completar** por el ansia de comunicar una nueva idea y es **difícil interrumpirle**. Suele resultar de la **taquipsiquia** y es muy frecuente en los estados maníacos. Puede acompañarse de descarrilamiento, tangencialidad, incoherencia o fuga de ideas, pero lo esencial es la velocidad y la cantidad del discurso.

1 La incoherencia o esquizofasia es un discurso ininteligible porque las palabras se unen sin conexión lógica; Vallejo Ruiloba da esquizoafasia como otro nombre de la ensalada de palabras.

2 Cantidad y velocidad del discurso, frases sin terminar y dificultad para interrumpir definen la presión del habla.

3 La perseveración es la repetición persistente de palabras, ideas o temas.

4 La tangencialidad se aplica a las respuestas del paciente, que se relacionan con la pregunta de manera distante o no se relacionan.

5 En la circunstancialidad el discurso se pierde en detalles innecesarios y tarda mucho en alcanzar la meta.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 8, págs. 235-236. Vallejo Ruiloba, J. (dir.) (2011). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (7.ª ed.). Elsevier Masson. Cap. 45 (Pifarré), págs. e-707-e-708.

EN EL ATLAS: Tema A7 · Pensamiento. Se estudia con Belloch 2020 (Base) y Vallejo Ruiloba (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 142

82 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A4 · Atención y Conciencia

Respuesta correcta: 1

La prosopagnosia se define como:

1 Forma extrema de agnosia caracterizada por la incapacidad para reconocer caras familiares. ✓

2 Fracaso para reconocer los objetos por el tacto.

3 Pérdida de la capacidad para visualizar imágenes.

4 Forma de anosognosia en la cual el paciente niega su ceguera.

5 Experiencia perceptiva de un miembro amputado.

La prosopagnosia es la incapacidad para reconocer caras familiares

Vallejo Ruiloba incluye la **prosopagnosia** entre las **alteraciones de la conciencia corporal**, junto a la anosognosia, la astereognosia, la agnosia digital, el miembro fantasma o la asimbolia del dolor. La define como una **forma extrema de agnosia** caracterizada por la **incapacidad para reconocer caras familiares**, asociada a lesiones bilaterales del sistema visual central de la región occipitotemporomedial. Belloch et al. la sitúan entre las **agnosias visuales**, como incapacidad para reconocer rostros perfectamente conocidos.

1 Es la definición de prosopagnosia que da el manual.

2 Fracasar al reconocer los objetos por el tacto, sin usar la visión, es la astereognosia.

3 La pérdida de la capacidad para revisualizar imágenes forma parte del síndrome de Charcot-Wilbrand, junto a la agnosia visual.

4 Negar la propia ceguera y confabular sobre lo que se ve es el síndrome de Anton, una forma de anosognosia.

5 El miembro fantasma figura en la misma lista de alteraciones de la conciencia corporal, como entidad distinta de la prosopagnosia.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Ruiloba, J. (dir.) (2011). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (7.ª ed.). Elsevier Masson. Cap. 41 (Gastó y Penadés), págs. e-651-e-652. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 7, pág. 216.

EN EL ATLAS

Tema A4 · Atención y Conciencia. Se estudia con Vallejo Ruiloba (Ampliación).

83 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A6 · Memoria

Respuesta correcta: 5

La confabulación es un síntoma típico de:

1 El juego patológico.

2 El síndrome de Munchausen.

3 El síndrome de estrés postraumático.

4 El síndrome de burn-out.

5 El síndrome amnésico. ✓

La confabulación es la falsificación del recuerdo propia del síndrome amnésico

Belloch et al. reservan el término **confabulación** para las falsificaciones que se dan en el **síndrome amnésico con estado de conciencia lúcida**: el paciente puede inventarse recuerdos, sin intención de mentir, al intentar responder a cosas que no recuerda y tener así una continuidad mnémica. Es muy característica del **síndrome de Korsakoff**, en el que el manual describe «algún grado de confabulación forzada», y puede aparecer también en algunas demencias. Vallejo Ruiloba la sitúa entre las **paramnesias del recuerdo** y la distingue de la **seudología fantástica**, frecuente en los trastornos facticios.

1 Los manuales ligan la confabulación al síndrome amnésico con conciencia lúcida, al Korsakoff y a algunas demencias; el juego patológico no está en esa lista.

2 En el síndrome de Münchausen la falsificación típica es la seudología fantástica, relatos inventados que el sujeto llega a creerse, ligados a la necesidad de asumir el papel de enfermo.

3 El estrés postraumático tampoco figura entre los cuadros en que los manuales describen la confabulación, que exige un síndrome amnésico con conciencia lúcida.

4 El síndrome de burnout no es un cuadro amnésico y no aparece entre los que los manuales asocian a la confabulación.

5 La confabulación rellena las lagunas del síndrome amnésico y es muy característica del síndrome de Korsakoff.

Trampa. La opción del síndrome de Münchausen atrae porque también hay recuerdos falsos, pero su paramnesia propia es la seudología fantástica.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 7, págs. 200 y 215. Vallejo Ruiloba, J. (dir.) (2011). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (7.ª ed.). Elsevier Masson. Cap. 43 (Cardoner y Urretavizcaya), págs. e-679-e-680.

EN EL ATLAS: Tema A6 · Memoria. Se estudia con Belloch 2020 (Base) y Vallejo Ruiloba (Ampliación).

84

PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A6 · Memoria

Respuesta correcta: 1

La amnesia retrógrada se define como:

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

La amnesia retrógrada afecta a lo almacenado antes del trastorno que la causa

Vallejo Ruiloba define la **amnesia retrógrada** como la **incapacidad de recuperar información almacenada previamente al inicio del trastorno** (traumatismo, shock físico o psíquico o enfermedad). Puede limitarse a los minutos u horas anteriores a la lesión o extenderse a meses o años, y sigue un **gradiente temporal**: se pierden antes los recuerdos más recientes. Belloch et al. la describen como una incapacidad para recordar el pasado, frecuente tras una conmoción cerebral o la terapia electroconvulsiva. La opuesta es la **amnesia anterógrada**, que impide retener lo ocurrido después del acontecimiento causal.

1. Es la definición de amnesia retrógrada: abarca lo almacenado antes del inicio del trastorno.
2. La pérdida de lo ocurrido después del acontecimiento o lesión causal es la amnesia anterógrada.
3. La pérdida parcial que abarca un período de tiempo concreto es la amnesia lacunar o localizada, propia de los cuadros con pérdida o disminución de la conciencia.
4. Las amnesias producidas por factores emocionales o psicológicos son las amnesias afectivas o psicógenas, una clasificación causal distinta de la cronológica.
5. Las distorsiones o errores de la memoria son las paramnesias, que el manual trata aparte de las amnesias.

> **Trampa.** Las cinco opciones son definiciones reales del capítulo; solo la primera corresponde al eje cronológico hacia el pasado.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Ruiloba, J. (dir.) (2011). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (7.ª ed.). Elsevier Masson. Cap. 43 (Cardoner y Urretavizcaya), págs. e-675-e-676 y e-679. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 7, pág. 198.

EN EL ATLAS

Tema A6 · Memoria. Se estudia con Vallejo Ruiloba (Ampliación) y Belloch 2020 (Base).

85 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A10 · Regulación Emocional

Respuesta correcta: 1

La labilidad afectiva se caracteriza porque:

1 Se producen cambios rápidos de la emoción y la persona tiene dificultades para controlar sus emociones. ✓

2 Se produce una elevación del umbral afectivo atencional para estímulos negativos.

3 Hay un sentimiento general de encontrarse muy bien, muy alegre, aunque no existan causas que justifiquen ese estado de ánimo.

4 El estado de ánimo es predominante abatido, pesimista, triste.

5 Se produce un estrechamiento afectivo que restringe la vida emocional.

La labilidad afectiva son cambios emocionales rápidos, intensos y breves

Belloch et al. definen la **labilidad afectiva** como la presencia de **cambios rápidos en el estado emocional**, desencadenados o no por el contexto: las emociones son intensas y duran poco, de modo que la persona pasa rápidamente de un estado a otro. Suele durar minutos y aparece en episodios maníacos, en el trastorno de la personalidad histriónica, en episodios psicóticos agudos y en trastornos neurológicos. En ocasiones se acompaña de **incontinencia afectiva**, la falta de control de la expresión emocional, que el manual trata como una alteración distinta. Vallejo Ruiloba añade que la combinación de ambas es típica de la epilepsia, las demencias y los cuadros seudobulbares.

1 Recoge los cambios rápidos de la emoción y la dificultad para controlarla, propia de la incontinencia que en ocasiones la acompaña.

2 Un umbral afectivo elevado para los estímulos negativos no forma parte de la definición de labilidad, que habla de intensificación e inestabilidad de las emociones.

3 Un sentimiento exagerado de bienestar y alegría sin causa que lo justifique describe la hipertimia o elación del estado de ánimo.

4 El estado de ánimo decaído, triste y apenado es la hipotimia.

5 La reducción de la gama e intensidad de la expresión emocional es el afecto restringido de la tabla de trastornos del afecto de Vallejo Ruiloba.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 11, págs. 352-353. Vallejo Ruiloba, J. (dir.) (2011). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (7.ª ed.). Elsevier Masson. Cap. 46 (Crespo), tabla 46-4, pág. e-713, y págs. e-719-e-720.

EN EL ATLAS: Tema A10 · Regulación Emocional. Se estudia con Belloch 2020 (Base) y Vallejo Ruiloba (Ampliación).

86 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A10 · Regulación Emocional

Respuesta correcta: 5

La paratimia se caracteriza porque:

1 Se han perdido la flexibilidad y modulación emocional o afectiva.

2 Hay sentimientos mixtos de amor-odio.

3 Hay cambios rápidos de humor.

4 Hay ausencia de control sobre la expresión de los afectos.

5 La expresión afectiva es discordante o inadecuada con la situación. ✓

En la paratimia la emoción no casa con lo que la persona vive o cuenta

La **paratimia**, también llamada **afecto discordante o inadecuado**, aparece cuando las emociones de la persona **no se corresponden con el contenido de sus vivencias** o con el contexto en que se producen. Belloch et al. ponen el ejemplo de un paciente que narra el accidente grave de su hijo mientras se ríe de forma descontrolada. Es relativamente frecuente en la **esquizofrenia** y en los **trastornos orgánico-cerebrales**; Vallejo Ruiloba añade que es excepcional en los síndromes afectivos primarios. Las demás opciones describen otras alteraciones cualitativas del mismo apartado.

1 La pérdida de la flexibilidad y la modulación afectiva es la rigidez afectiva.

2 Los sentimientos positivos y negativos simultáneos hacia un mismo objeto, como amor y odio, son la ambivalencia afectiva.

3 Los cambios rápidos del estado emocional definen la labilidad afectiva.

4 La falta de control de la expresión afectiva es la incontinencia afectiva.

5 Es la definición de paratimia: una expresión afectiva que no se corresponde con la situación vivida.

Trampa. Los cuatro distractores son las definiciones de la labilidad, la incontinencia, la ambivalencia y la rigidez afectivas, que el manual expone junto a la paratimia.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 11, pág. 353. Vallejo Ruiloba, J. (dir.) (2011). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (7.ª ed.). Elsevier Masson. Cap. 46 (Crespo), págs. e-719-e-720.

EN EL ATLAS: Tema A10 · Regulación Emocional. Se estudia con Belloch 2020 (Base) y Vallejo Ruiloba (Ampliación).

87 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A10 · Regulación Emocional

Respuesta correcta: 4

La rigidez afectiva se caracteriza por:

1 Cambios rápidos en el estado de ánimo.

2 La expresión afectiva es discordante con la situación.

3 Ausencia de sentimientos positivos reactivos.

4 Incapacidad para modular el afecto en función de las situaciones. ✓

5 Respuestas emocionales poco intensas.

La rigidez afectiva es la pérdida de la capacidad de modular las emociones

La **rigidez afectiva** afecta al rango de estados emocionales y a la **capacidad de flexibilidad o modulación afectiva**: la persona presenta **estados emocionales fijos y persistentes** que no cambian aunque varíe la valencia emocional del contexto. Vallejo Ruiloba la define como la pérdida de la capacidad de modulación afectiva y pone el ejemplo de un paciente paranoide continuamente irritable y receloso, sea cual sea el tema de conversación. Belloch et al. piden distinguirla de la **frialdad o indiferencia afectiva**, que implica un déficit en la capacidad para experimentar emociones.

1 Los cambios rápidos en el estado de ánimo son la labilidad afectiva.

2 La expresión afectiva discordante con la situación es la paratimia o afecto inadecuado.

3 La pérdida de la capacidad para experimentar placer en lo que antes lo procuraba es la anhedonia.

4 Es la definición: emociones fijas que no se modulan según las circunstancias.

5 Las respuestas emocionales poco intensas corresponden al embotamiento o al aplanamiento afectivo, que el manual separa de la rigidez.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 11, pág. 353. Vallejo Ruiloba, J. (dir.) (2011). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (7.ª ed.). Elsevier Masson. Cap. 46 (Crespo), pág. e-720.

EN EL ATLAS: Tema A10 · Regulación Emocional. Se estudia con Belloch 2020 (Base) y Vallejo Ruiloba (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 107

88 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A4 · Atención y Conciencia

Respuesta correcta: 5

¿Cuáles son las características de la obnubilación de la conciencia?:

1 Total ausencia de conciencia que se produce por enfermedad o daño cerebral.

2 Estrechamiento transitorio de la conciencia, de duración variable, con amnesia de lo ocurrido durante el período.

3 Estado semejante al sueño que se acompaña de alucinaciones visuales intensas.

4 Trastorno profundo de índole cualitativa y cuantitativa con agitación psicomotora.

5 Reducción de la capacidad para identificar y reconocer el entorno con dificultades atencionales y del curso del pensamiento. ✓

La obnubilación reduce la conciencia del entorno y altera la atención y el pensamiento

Belloch et al. describen la **obnubilación** como el **primer estadio de disminución del nivel de consciencia**: cuesta mantener el estado de alerta y se requieren estímulos de cierta intensidad para hacerse consciente. Se acompaña de un **deterioro de la atención, la percepción, el pensamiento y la memoria**, con una conciencia limitada del entorno, aunque no se pierde por completo la capacidad de reconocimiento. Vallejo Ruiloba (Gastó y Penadés) la sitúa en un grado más profundo, con **confusión, desorientación temporoespacial y distraibilidad permanente**, y todas las funciones intelectuales seriamente perturbadas. Con cualquiera de las dos descripciones, la opción 5 es la que corresponde.

1 La pérdida total de conciencia con imposibilidad de despertar al paciente es el coma.

2 El estado transitorio, de duración variable, con restricción del contenido de la conciencia, describe los estados crepusculares, en los que la memoria está profundamente alterada.

3 Las ilusiones o alucinaciones vívidas y escénicas, en un estado parecido al sueño, son los estados oniroides.

4 Una alteración global de la atención, la conciencia y las funciones cognitivas, a menudo con agitación, corresponde al delirium, una alteración cualitativa de la conciencia.

5 Recoge la reducción del reconocimiento del entorno con alteración de la atención y del pensamiento.

Ojo. Los dos manuales no coinciden en la gravedad de la obnubilación. Belloch et al. (2020, pág. 133) la ponen como primer estadio de descenso de la conciencia y advierten en nota que Gastó y Penadés la usan para una alteración más grave, que es la que recoge Vallejo Ruiloba (2011, pág. e-647).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 5, págs. 133-135. Vallejo Ruiloba, J. (dir.) (2011). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (7.ª ed.). Elsevier Masson. Cap. 41 (Gastó y Penadés), págs. e-647-e-648 y e-652-e-653.

EN EL ATLAS

Tema A4 · Atención y Conciencia. Se estudia con Belloch 2020 (Base) y Vallejo Ruiloba (Ampliación).

89 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A4 · Atención y Conciencia

Respuesta correcta: 4

Al estado caracterizado por una total ausencia de conciencia, laxitud muscular, ausencia de respuesta a estímulos dolorosos y amnesia lacunar posterior, se le denomina:

1 Somnolencia.

2 Ausencia mental.

3 Estupor.

4 Coma. ✓

5 Obnubilación.

El coma es la suspensión global de la conciencia de la que no se puede despertar

Belloch et al. describen el **coma** como una forma prolongada de **suspensión global de la conciencia** en la que resulta imposible despertar al paciente pese a una estimulación intensa. Se pierden la consciencia, la **sensibilidad** y la **motilidad voluntaria**, desaparece incluso el funcionamiento reflejo y se conservan solo las funciones vegetativas. Vallejo Ruiloba recuerda que la **amnesia lacunar**, limitada al período en que la conciencia estuvo disminuida, es característica del coma, la obnubilación y la confusión. El estupor es el estadio inmediatamente anterior, del que aún puede sacarse al paciente con estímulos muy potentes.

1. En la somnolencia el paciente se duerme en cuanto se reduce la estimulación, pero los reflejos y el tono muscular se conservan, aunque disminuidos.
2. La ausencia mental es una alteración de la concentración: una gran concentración en una cuestión que lleva a desatender el resto de estímulos.
3. En el estupor el paciente alcanza un estado de vigilia ligero y transitorio con estímulos muy potentes, como los dolorosos; se considera el antecedente inmediato del coma.
4. Es el único estado de la lista con pérdida total de la conciencia y sin respuesta a estímulos intensos.
5. En la obnubilación la conciencia está disminuida, pero el paciente puede entender y ejecutar lentamente órdenes sencillas.

Trampa. El estupor comparte la inmovilidad y la escasa respuesta, pero en él los estímulos dolorosos intensos todavía logran una vigilia transitoria.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 5, págs. 127-128 y 133. Vallejo Ruiloba, J. (dir.) (2011). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (7.ª ed.). Elsevier Masson. Cap. 41 (Gastó y Penadés), pág. e-648; cap. 43 (Cardoner y Urretavizcaya), pág. e-676.

EN EL ATLAS

Tema A4 · Atención y Conciencia. Se estudia con Belloch 2020 (Base) y Vallejo Ruiloba (Ampliación). es Ampliación del tema A6 · Memoria.

90 PSICOPATOLOGÍA FUNDAMENTAL

A9 · Comportamiento y Conducta Motora

Respuesta correcta: 5

Cuando una persona permanece en actitud inmóvil, con la musculatura rígida, y se le puede colocar en diversas posiciones sin que él intente recupera la posición original durante un tiempo, es probable que padezca:

1 Negativismo pasivo.

2 Obediencia automática.

3 Manierismos reactivos.

4 Alteración psicomotora de reposo.

5 Flexibilidad cérea. ✓

En la flexibilidad cérea el paciente conserva la postura en la que se le coloca

Belloch et al. describen la **flexibilidad cérea** como una sensación de **resistencia plástica** cuando el examinador mueve el cuerpo del paciente, parecida a doblar una varilla de cera blanda; cuando el movimiento pasivo se detiene, **se conserva la postura final** durante un minuto o más, aunque resulte incómoda. En la **catalepsia** la persona adquiere una posición inmóvil con rigidez muscular y, si se movilizan sus miembros, puede mostrar flexibilidad cérea quedándose en la posición en que se la deja. Vallejo Ruiloba explica que, por comportarse estos pacientes «como si fuesen de cera», el fenómeno se ha denominado flexibilidad cérea.

1. En el negativismo pasivo el paciente no se resiste activamente, pero tampoco ejecuta lo que se le pide; no consiste en mantener posturas impuestas.
2. En la obediencia automática el paciente cumple las instrucciones sin importar las consecuencias, aunque se le pida que se resista.
3. Los manierismos son modos peculiares o extravagantes de realizar conductas normales dirigidas a un objetivo.
4. Es una denominación genérica; el fenómeno concreto que describe el enunciado tiene nombre propio en el manual, la flexibilidad cérea.
5. Describe la conservación de la postura en la que se coloca al paciente, que es la flexibilidad cérea.

Ojo. El enunciado describe también la catalepsia (inmovilidad con rigidez y posturas impuestas), que no figura entre las opciones. Belloch et al. presentan ambas como alteraciones distintas que suelen ir juntas, y Vallejo Ruiloba usa el término flexibilidad cérea para el fenómeno cataléptico.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 10, págs. 324-325 y 337. Vallejo Ruiloba, J. (dir.) (2011). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (7.ª ed.). Elsevier Masson. Cap. 47 (Menchón), págs. e-730-e-732.

EN EL ATLAS Tema A9 · Comportamiento y Conducta Motora. Se estudia con Belloch 2020 (Base) y Vallejo Ruiloba (Ampliación).

Respuesta correcta: 5

La aparición del estreñimiento es un síntoma que aparece con frecuencia cuando se consume:

1 Tabaco.
2 Alcohol.
3 Cannabis.
4 Cocaína.
5 Heroína. ✓

Los opiáceos como la heroína producen un intenso estreñimiento

Belloch et al. explican que la morfina, además de ser un analgésico eficaz y un potente depresor de los centros respiratorios y de la tos, **produce un intenso estreñimiento** y la característica **miosis**. La **heroína**, derivado de la morfina, tiene **efectos similares** con una dosis diez veces menor. El DSM-5-TR atribuye el estreñimiento grave a la **desaceleración de la actividad gastrointestinal** y a la menor motilidad intestinal que acompañan al consumo de opiáceos.

1 En la intoxicación aguda por nicotina el manual cita náuseas o vómitos, sudoración, taquicardia y arritmias, y en las intoxicaciones accidentales, diarrea y vómitos.
2 El alcohol es un depresor del sistema nervioso central; el estreñimiento no figura entre los efectos que el manual le atribuye.
3 La intoxicación por cannabis se acompaña de inyección conjuntival, aumento del apetito, boca seca y taquicardia.
4 Los síntomas físicos principales de la cocaína son la taquicardia, la hipertensión y la midriasis.
5 La heroína comparte con la morfina el intenso estreñimiento y la miosis.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 15, págs. 496-502. American Psychiatric Association (2023). DSM-5-TR. Panamericana. Trastorno por consumo de opiáceos, pág. 613.

EN EL ATLAS: Tema B6 · Adicciones a sustancias. Se estudia con Belloch 2020 (Base) y DSM-5-TR (Base).

Respuesta correcta: 5

Bajo la denominación de xantinas se agrupan:

1 La hoja de coca, la cocaína y el crack.

2 La metadona y la heroína.

3 El MDA y el MDMA.

4 La nicotina y los inhalantes.

5 La cafeína y la teofilina. ✓

Las xantinas son estimulantes menores como la cafeína y la teofilina

Belloch et al. (2008) definen las **xantinas** como un conjunto de sustancias que incluye la **cafeína** del café, la **teobromina** del chocolate y la **teofilina** del té negro. Son **estimulantes menores** que quitan el sueño, aumentan el estado de alerta y tienen discretos efectos sobre la presión arterial, con niveles de dependencia modestos. La edición de 2020 presenta la cafeína como un **alcaloide de tipo xantina** y la sustancia psicoactiva estimulante de mayor consumo en el mundo.

1. La hoja de coca, la cocaína y el crack son formas de consumo de la cocaína, incluida entre los estimulantes.
2. La heroína es un derivado de la morfina, y la metadona, un opiáceo sintético que se usa como tratamiento sustitutivo.
3. El MDMA o éxtasis es la principal droga de síntesis, estimulante de tipo anfetamínico.
4. La nicotina es la principal droga del tabaco, y los inhalantes son hidrocarburos volátiles de disolventes, pegamentos o gasolina.
5. La cafeína y la teofilina son xantinas, junto con la teobromina.

Ojo. La edición vigente (Belloch 2020, pág. 498) dice que la cafeína es un alcaloide de tipo xantina, pero no nombra la teofilina. La definición completa del grupo está en la edición anterior (Belloch 2008, vol. I, pág. 399).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 15, págs. 497-503. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 14, pág. 399.

EN EL ATLAS: Tema B6 · Adicciones a sustancias. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

93 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B17 · Trastornos disociativos

Respuesta correcta: 2

¿Qué caracteriza al trastorno disociativo de identidad?:

1 La confusión sobre la identidad personal o asunción de una nueva identidad.

2 Presencia de dos o más identidades distintas o estados de personalidad que controlan el comportamiento del individuo de modo recurrente. ✓

3 Una amnesia selectiva.

4 Una experiencia persistente o recurrente de sentirse distanciado.

5 Una sensación de irrealidad.

El trastorno de identidad disociativo se define por dos o más identidades o estados de personalidad

En el DSM-IV la característica esencial del **trastorno de identidad disociativo** (antes personalidad múltiple) era la existencia de **dos o más identidades o estados de personalidad** que **controlan el comportamiento** del individuo de modo recurrente, junto a una **incapacidad para recordar información personal** importante demasiado amplia para el olvido ordinario. Las demás opciones describen otros cuadros del mismo capítulo. La confusión sobre la identidad o la nueva identidad era propia de la **fuga disociativa**, la amnesia define la amnesia disociativa, y el distanciamiento y la irrealidad, la despersonalización.

1 La confusión sobre la identidad personal o la asunción de una nueva identidad era el criterio B de la fuga disociativa del DSM-IV.

2 Son los criterios A y B del DSM-IV.

3 La amnesia selectiva es un tipo de amnesia disociativa; en el trastorno de identidad disociativo la amnesia acompaña a la alteración de la identidad.

4 La experiencia persistente o recurrente de sentirse distanciado de uno mismo define el trastorno de despersonalización.

5 La sensación de irrealidad es propia de la despersonalización y de la desrealización.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Trastorno de identidad disociativo, págs. 496 y 499; fuga disociativa, pág. 493. American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de identidad disociativo, pág. 292.

EN EL ATLAS: Tema B17 · Trastornos disociativos. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2019 · n.º 116

Respuesta correcta: 5

¿En qué trastorno hay una preocupación excesiva por alguna anomalía física leve o inexistente?:

1 El trastorno de somatización.
2 La anorexia nerviosa.
3 El trastorno de ansiedad.
4 El trastorno de conversión.
5 El trastorno dismórfico corporal. ✓

La preocupación excesiva por un defecto físico leve o imaginado define el trastorno dismórfico corporal

El **criterio A** del **trastorno dismórfico corporal** del DSM-IV pedía preocupación por algún **defecto imaginado** del aspecto físico o, si hay leves anomalías, una preocupación **excesiva**. Es lo que describe el enunciado. El DSM-IV lo situaba entre los **trastornos somatomorfos** y recordaba que históricamente se conocía como **dismorfofobia**. La preocupación debía causar malestar o deterioro y no explicarse mejor por otro trastorno mental, como la insatisfacción con el tamaño y la silueta corporales de la anorexia nerviosa.

1 El trastorno de somatización del DSM-IV exigía una historia de múltiples síntomas físicos que empieza antes de los 30 años, sin relación con el aspecto.
2 En la anorexia nerviosa la insatisfacción se refiere al tamaño y la silueta corporales, y el DSM-IV la excluye expresamente del trastorno dismórfico (criterio C).
3 Entre los trastornos de ansiedad, la fobia social (hoy trastorno de ansiedad social) puede acompañarse de preocupación por defectos reales del aspecto, pero el DSM-IV aclara que no suele ser intensa, persistente ni incapacitante.
4 El trastorno de conversión se definía por síntomas o déficits que afectan a las funciones motoras voluntarias o sensoriales y sugieren una enfermedad neurológica.
5 Es el criterio A del trastorno dismórfico corporal.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Trastornos somatomorfos: trastorno de somatización, pág. 461; trastorno de conversión, pág. 469; trastorno dismórfico corporal, págs. 478-481.

EN EL ATLAS: Tema B14 · TOC y trastornos relacionados. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2017 · n.º 144, PIR 2020 · n.º 73, PIR 2021 · n.º 114

95 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B18 · Trastornos de síntomas somáticos y relacionados

Respuesta correcta: 2

El miedo o creencia de padecer una enfermedad importante, que surge en el sujeto a partir de la interpretación errónea de sus síntomas corporales, es la característica nuclear de:

1 El trastorno de conversión.

2 La hipocondría. ✓

3 El trastorno de pánico.

4 La depresión

5 La somatización.

La hipocondría del DSM-IV era el miedo a una enfermedad grave nacido de interpretar mal los síntomas

El enunciado copia la característica esencial de la **hipocondría** en el DSM-IV: la preocupación y el miedo a padecer, o la convicción de tener, una enfermedad grave a partir de la **interpretación personal** de uno o más signos o síntomas somáticos. El DSM-5 suprime la categoría. La mayoría de estos pacientes se diagnostican ahora de **trastorno de síntomas somáticos**, y los que tienen mucha ansiedad por la salud con síntomas somáticos ausentes o leves, de **trastorno de ansiedad por enfermedad**. El DSM-5-TR todavía recoge la definición antigua al presentar este último trastorno.

1. El trastorno de conversión se define por síntomas o déficits motores o sensoriales que sugieren una enfermedad neurológica. El miedo a estar gravemente enfermo no forma parte de su definición.
2. Es la característica esencial de la hipocondría tal como la describía el DSM-IV.
3. En el trastorno de pánico la ansiedad por la salud aparece de forma aguda y episódica, ligada a los ataques; en la hipocondría el miedo es persistente.
4. En la depresión puede haber rumiaciones sobre la salud, pero si la preocupación por la enfermedad aparece solo durante los episodios depresivos no se hace un diagnóstico aparte.
5. La somatización del DSM-IV era un patrón de síntomas somáticos múltiples y recurrentes; su núcleo eran los síntomas, sin exigir la convicción de padecer una enfermedad concreta.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Trastornos somatomorfos, hipocondría, pág. 475; trastorno de somatización, pág. 457. American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de ansiedad por enfermedad, págs. 310, 315 y 317-318.

EN EL ATLAS Tema B18 · Trastornos de síntomas somáticos y relacionados. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2021 · n.º 101, PIR 2022 · n.º 77

96 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B17 · Trastornos disociativos

Respuesta correcta: 2

¿A qué trastornos nos estamos refiriendo cuando hablamos de una alteración de las funciones integradoras de la conciencia, la identidad, y la memoria?:

1 La esquizofrenia.

2 Los trastornos disociativos. ✓

3 Los trastornos somatoformes.

4 Los trastornos por estrés postraumáticos.

5 Los trastornos del estado de ánimo.

La alteración de las funciones integradoras de la conciencia, la identidad y la memoria define los trastornos disociativos

El DSM-IV definía la característica esencial de los **trastornos disociativos** como una **alteración de las funciones integradoras** de la **conciencia**, la **identidad**, la **memoria** y la percepción del entorno, que puede ser repentina o gradual, transitoria o crónica. El DSM-5-TR amplía la definición a una interrupción o discontinuidad en la integración normal de la conciencia, la memoria, la identidad propia y subjetiva, la emoción, la percepción, la identidad corporal, el control motor y el comportamiento, pero conserva los tres elementos del enunciado.

1 La esquizofrenia se define por síntomas psicóticos como delirios, alucinaciones o discurso desorganizado.

2 Es la definición del DSM-IV.

3 Los trastornos somatomorfos del DSM-IV se caracterizan por síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica y que no se explican por completo por ella.

4 El trastorno de estrés postraumático sigue a la exposición a un acontecimiento traumático. Puede incluir síntomas disociativos, pero el DSM-5-TR sitúa los trastornos disociativos al lado de los relacionados con traumas, sin formar parte de ellos.

5 Los trastornos del estado de ánimo tienen como característica principal una alteración del humor.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA EN EL ATLAS

American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Trastornos disociativos, pág. 489.

Tema B17 · Trastornos disociativos. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

97 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B17 · Trastornos disociativos

Respuesta correcta: 2

Según la clasificación de Tyrer (1989), ¿a qué tipo de disociación pertenece la amnesia psicógena (amnesia disociativa)?:

1 La disociación de la personalidad.

2 La disociación de la función cognitiva. ✓

3 La disociación de la percepción.

4 La disociación del movimiento o sensación.

5 La disociación de conductas complejas.

Tyrer sitúa la amnesia disociativa en la disociación de la función cognitiva

Belloch et al. recogen la clasificación de las categorías diagnósticas de la disociación que propuso **Tyrer (1989)** según la **función afectada**. Distingue la disociación de la personalidad (el trastorno de identidad disociativo), la de **conductas complejas** (fuga disociativa y estados de trance), la de movimientos o sensaciones (histeria de conversión), la de la **función cognitiva**, donde aparece la amnesia disociativa, y la de la **percepción** (despersonalización y desrealización), además de otros tipos. La edición de 2008 ya incluía la amnesia psicógena en la disociación de la función cognitiva.

1 La disociación de la personalidad corresponde al trastorno de identidad disociativo, la antigua personalidad múltiple.

2 Es el grupo en el que Tyrer coloca la amnesia disociativa o psicógena.

3 En la disociación de la percepción están la despersonalización y la desrealización.

4 La disociación de movimientos o sensaciones agrupa la histeria de conversión.

5 La disociación de conductas complejas incluye la fuga disociativa y los estados de trance.

Ojo. Belloch et al. (2020) escriben el nombre del autor como «Tyer».

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 8, pág. 260. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 8, pág. 217.

EN EL ATLAS

Tema B17 · Trastornos disociativos. Se estudia con Belloch 2020 (Base) y Belloch 2008 (Ampliación).

98 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B3 · Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos

Respuesta correcta: 2

¿Qué característica comparten la anorexia y la bulimia?:

1 Pérdida de control ante los hidratos de carbono.

2 Una preocupación extrema por el peso y la forma corporales. ✓

3 Un IMC por debajo de 18.

4 La hostilidad hacia la madre.

5 La amenorrea.

La preocupación extrema por el peso y la figura une la anorexia y la bulimia nerviosas

El DSM-IV abre el capítulo con la idea que resuelve la pregunta: una característica esencial de la **anorexia nerviosa** y de la **bulimia nerviosa** es la alteración de la percepción de la forma y el peso corporales. Belloch lo formula como **idea sobrevalorada** de delgadez. Lo que caracteriza a ambas es su extrema preocupación por el peso y la forma corporales, y las pacientes juzgan su **autovalía** en función de su peso y su figura. El DSM-5-TR mantiene ese núcleo en los dos trastornos, en el criterio C de la anorexia y en el criterio D de la bulimia, que habla de una autoevaluación indebidamente influida por la constitución y el peso.

1 El DSM-IV dice que los atracones se caracterizan más por una cantidad anormal de comida que por el ansia de un alimento determinado, como los hidratos de carbono. Además, en el tipo restrictivo de anorexia no hay atracones.

2 Es la característica que comparten según Belloch y según la introducción del capítulo en el DSM-IV.

3 El peso bajo pertenece a la anorexia. Las personas con bulimia nerviosa suelen estar dentro del margen de peso considerado normal.

4 La hostilidad hacia la madre no figura en los criterios ni en la descripción de ninguno de los dos trastornos.

5 La amenorrea era el criterio D de la anorexia en el DSM-IV. En la bulimia aparecen a menudo irregularidades menstruales o amenorrea, pero no forman parte de sus criterios, y el DSM-5-TR ya no la incluye tampoco entre los de la anorexia.

Trampa. La amenorrea tienta porque era un criterio de la anorexia en el DSM-IV, pero nunca lo fue de la bulimia, así que no puede ser lo que comparten.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Trastornos de la conducta alimentaria, págs. 553, 559 y 561-562. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 15, pág. 412.

EN EL ATLAS: Tema B3 · Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2015 · n.º 197

99 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B3 · Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos

Respuesta correcta: 2

¿Cuál sería la característica diferencial entre un trastorno alimentario y otro que cursa con pérdida significativa de peso y/o patrones alimentarios anómalos?:

1 Los problemas de sueño.

2 El miedo patológico a engordar o la idea sobrevalorada de adelgazar. ✓

3 Las dificultades sociales.

4 La elevada ansiedad.

5 El miedo a la desnutrición.

El miedo a engordar separa la anorexia de otras pérdidas de peso

Belloch et al. explican que en la anorexia nerviosa la restricción de la ingesta y el bajo peso se asocian a la **sobrevaloración de la imagen corporal** y al **miedo a aumentar de peso**. Hay muchas circunstancias con restricción alimentaria o bajo peso, pero la diferencia es que en la anorexia se asocian a **alteraciones de la imagen corporal** y al **miedo intenso a engordar**. Su **tabla 13.7** lo aplica al diagnóstico diferencial: en las enfermedades médicas el comportamiento alimentario anormal **no se asocia al temor a ganar peso**, en la esquizofrenia la restricción se debe a síntomas psicóticos y en el TOC hay obsesiones, no ideas sobrevaloradas.

1 Los problemas de sueño no figuran entre las diferencias que recoge la tabla del diagnóstico diferencial.

2 El miedo a engordar y la idea sobrevalorada sobre el peso y la imagen corporal son lo que distingue al trastorno alimentario.

3 Las dificultades sociales aparecen en la tabla a propósito del trastorno de ansiedad social, pero en ese trastorno la ansiedad es ante la exposición a otras personas; en la anorexia se relaciona con la imagen corporal y la alimentación.

4 La ansiedad elevada no es el rasgo diferencial que propone el manual, que señala el temor concreto a ganar peso.

5 El temor que caracteriza al trastorno es el contrario, engordar; en la fobia específica el miedo es a ahogarse o vomitar.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 13, tabla 13.7, pág. 424.

EN EL ATLAS

Tema B3 · Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

100 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B4 · Disfunciones sexuales, trastornos parafílicos y disforia de género

Respuesta correcta: 2

¿A qué edad se desarrolla la identidad de género?:

1. Poco después de nacer.
2. Entre los 2 y los 4 años. ✓
3. Entre los 5 y los 7 años.
4. Entre los 13 y los 14 años.
5. En la pubertad.

La identidad de género se forma en los primeros años de la infancia

Belloch et al. (2008) sitúan el desarrollo de la **identidad de género entre los dos y los cuatro años**, coincidiendo con la etapa del desarrollo cognitivo en la que el concepto de género empieza a tener significado: el niño se identifica a sí mismo como niña o niño. Una vez adquirida, la identidad de género es **muy resistente al cambio**. Papalia y Martorell coinciden en el periodo: la **identidad de género**, la conciencia del género propio y del de los otros, aparece **entre los dos y tres años**, y la **consistencia de género** llega entre los tres y siete años.

1. Tras el nacimiento empiezan las asignaciones sociales según el sexo, pero la identidad se desarrolla más tarde, entre los dos y los cuatro años.
2. Es la franja que da el manual para el desarrollo de la identidad de género.
3. En esas edades Papalia y Martorell sitúan la consistencia de género, una etapa posterior a la identidad.
4. Los 13 o 14 años aparecen como la edad hasta la que la reasignación puede no resultar exitosa cuando la identidad de género es equívoca.
5. En la pubertad la identidad de género ya está adquirida, y una vez adquirida es muy resistente al cambio.

Ojo. La edad exacta solo está en la edición anterior de Belloch (2008, vol. I, pág. 311). La edición vigente (2020, cap. 14) trata la disforia de género sin dar esta edad. Papalia y Martorell (2021, pág. 237) dan dos a tres años, dentro de la misma franja.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 12, pág. 311. Papalia, D. E. y Martorell, G. (2021). Desarrollo humano (14.ª ed.). McGraw-Hill. Cap. 8, pág. 237.

EN EL ATLAS

Tema B4. Papalia y Martorell no es fuente de este tema.

101

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B4 · Disfunciones sexuales, trastornos parafílicos y disforia de género

Respuesta correcta: 2

Una falta de interés por llevar a cabo relaciones o conductas sexuales en general es, más propiamente:

1. Aversión sexual.
2. Falta de deseo sexual o deseo sexual inhibido. ✓
3. Impotencia o anorgasmia.
4. Trastorno de excitación.
5. Disfunción orgásmica.

La falta general de interés por cualquier conducta sexual es el deseo sexual hipoactivo

Belloch describe el **deseo sexual inhibido o hipoactivo**, también llamado apatía sexual, falta de deseo sexual o falta de interés por el sexo, como el de las personas que no tienen apetito sexual y **no se sienten atraídas por el sexo ni por la posibilidad de llevar a cabo relaciones o conductas sexuales en general**. Es casi la frase del enunciado. El DSM-IV lo definía por la ausencia o deficiencia de **fantasías sexuales** y de deseos de actividad sexual. El otro trastorno del deseo, la **aversión al sexo**, supone además una evitación activa del contacto sexual genital.

1. La aversión sexual supone una aversión extrema y la evitación activa de todos o casi todos los contactos sexuales genitales con la pareja, algo más que la falta de interés.
2. Es la definición que da el manual del deseo sexual inhibido o hipoactivo.
3. La impotencia es el fallo de la erección, un trastorno de la excitación, y la anorgasmia es la ausencia o el retraso del orgasmo.
4. El trastorno de la excitación es el fallo para obtener o mantener la respuesta de excitación (la lubricación y tumefacción en la mujer, la erección en el varón) hasta el final de la actividad sexual.
5. La disfunción orgásmica es la ausencia o el retraso del orgasmo tras una fase de excitación normal.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 12, págs. 320 y 322-323. American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Trastornos sexuales, deseo sexual hipoactivo, pág. 508; trastorno por aversión al sexo, pág. 511.

EN EL ATLAS

Tema B4 · Disfunciones sexuales, trastornos parafílicos y disforia de género. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2015 · n.º 199, PIR 2021 · n.º 105

102

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 3

Las principales técnicas en el Entrenamiento de Habilidades Sociales para las personas con esquizofrenia incluyen modelado, ensayo de conducta y retroalimentación. Pero, ¿qué otras técnicas resultan recomendables?:

1. Técnicas de relajación.
2. Técnicas de discusión dirigida y la técnica del grupo nominal (TGN).
3. Técnicas de instigación (Prompting) y aleccionamiento (Coaching). ✓
4. Técnicas de retroalimentación biológica (Biofeedback).
5. Técnicas de conciencia plena (Mindfulness).

Instigación y aleccionamiento ayudan al paciente durante el ensayo de las habilidades

En el **entrenamiento en habilidades sociales** (EHS) para personas con esquizofrenia, además del modelado, el ensayo de conducta y la retroalimentación, durante la representación de papeles se pueden usar el **aleccionamiento** (*coaching*), que proporciona ayudas verbales, y la **instigación** (*prompting*), que da señales. Díaz, Ruiz y Villalobos describen los **instigadores verbales y físicos** como parte del modelado participante, que se retiran de forma progresiva, y dan como componentes básicos del EHS la justificación e instrucciones, el modelado, el ensayo de conducta, el *feedback* y el reforzamiento. Vallejo (2012) recoge en los programas para la esquizofrenia ensayos o *role-play*, *feedback* positivo y corrector, modelado social, refuerzo y tareas para casa.

1. La relajación no figura entre los componentes del EHS que recogen los manuales.
2. La discusión dirigida y la técnica del grupo nominal no aparecen entre las técnicas del EHS de estos manuales.
3. Las ayudas verbales y las señales durante el ensayo completan el núcleo de modelado, ensayo y retroalimentación.
4. El biofeedback es una técnica de control fisiológico ajena a los componentes del EHS.
5. El mindfulness no forma parte de los componentes del EHS que describen los manuales.

Ojo. La enumeración literal con aleccionamiento e instigación procede de Labrador (2008, pág. 587), obra que no está en el corpus. El corpus recoge los instigadores en el modelado participante (Díaz, Ruiz y Villalobos, 2017, pág. 305) y los componentes básicos del EHS (pág. 319).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Labrador, F. J. (coord.) (2008). Técnicas de modificación de conducta. Pirámide. Pág. 587. Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 6, págs. 305 y 319. Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. II. Dykinson. Cap. 14 (Lemos Giráldez, Paíno, Vallina Fernández, Fernández Iglesias y Fonseca Pedrero), apdo. 5.2, págs. 962-964.

EN EL ATLAS

Tema C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Díaz y Ruiz no es fuente de este tema. Se estudia con Vallejo Adultos 2012 (Base).

103

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B4 · Disfunciones sexuales, trastornos parafílicos y disforia de género

Respuesta correcta: 2

¿Qué factores causales tienen una especial relevancia en la anorgasmia femenina?:

1. Los factores hereditarios.
2. Los factores psicológicos. ✓
3. Los factores orgánicos.
4. Los factores ambientales.
5. El consumo de sustancias.

En la anorgasmia femenina pesan más los factores psicológicos que los orgánicos

Belloch et al. (2008) señalan que entre los factores causales de la **anorgasmia femenina** cobran especial relevancia los **factores psicológicos** frente a los orgánicos: según **Masters, Johnson y Kolodny** (1987), solo un **5 %** de los casos se debe a causas orgánicas y el **95 %** restante, a factores psicológicos. Entre estos citan una educación sexual inadecuada, la rigidez moral, las primeras experiencias traumáticas, la falta de información y el temor a perder el control. La edición de 2020 lo plantea para las disfunciones sexuales en general: la mayoría de las veces los factores psicológicos son los mayores responsables, y solo detrás del 5-10 % hay una etiología orgánica.

1. Los factores hereditarios no figuran entre las causas de la anorgasmia que recoge el manual.
2. Son los factores causales de especial relevancia según el manual.
3. Las causas orgánicas, como enfermedades crónicas, trastornos neurológicos o carencias hormonales, explican solo un 5 % de los casos.
4. Los aspectos culturales aparecen dentro de los factores psicológicos, junto a la educación sexual inadecuada o la rigidez moral.
5. El consumo de sustancias (alcohol, antihipertensivos, tranquilizantes) se incluye entre las causas orgánicas, que son minoritarias.

Ojo. El dato concreto para la anorgasmia solo está en la edición anterior (Belloch 2008, vol. I, pág. 324). La edición vigente (2020, pág. 455) da la cifra para el conjunto de las disfunciones sexuales.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 14, pág. 455. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 12, pág. 324.

EN EL ATLAS

Tema B4 · Disfunciones sexuales, trastornos parafílicos y disforia de género. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

104 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B20 · Trastornos de la personalidad

Respuesta correcta: 3

Una persona que no tiene esquizofrenia, ni un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, pero que presenta un patrón profundo de desapego social y un rango limitado de expresión emocional en situaciones interpersonales (ej., disfrute con pocas actividades o es indiferente a la alabanza o la crítica), presenta con más probabilidad:

1. Un trastorno delirante.
2. Una fobia social.
3. Un trastorno de personalidad esquizoide. ✓
4. Un trastorno de depersonalización.
5. Un síndrome de Korsakoff.

El desapego social con expresión emocional restringida define el trastorno de la personalidad esquizoide

El DSM-IV define la característica esencial del trastorno esquizoide de la personalidad, hoy **trastorno de la personalidad esquizoide**, como un patrón general de **distanciamiento de las relaciones sociales** y de **restricción de la expresión emocional** en el plano interpersonal. Entre sus criterios están disfrutar con pocas o ninguna actividad y mostrarse **indiferente a los halagos o las críticas**. El criterio B excluye que aparezca solo durante una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos u otro trastorno psicótico, que es lo que el enunciado descarta de entrada.

1. El trastorno delirante se caracteriza por un período de síntomas psicóticos persistentes, con ideas delirantes, que el caso no describe.
2. La fobia social, hoy trastorno de ansiedad social, gira en torno al miedo a un posible examen por parte de otras personas, mientras que la persona esquizoide se muestra indiferente a la alabanza o a la crítica.
3. Es la descripción del trastorno de la personalidad esquizoide.
4. El trastorno de despersonalización, hoy trastorno de despersonalización/desrealización, consiste en experiencias de irrealidad o de separación de uno mismo o del entorno.
5. El síndrome de Korsakoff es un trastorno amnésico persistente inducido por el alcohol.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Trastorno esquizoide de la personalidad, págs. 654-657. Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Carrobles, J. A. (dirs.) (2014). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 15, pág. 437. American Psychiatric Association (2023). DSM-5-TR. Panamericana. Trastorno de ansiedad social, pág. 229; trastorno de despersonalización/desrealización, pág. 329; trastornos relacionados con el alcohol, pág. 556.

EN EL ATLAS Tema B20 · Trastornos de la personalidad. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2015 · n.º 205, PIR 2017 · n.º 77, PIR 2018 · n.º 143, PIR 2014 · n.º 106

105 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B20 · Trastornos de la personalidad

Respuesta correcta: 4

¿En qué trastorno el individuo trasgrede las normas sociales establecidas, a través de comportamientos fraudulentos o ilegales, a pesas de que conoce bien el sentido moral y legal de sus acciones pero no las pone en práctica?:

1. El trastorno delirante.
2. El síndrome de Kleine- Levin.
3. El trastorno de déficit de atención con hiperactividad.
4. El trastorno de personalidad antisocial. ✓
5. El trastorno bipolar tipo II.

Saltarse las normas y las leyes con engaño para el propio provecho caracteriza el trastorno de la personalidad antisocial

La característica esencial del trastorno antisocial de la personalidad, hoy **trastorno de la personalidad antisocial**, es según el DSM-IV un patrón general de **desprecio y violación de los derechos de los demás** que comienza en la infancia o al principio de la adolescencia y continúa en la edad adulta. Sus criterios incluyen el fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al **comportamiento legal** y la **deshonestidad**, con mentiras repetidas, uso de un alias o estafas para obtener un beneficio personal o por placer. El matiz de que la persona conoce el sentido moral de sus actos no figura así en el DSM.

1. El trastorno delirante se define por ideas delirantes persistentes, ajenas a un patrón de transgresión de normas.
2. El síndrome de Kleine-Levin consiste en episodios recurrentes de hipersomnia.
3. El DSM-IV menciona el trastorno por déficit de atención con hiperactividad solo como factor que, unido a un trastorno disocial (hoy trastorno de conducta) de inicio temprano, aumenta la probabilidad de un trastorno antisocial de la personalidad.
4. Es el patrón del trastorno de la personalidad antisocial.
5. El DSM-IV excluye del diagnóstico la conducta antisocial que aparece solo durante una esquizofrenia o un episodio maníaco, y el trastorno bipolar II no se define por transgredir normas.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Trastorno antisocial de la personalidad, págs. 662-666. American Psychiatric Association (2023). DSM-5-TR. Panamericana. Trastorno de hipersomnia, pág. 421.

EN EL ATLAS Tema B20 · Trastornos de la personalidad. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

106

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B20 · Trastornos de la personalidad · Anulada

Anulada

¿En qué trastorno de personalidad hay a veces dificultades para diferenciarlo de las formas leves del trastorno autista o del trastorno de Asperger?:

1. El trastorno de personalidad límite.
2. El trastorno de personalidad esquizotípico.
3. El trastorno de personalidad esquizoide.
4. El trastorno de personalidad narcisista.
5. El trastorno de personalidad histriónico.

El DSM recoge la confusión con el autismo leve tanto en el trastorno esquizoide como en el esquizotípico

El Ministerio **anuló** la pregunta. En el DSM-IV, el diagnóstico diferencial de **dos** trastornos de la personalidad menciona las formas leves del **trastorno autista** y del **trastorno de Asperger**. Del trastorno esquizoide dice que puede haber grandes dificultades para distinguirlo de ellas, y del esquizotípico, que es difícil separar a esos niños del grupo de niños solitarios y raros cuyos diagnósticos incluirían esas formas leves. En ambos casos el autismo se distingue por un deterioro social aún mayor y por **comportamientos e intereses estereotipados**. Con dos opciones correctas, la 2 y la 3, la pregunta no tenía una única respuesta.

1. El diagnóstico diferencial del trastorno límite no menciona el autismo.
2. El DSM-IV recoge la dificultad para distinguir a los niños con trastorno esquizotípico de las formas leves del trastorno autista y del de Asperger.
3. El DSM-IV dice que puede haber grandes dificultades para distinguir el trastorno esquizoide de las formas leves del trastorno autista y del de Asperger.
4. El diagnóstico diferencial del trastorno narcisista no menciona el autismo.
5. El diagnóstico diferencial del trastorno histriónico no menciona el autismo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Trastorno esquizoide de la personalidad, pág. 656; trastorno esquizotípico de la personalidad, pág. 660. American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de la personalidad esquizoide, pág. 655; trastorno de la personalidad esquizotípica, pág. 658.

EN EL ATLAS

Tema B20 · Trastornos de la personalidad. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2014 · n.º 104, PIR 2014 · n.º 111

107 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B20 · Trastornos de la personalidad

Respuesta correcta: 4

¿En qué trastorno de personalidad puede el individuo tener sospechas infundadas y recurrentes sobre la fidelidad de la pareja, así como tener dudas de la lealtad u honradez de los amigos o conocidos?:

1. En el trastorno de personalidad celotípico.
2. En el trastorno de personalidad delirante.
3. En el trastorno de personalidad dependiente.
4. En el trastorno de personalidad paranoide. ✓
5. En el trastorno de personalidad narcisista.

Las dudas sobre la lealtad de los amigos y los celos infundados son criterios del trastorno paranoide

Las dos conductas del enunciado son criterios del trastorno paranoide de la personalidad, hoy **trastorno de la personalidad paranoide**. El DSM-IV exige una desconfianza y suspicacia general desde el inicio de la edad adulta, de forma que las intenciones de los demás se interpretan como **maliciosas**, con cuatro o más criterios. El criterio 2 es la preocupación por **dudas no justificadas** acerca de la lealtad o la fidelidad de amigos y socios, y el criterio 7, la **sospecha repetida e injustificada** de que el cónyuge o la pareja es infiel.

1. El DSM no recoge un trastorno de la personalidad «celotípico»; los celos patológicos son un criterio del paranoide.
2. Tampoco existe un trastorno de la personalidad «delirante»; el trastorno delirante es un trastorno psicótico con ideas delirantes persistentes.
3. El trastorno dependiente se define por la necesidad excesiva de que se ocupen de uno, con sumisión y temores de separación.
4. Son los criterios 2 y 7 del trastorno de la personalidad paranoide.
5. La desconfianza del narcisista deriva de su temor a que se descubran sus imperfecciones o defectos.

Trampa. Las opciones 1 y 2 inventan trastornos de la personalidad con nombres que suenan a celos y a delirio.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Trastorno paranoide de la personalidad, págs. 650-654.

EN EL ATLAS: Tema B20 · Trastornos de la personalidad. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

108

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B5 · Trastornos del sueño-vigilia

Respuesta correcta: 3

Los síntomas de somnolencia diurna excesiva, cataplexia, parálisis del sueño y alucinaciones hipnagógicas describen:

1 La esquizofrenia simple.

2 El insomnio refractario.

3 La narcolepsia. ✓

4 El trastorno de conversión.

5 La criptoamnesia.

Somnolencia, cataplejía, parálisis del sueño y alucinaciones hipnagógicas forman la tétrada de la narcolepsia

Los cuatro síntomas del enunciado son la llamada **tétrada narcoléptica**: somnolencia diurna excesiva, **cataplejía**, parálisis del sueño y alucinaciones hipnagógicas. El DSM-IV los recogía en los criterios de la narcolepsia: ataques de sueño irresistibles a diario y, además, cataplejía o **intrusiones de elementos del sueño REM** en la transición entre sueño y vigilia, como las alucinaciones hipnagógicas o hipnopómpicas y la parálisis del sueño. El DSM-5-TR mantiene la somnolencia (criterio A) y la cataplejía (criterio B1) en los criterios y describe las alucinaciones y la parálisis del sueño entre las características asociadas, presentes en el 20-60 % de los casos.

1. La esquizofrenia aparece en el diagnóstico diferencial de la narcolepsia solo por las alucinaciones hipnagógicas vívidas, que el paciente puede tomar por reales. Ni la somnolencia ni la cataplejía forman parte de ella.
2. El insomnio no cursa con una somnolencia diurna tan intensa como la de la narcolepsia, y no incluye cataplejía ni intrusiones del sueño REM.
3. Es la narcolepsia, con sus cuatro síntomas clásicos.
4. El trastorno de conversión (hoy trastorno de síntomas neurológicos funcionales) entra en el diferencial de la cataplejía porque puede producir una debilidad parecida, pero es duradera, tiene desencadenantes poco habituales y los reflejos se conservan.
5. La criptoamnesia no figura entre los trastornos del sueño ni explica ninguno de los cuatro síntomas.

Para fijarlo. El narcoléptico se duerme sin querer, se derrumba al reír y, entre el sueño y la vigilia, ve imágenes que no puede apartar porque no se puede mover.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Trastornos del sueño, narcolepsia, págs. 576-577 y 581. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 11, pág. 299.

EN EL ATLAS: Tema B5 · Trastornos del sueño-vigilia. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2016 · n.º 106, PIR 2018 · n.º 101

109 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B5 · Trastornos del sueño-vigilia

Respuesta correcta: 4

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

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

La apnea interrumpe el flujo aéreo aunque haya esfuerzo respiratorio

Belloch et al. explican que el **trastorno por apnea e hipopnea del sueño** se produce cuando hay **interrupciones en el paso del flujo aéreo** en las vías respiratorias superiores durante el sueño, acompañadas por **esfuerzos respiratorios musculares que no son suficientes para reabrirlas**. Si la interrupción es completa se habla de **apnea**, y si es parcial, de **hipopnea**; ambas producen desaturaciones de oxígeno y despertares para tomar aire. Es el trastorno del sueño más prevalente en adultos después del insomnio.

1. Tras la terapia electroconvulsiva lo que puede aparecer es un período confusional con amnesia retrógrada y anterógrada breves.
2. La abstinencia de opiáceos cursa con disforia, náuseas, dolores musculares, lagrimeo, midriasis, diarrea, bostezos, fiebre e insomnio.
3. El síndrome amnésico es un déficit de memoria, sin relación con la respiración.
4. Es la descripción del episodio apneico.
5. La interrupción del flujo aéreo es un fenómeno respiratorio del sueño; la ansiedad social es un trastorno de ansiedad ante situaciones sociales.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 17, pág. 546; cap. 15, pág. 502; cap. 7, pág. 200. Vallejo Ruiloba, J. (dir.) (2011). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (7.ª ed.). Elsevier Masson. Cap. 43 (Cardoner y Urretavizcaya), pág. e-683.

EN EL ATLAS

Tema B5 · Trastornos del sueño-vigilia. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

110

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B11 · Trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 3

La característica central de los trastornos fóbicos es:

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

En las fobias el miedo y la evitación se ligan a estímulos circunscritos

Belloch et al. definen la **fobia** como reacciones de miedo intenso acompañado de evitación ante situaciones, reales o anticipadas, que objetivamente no las justifican. La **característica central de los trastornos fóbicos** es que el **miedo y la evitación** estén asociados a **objetos o situaciones claramente circunscritos** (estímulos fóbicos). Por eso el manual contrapone el **trastorno de ansiedad generalizada**, en el que no existen estímulos, más o menos específicos, a los que el paciente asocie sus síntomas.

1. La evitación forma parte de la definición; el manual solo admite el diagnóstico sin ella si la persona soporta las situaciones con excesiva ansiedad.
2. El miedo es nuclear en la fobia; la evitación sola no la define.
3. Recoge la característica central que da el manual.
4. La ausencia de estímulos específicos es lo que caracteriza al trastorno de ansiedad generalizada.
5. En la fobia específica el DSM-5 pide que el miedo sea desproporcionado al peligro real; no exige que la persona carezca de conciencia de que es excesivo.

Ojo. La opción 5 contradice el antiguo criterio del DSM-IV, que pedía que el adulto reconociera su miedo como excesivo o irrazonable. Belloch et al. (2020, cap. 3, pág. 80) explican, para la ansiedad social, que el DSM-5 lo sustituyó por el de desproporción respecto a la amenaza.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 2, págs. 36 y 70; cap. 3, pág. 80.

EN EL ATLAS

Tema B11 · Trastornos de ansiedad. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

111 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B20 · Trastornos de la personalidad

Respuesta correcta: 2

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

1 Esquizoide.

2 Esquizotípico. ✓

3 Antisocial.

4 Límite.

5 Paranoide.

Malestar en las relaciones, distorsiones cognitivas o perceptivas y excentricidad definen el trastorno esquizotípico

El enunciado reproduce el criterio A del trastorno esquizotípico de la personalidad, hoy **trastorno de la personalidad esquizotípica**, en el DSM-IV. Es un patrón general de déficits sociales e interpersonales asociados a **malestar agudo** y a una capacidad reducida para las relaciones personales, así como **distorsiones cognoscitivas o perceptivas** y **excentricidades** del comportamiento, con cinco o más de nueve criterios. Las distorsiones y la excentricidad lo separan del esquizoide y del paranoide, que comparten el distanciamiento social y la afectividad restringida.

1. El trastorno esquizoide se distingue del esquizotípico por la falta de distorsiones perceptivas.
2. Es el criterio A del trastorno esquizotípico.
3. El antisocial se define por el desprecio y la violación de los derechos de los demás.
4. El límite se define por la inestabilidad en las relaciones, la autoimagen y la afectividad, y por una notable impulsividad.
5. El paranoide comparte la suspicacia y el distanciamiento, pero sin el pensamiento mágico, las experiencias perceptivas poco habituales ni las rarezas del lenguaje.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Trastorno esquizotípico de la personalidad, págs. 657-661.

EN EL ATLAS: Tema B20 · Trastornos de la personalidad. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2023 · n.º 54, PIR 2016 · n.º 83, PIR 2014 · n.º 106

112

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B11 · Trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 1

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

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

En los estudios de gemelos la ansiedad generalizada apenas muestra influencia genética

Belloch et al. (2008) resumen el trabajo de **Torgersen (1983)** sobre la transmisión genética de los trastornos de ansiedad. Para el conjunto de los trastornos, la concordancia es del 34 % en gemelos monocigóticos y del 17 % en dicigóticos. El **trastorno de ansiedad generalizada no muestra evidencia de influencia genética**: sus tasas son del **17 % y el 20 %**, respectivamente. En el resto de los trastornos de ansiedad, sin el TAG, las tasas son del **45 % y el 15 %**, lo que apunta a un importante componente hereditario.

1. Es el trastorno de ansiedad sin evidencia de influencia genética en los datos de Torgersen.
2. El pánico entra en el resto de los trastornos de ansiedad, con concordancias del 45 % y el 15 %.
3. Las fobias también forman parte del grupo con un componente hereditario importante.
4. El TOC se incluye en ese mismo grupo con concordancias claramente mayores en monocigóticos.
5. El trastorno facticio no se incluye entre los trastornos de ansiedad estudiados.

Ojo. La edición vigente (Belloch 2020, vol. II, pág. 56) no recoge los datos de Torgersen y da para el TAG una heredabilidad del 30-40 %, con un tercio del riesgo genético (APA, 2013). Con esos datos el TAG no aparece libre de influencia genética, aunque el manual no lo compara con los demás trastornos de ansiedad.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 4, pág. 120. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 2, pág. 56.

EN EL ATLAS

Tema B11. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

113

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B14 · TOC y trastornos relacionados

Respuesta correcta: 3

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

1. Las compulsiones de comprobación.
2. La lentitud obsesiva (realizar actividades como vestirse o ducharse de forma obsesivamente pausada).
3. Las compulsiones de limpieza/lavado. ✓
4. Las compulsiones de tocar (por ejemplo, todas las esquinas).
5. Las compulsiones referidas a la religión (especialmente rezar).

Las compulsiones de limpieza y lavado son la forma más común del TOC

Belloch et al. (2008) recogen la clasificación de **De Silva y Rachman (1992)**, para quienes las **compulsiones de limpieza/lavado** son **la forma más común en clínica**: obsesiones de contaminación por suciedad o gérmenes con largos rituales de limpieza o desinfección, más frecuentes en mujeres. Le siguen las **compulsiones de comprobación**. En la clasificación de **Marks**, los rituales de limpieza (51 %) también encabezan la lista, por delante de los de repetición (40 %) y comprobación (38 %). La edición de 2020 enumera las compulsiones manifiestas más comunes empezando por las de lavado o limpieza.

1. Las compulsiones de comprobación son el segundo subtipo en frecuencia para De Silva y Rachman y el tercero para Marks.
2. La lentitud obsesiva primaria se ha observado en un pequeño número de pacientes, en su gran mayoría hombres.
3. Es el subtipo más común en clínica según ambas clasificaciones.
4. Las compulsiones de tocar forman parte de un subtipo que De Silva y Rachman describen después del lavado y la comprobación.
5. Los rituales religiosos, como rezar, no encabezan ninguna de las dos clasificaciones.

Ojo. Las clasificaciones de De Silva y Rachman y de Marks solo están en la edición anterior (Belloch 2008, vol. II, págs. 156-158). La edición vigente (2020, pág. 148) enumera las compulsiones manifiestas más comunes empezando por las de lavado o limpieza, sin porcentajes.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 6, págs. 156-158. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 5, pág. 148.

EN EL ATLAS: Tema B14. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

114

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B14 · TOC y trastornos relacionados

Respuesta correcta: 4

En el trastorno obsesivo-compulsivo las compulsiones:

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

Las compulsiones buscan prevenir o reducir la ansiedad o el malestar

El DSM-IV define las **compulsiones** como comportamientos, como lavarse las manos u ordenar objetos, o **actos mentales**, como rezar o contar, de carácter repetitivo, que la persona se ve obligada a realizar en respuesta a una **obsesión** o según reglas que debe seguir estrictamente. Su objetivo es la **prevención o reducción del malestar** o de algún acontecimiento negativo, y no proporcionar placer. Sin embargo, no están conectadas de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o resultan claramente excesivas. El DSM-5-TR conserva casi igual esta definición.

1. Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo (criterio C del DSM-IV).
2. El criterio C del DSM-IV pone el umbral en más de 1 hora al día, así que las compulsiones suelen llevar mucho tiempo.
3. Por definición, o no están conectadas de forma realista con lo que pretenden neutralizar o resultan claramente excesivas.
4. Es el objetivo que el criterio A atribuye a las compulsiones.
5. Se realizan en respuesta a una obsesión, y obsesiones y compulsiones suelen referirse a un mismo tema.

Trampa. Las opciones 1, 2 y 3 son criterios del TOC formulados al revés.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Trastorno obsesivo-compulsivo, págs. 429 y 433-434.

EN EL ATLAS Tema B14 · TOC y trastornos relacionados. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2016 · n.º 75, PIR 2017 · n.º 46, PIR 2017 · n.º 180

Respuesta correcta: 5

El término “Pseudociesis” hace referencia a:

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

La seudociesis es la falsa creencia de estar embarazada acompañada de signos de embarazo

El DSM-IV ponía la **seudociesis** como ejemplo de **trastorno somatomorfo no especificado**. La definía como la creencia errónea de estar embarazada, con **signos objetivos de embarazo**: agrandamiento del abdomen sin protrusión umbilical, flujo menstrual reducido o amenorrea, sensación subjetiva de movimientos fetales, náuseas, congestión mamaria y dolores el día esperado del parto. Puede haber cambios endocrinos, pero el cuadro no se explica por una enfermedad médica. El DSM-5 y el DSM-5-TR la mantienen como ejemplo de **otro trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados especificado**.

1. Describe el dolor de un miembro amputado, un fenómeno sin relación con la creencia de estar embarazada.
2. Las visiones de figuras religiosas o demoníacas son un fenómeno perceptivo y nada tienen que ver con el embarazo.
3. La dificultad para pronunciar palabras es un problema del habla, ajeno a la seudociesis.
4. El hormigueo generalizado es un síntoma sensitivo; la seudociesis se define por la creencia de estar embarazada.
5. Recoge la creencia falsa de embarazo y dos de sus signos, las náuseas y el aumento del abdomen.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA
American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Trastornos somatomorfos, trastorno somatomorfo no especificado, pág. 481. American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Otro trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados especificado, pág. 327.

EN EL ATLAS
Tema B18 · Trastornos de síntomas somáticos y relacionados. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

116

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B11 · Trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 3

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

1 Precipitantes de la ansiedad.

2 Predisponentes a la ansiedad.

3 De mantenimientos de la ansiedad. ✓

4 Fisiológicos de la ansiedad.

5 Ambientales de la ansiedad.

La incubación de Eysenck explica por qué la ansiedad se mantiene y aumenta

Belloch et al. explican que **Eysenck** formuló la **teoría de la incubación** para explicar la **paradoja neurótica**, el incremento del miedo en situaciones de no reforzamiento. La ansiedad se adquiere por **condicionamiento pavloviano tipo B**, en el que la propia RC puede actuar como reforzador por su similitud con la RI. Según la **ley de incubación**, la mera presentación del EC no siempre lleva a la extinción: si la RC es fuerte y la exposición al EC es corta, la ansiedad **se genera, mantiene e incrementa**. La teoría explica, por tanto, la resistencia a la extinción y el incremento paradójico de la ansiedad.

1 La teoría no se centra en qué desencadena la ansiedad, sino en por qué no se extingue tras el condicionamiento.

2 La predisposición no es el objeto de la teoría, que parte de una ansiedad ya adquirida por condicionamiento.

3 La incubación explica cómo la ansiedad se mantiene e incluso aumenta sin reforzamiento.

4 Los componentes fisiológicos no son el foco de la teoría, que trata de las condiciones de extinción o incremento de la RC.

5 La teoría no explica los factores ambientales, sino la evolución de la respuesta condicionada cuando el EC se presenta solo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 2, pág. 41.

EN EL ATLAS: Tema B11 · Trastornos de ansiedad. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 80

117

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B11 · Trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 3

La fobia social es un problema:

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

En la población general, el trastorno de ansiedad social es más frecuente en las mujeres

La pregunta habla de la **fobia social**, hoy **trastorno de ansiedad social**. El DSM-IV recoge que los estudios epidemiológicos la encuentran **más frecuente en las mujeres**, mientras que en las **poblaciones clínicas** ambos sexos se muestran igual de propensos o predominan los varones. Como el enunciado no habla de muestras clínicas, se refiere a la población general. El DSM-5 mantiene el dato con cifras (odds ratios entre 1,5 y 2,2, con una diferencia más marcada en adolescentes y adultos jóvenes) y explica el predominio masculino en consulta por una mayor búsqueda de ayuda de los varones.

1. El DSM-IV sitúa su prevalencia global entre el 3 y el 13 %, y el DSM-5 da una prevalencia anual de alrededor del 7 % en Estados Unidos y del 2,3 % de media en Europa. No es un trastorno infrecuente.
2. El predominio de varones solo aparece en algunas poblaciones clínicas, donde las cifras por sexo son similares o ligeramente más altas en ellos. En la población general predominan las mujeres.
3. Es lo que dicen los estudios epidemiológicos que cita el DSM-IV y las cifras por sexo del DSM-5 para la población general.
4. La igualdad entre sexos se observa en algunas muestras clínicas, pero no en la población general.
5. El inicio es temprano. El DSM-5 da una edad media de 13 años, con el 75 % de los casos entre los 8 y los 15, y Caballo señala que la aparición después de los 25 años es bastante rara.

Ojo. El DSM-IV en castellano del corpus (Masson, 1995) dice en el apartado de curso que la fobia social aparece típicamente «a mediados de la edad adulta» (pág. 424), un dato que contradice al DSM-5, al DSM-5-TR y a los manuales. Para la edad de inicio conviene quedarse con los 13 años de media del DSM-5.

Para fijarlo. En la calle, más mujeres; en la consulta, empate o más varones, porque ellos piden ayuda más a menudo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Fobia social, pág. 424. American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de ansiedad social, págs. 204-205. Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Carrobles, J. A. (dirs.) (2024). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos (3.ª ed.). Pirámide. Cap. 7, pág. 208.

EN EL ATLAS

Tema B11 · Trastornos de ansiedad. Se estudia con DSM-5-TR (Base) y Caballo (Consulta).

Preguntas hermanas: PIR 2015 · n.º 176, PIR 2017 · n.º 44

118

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B19 · Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 5

Según las últimas ediciones del DSM, para realizar un diagnóstico de "trastorno psicótico breve":

1. Se requiere la presencia tanto ideas delirantes como de alucinaciones.
2. Se requiere la presencia de ideas delirantes, pero no de alucinaciones.
3. Se requiere que el trastorno se explique cómo efecto secundario de un trastorno depresivo mayor o bipolar.
4. La duración del episodio deber ser más de un mes y menos de seis.
5. La duración del episodio es de al menos un día, pero menos de un mes. ✓

El trastorno psicótico breve dura al menos un día y menos de un mes

El criterio B del **trastorno psicótico breve** fija la duración de un episodio en **al menos 1 día pero menos de 1 mes**, con **retorno completo** al nivel premórbido de actividad, tanto en el DSM-IV como en el DSM-5. El criterio A pide **uno o más** síntomas entre ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado y comportamiento catatónico o gravemente desorganizado; el DSM-5 añade que al menos uno sea de los tres primeros. El criterio C excluye los cuadros que se explican mejor por un **trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos**, un trastorno esquizoafectivo, una esquizofrenia, una sustancia o una enfermedad médica.

1. Basta con uno de los síntomas del criterio A, así que no hacen falta a la vez delirios y alucinaciones.
2. Las ideas delirantes no son obligatorias si hay otro de los síntomas del criterio A, como alucinaciones o lenguaje desorganizado.
3. El criterio C excluye los cuadros que se explican mejor por un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos.
4. Una duración de más de 1 mes y menos de 6 corresponde al trastorno esquizofreniforme.
5. Es el criterio B.

> **Para fijarlo.** Un día, un mes y seis meses son las tres fronteras que separan el trastorno psicótico breve, el esquizofreniforme y la esquizofrenia.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA
American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Trastorno psicótico breve, págs. 310-311.
American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno psicótico breve, pág. 94.

EN EL ATLAS
Tema B19 · Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2020 · n.º 85, PIR 2021 · n.º 79, PIR 2021 · n.º 123, PIR 2018 · n.º 135, PIR 2025 · n.º 128

119

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B19 · Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 2

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

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

En el tipo erotomaníaco el delirio central es que otra persona está enamorada del paciente

El **trastorno delirante** se subtipifica por el **tema central del delirio**. En el **tipo erotomaníaco**, ese tema es que **otra persona está enamorada** del individuo. El DSM-IV añade que la idea delirante suele referirse a un **amor romántico idealizado** y a una unión espiritual más que a la atracción sexual, y que la persona sobre la que recae la convicción suele tener un estatus superior. Los subtipos se definen por **delirios**, nunca por alucinaciones. Los celos definen el tipo celotípico, y las funciones o sensaciones corporales, el tipo somático.

1. Los subtipos dependen del tema del delirio. En el trastorno delirante las alucinaciones, si existen, no son importantes y se relacionan con el tema delirante.
2. Es la definición del subtipo.
3. Los celos definen el tipo celotípico, en el que el delirio es que la pareja es infiel.
4. Las funciones o sensaciones corporales son el tema del tipo somático, que se define por delirios y no por alucinaciones.
5. Es la definición del tipo somático.

Trampa. Las opciones 4 y 5 repiten el mismo contenido cambiando delirio por alucinación, y en el trastorno delirante los subtipos siempre se definen por el delirio.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Trastorno delirante, págs. 304 y 308. American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno delirante, págs. 90-91.

EN EL ATLAS: Tema B19 · Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2016 · n.º 103

120 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B19 · Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 4

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

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

Las alucinaciones son el síntoma positivo por excelencia de la esquizofrenia

Belloch et al. (2008) señalan que todos los sistemas de clasificación incluyen el **afecto plano** y la **pobreza del lenguaje** entre los síntomas **negativos**, y las **alucinaciones** y los **delirios** entre los **positivos**. Algunos sistemas añaden a los negativos la anhedonia, la apatía, la abulia, la asociabilidad y el trastorno de la atención. La edición de 2020 explica que los síntomas positivos abarcan la dimensión psicótica y la desorganizada, y su tabla 11.1 recoge en los criterios del DSM-5 las ideas delirantes y las alucinaciones, frente a los síntomas negativos, como la expresión emocional disminuida o la avolición.

1. El afecto plano figura en todos los sistemas entre los síntomas negativos.
2. La pobreza del lenguaje es también un síntoma negativo en todos los sistemas.
3. La asociabilidad aparece entre los síntomas negativos en algunos sistemas.
4. Las alucinaciones, junto con los delirios, son los síntomas positivos que reconocen todos los sistemas.
5. La bulimia no figura entre los síntomas ni entre los criterios de la esquizofrenia que recoge el manual.

Ojo. La coincidencia de todos los sistemas y la asociabilidad solo están en la edición anterior (Belloch 2008, vol. II, pág. 381). La edición vigente (2020, págs. 346 y 356) ordena los síntomas por dimensiones y con los criterios del DSM-5 y la CIE-11.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 13, pág. 381. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 11, págs. 346 y 356.

EN EL ATLAS Tema B19. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

121

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B19 · Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 2

La epidemiología de la esquizofrenia refleja que:

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

El riesgo de esquizofrenia sube del 1 % general al 10 % en familiares de primer grado

Belloch et al. (2008) explican que la esquizofrenia es más común entre los familiares de las personas que la padecen: si aproximadamente el **1 %** de la población general desarrolla una esquizofrenia, el porcentaje se incrementa **hasta un 10 %** entre los **parientes de primer grado**. Cuanto mayor es la proximidad del parentesco, mayor es el riesgo, que puede llegar al **48 %** en **gemelos monocigóticos**. Los estudios familiares indican un **componente genético**, aunque por sí solos no establecen sus bases, porque los miembros de una familia comparten también el ambiente.

1. El manual da un 1 % para la población general y un 10 % en parientes de primer grado; el 50 % se acerca solo a la concordancia en gemelos monocigóticos.
2. Son las cifras que da el manual para la población general y los parientes de primer grado.
3. El 3 % supera la cifra de la población general, y el trastorno sí se ve influido por tener familiares afectados.
4. El 5 % es muy superior a la prevalencia que dan los manuales, y la influencia familiar está bien documentada.
5. Ninguno de los manuales da cifras del 5-10 %; el DSM-5-TR sitúa la prevalencia a lo largo de la vida en torno al 0,3-0,7 %.

Ojo. Las cifras cambian entre fuentes. La edición vigente de Belloch (2020, vol. II, pág. 356) da un riesgo vital del 0,7 % y el DSM-5-TR (pág. 116), una prevalencia a lo largo de la vida de aproximadamente el 0,3 al 0,7 %. La respuesta oficial sigue la edición de 2008.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 15, pág. 422. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 11, pág. 356. American Psychiatric Association (2023). DSM-5-TR. Panamericana. Esquizofrenia, pág. 116.

EN EL ATLAS

Tema B19 · Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Se estudia con Belloch 2008 (Ampliación) y Belloch 2020 (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 134

122

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B16 · Trastornos bipolares

Respuesta correcta: 1

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

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

Para el trastorno bipolar I basta con haber tenido un episodio maníaco

La característica esencial del **trastorno bipolar I** en el DSM-IV es un curso clínico con **uno o más episodios maníacos** o mixtos; es frecuente que también haya episodios depresivos mayores, pero no son necesarios. El DSM-5-TR lo dice en una nota de sus criterios: **se necesita al menos un episodio maníaco** a lo largo de la vida, y los episodios **hipomaníacos** y de **depresión mayor** son frecuentes pero no necesarios. Un episodio hipomaníaco solo orienta al **bipolar II**, que exige además al menos un episodio de depresión mayor y ningún episodio maníaco.

1. Es la característica que define el trastorno bipolar I.
2. Un episodio hipomaníaco no basta para el bipolar I, que necesita al menos un episodio maníaco.
3. La hipomanía, con depresión mayor y sin manía, define el bipolar II.
4. La psicosis no es un requisito del bipolar I, y un episodio maníaco puede tener características psicóticas sin que se alternen ciclos de manía y psicosis.
5. La alternancia de hipomanía y depresión corresponde al bipolar II si hay episodios completos, o al trastorno ciclotímico si los síntomas no cumplen los criterios de episodio.

> **Ojo.** El DSM-IV admitía también los episodios mixtos como base del bipolar I (pág. 358). En el DSM-5-TR ya no hay episodios mixtos y existe en su lugar el especificador «con características mixtas» (pág. 143).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Trastorno bipolar I, pág. 358. American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno bipolar y trastornos relacionados, págs. 123-124.

EN EL ATLAS Tema B16 · Trastornos bipolares. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2017 · n.º 52, PIR 2025 · n.º 132

Respuesta correcta: 4

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

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

La recuperación exige más de seis meses de remisión y volver al funcionamiento normal

La **tabla 6.7** de Belloch et al. recoge las **definiciones de curso** de la depresión basadas en Frank et al. (1991), **Thase (2003)** y la APA. La respuesta al tratamiento es una reducción de más de un 50 % de la gravedad de los síntomas; la remisión total, la ausencia de síntomas significativos durante al menos los dos últimos meses; y la **recuperación**, una **remisión mantenida durante más de seis meses** con **retorno a funcionamiento normal**. El manual añade que la recuperación completa debería ser el objetivo de cualquier tratamiento.

1. Una reducción de más del 50 % respecto a la línea base define la respuesta al tratamiento.
2. Un 75 % de reducción no figura entre los criterios de la tabla.
3. Una puntuación de la EEAG no aparece entre las definiciones de curso del manual.
4. Es la definición de recuperación de la tabla.
5. La ausencia de síntomas significativos durante los dos últimos meses define la remisión total.

TABLA 6.7. DEFINICIONES DE CURSO (BASADO EN FRANK ET AL., 1991; THASE, 2003; APA, 2013; CITADOS POR VÁZQUEZ ET AL., 2006)

Curso	Característica
Respuesta al tratamiento	Reducción de más de un 50% de la gravedad de síntomas respecto a la línea base.
Remisión parcial	Menos síntomas, pero aún presentes. Ya no se cumplen criterios diagnósticos. Han transcurrido menos de dos meses desde el último episodio.
Remisión total	Sin síntomas significativos durante al menos los dos meses últimos. No se cumplen criterios diagnósticos.
Recuperación	Remisión mantenida durante más de seis meses. Retorno a funcionamiento normal. No se cumplen criterios diagnósticos.
Recaída	Reaparición de sintomatología depresiva durante el período de remisión.
Recurrencia	Aparición de síntomas de un nuevo episodio.
Cronicidad	Criterios diagnósticos plenos mantenidos durante más de dos años seguidos.

Fuente: Belloch, Sandín y Ramos (2020), vol. II, cap. 6, tabla 6.7, pág. 209

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA
Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 6, tabla 6.7, págs. 209-210.

EN EL ATLAS
Tema B15 · Trastornos depresivos. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

124 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B15 · Trastornos depresivos

Respuesta correcta: 3

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

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

En la depresión unipolar se estiman recaídas en el 75 % de los casos a lo largo de la vida

La **tabla 6.1** de Belloch et al. compara los trastornos depresivos y los bipolares. En la historia natural, el **porcentaje de recaídas a lo largo de la vida** es del **75 %** en los depresivos y del 90 % en los bipolares. Los bipolares suponen el 10 % del total de trastornos afectivos, la duración media del episodio depresivo es de 8 meses en los depresivos (4 en los bipolares) y el **riesgo de suicidio** durante la depresión es **menor** en los depresivos. En cuanto a la historia familiar, en los depresivos es unipolar y en los bipolares, unipolar y bipolar.

1. Los bipolares suponen el 10 % del total de trastornos afectivos, frente al 90 % de los depresivos.
2. La duración media del episodio depresivo es de 8 meses en los trastornos depresivos y de 4 en los bipolares.
3. Es el porcentaje de recaídas a lo largo de la vida que da la tabla para los trastornos depresivos.
4. El riesgo de suicidio durante la depresión es menor en los trastornos depresivos que en los bipolares.
5. En los trastornos depresivos la historia familiar es unipolar, y no hay historia de manía o hipomanía.

TABLA 6.1. CARACTERÍSTICAS DIFERENCIADORAS DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS Y LOS TRASTORNOS BIPOLARES (ADAPTADO DE VÁZQUEZ Y SANZ, 2008; MORENO ET AL., 2012)

	Trastornos depresivos	Trastornos bipolares
Características personales y familiares		
Historia de manía o hipomanía	No	Sí
Historia familiar	Unipolar	Unipolar y bipolar
Riesgo de trastornos anímicos en familiares	Más bajo	Más alto
Antecedentes de varias generaciones con trastornos anímicos	Infrecuente	Frecuente
Epidemiología		
Porcentaje sobre el total de trastornos afectivos	90	10
Edad media de comienzo	35 años	20 años
Mujeres/hombres	2/1	1/1
Prevalencia vital total (España)	14%	2-4% (?)
Mujeres	18%	
Hombres	9%	
Prevalencia 12 meses (España)	4%	
Mujeres	6%	
Hombres	3%	
Historia natural		
Número medio de episodios vitales	4-5	8-9
Duración media del episodio depresivo (meses)	8	4
Existencia de síntomas atípicos (p. ej., hipersomnio, psicóticos, retardo psicomotor)	Menos frecuentes	Más frecuentes
Quejas somáticas, insomnio, pérdida de apetito o ansiedad	Más frecuentes	Menos frecuentes
Porcentaje de recaídas a lo largo de la vida	75%	90%
Cronicidad media	10-15%	25%
Fracaso en relaciones de pareja	Menos frecuente	Más frecuente
Episodios depresivos en periparto	Menos común	Más común
Riesgo de suicidio durante la depresión	Menor	Mayor
Respuesta terapéutica		
Terapias psicológicas	Buena	Buena
Antidepresivos tricíclicos	Buena	Menos buena, puede cambiar a hipomanía
Litio	Sin efecto agudo	Efecto intenso antimaníaco y moderado antidepresivo

Fuente: Belloch, Sandín y Ramos (2020), vol. II, cap. 6, tabla 6.1, págs. 201-202

Ojo. La pregunta sale de la edición de 2008 (vol. II, cap. 9, pág. 238), que da los mismos datos en una tabla equivalente.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 6, tabla 6.1, págs. 201-202. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 9, pág. 238.

EN EL ATLAS Tema B15 · Trastornos depresivos. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 134, PIR 2025 · n.º 113

125 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B16 · Trastornos bipolares

Respuesta correcta: 5

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

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

Los antecedentes familiares son el factor de riesgo más consistente del trastorno bipolar

Belloch et al. (2008) indican que, aunque en torno al 30 % de las mujeres con trastorno bipolar tienen su primer episodio en el **embarazo o el posparto**, el **factor de riesgo más consistente** es tener **antecedentes familiares** del trastorno: aproximadamente uno de cada tres hijos presenta algún trastorno bipolar si uno de los padres lo ha padecido. La edición de 2020 lo confirma: el trastorno bipolar es el trastorno mental en el que **más influye el papel de los genes**, y los **familiares de primer grado** tienen hasta un 10 % de riesgo, **siete veces más** que la población general.

1. El manual trata los trastornos de la personalidad en el diagnóstico diferencial del trastorno bipolar y señala que no hay datos que identifiquen otros factores de riesgo relevantes aparte de los familiares.
2. En los trastornos bipolares la proporción de mujeres y hombres es de 1/1.
3. El posparto se relaciona con el inicio del trastorno en algunas mujeres, pero no es el factor más consistente.
4. Aún no se ha podido establecer una relación causal entre el consumo de sustancias y una descompensación psicopatológica posterior.
5. Los antecedentes familiares son el factor de riesgo más consistente.

Ojo. La expresión «factor de riesgo más consistente» es de la edición anterior (Belloch 2008, vol. II, pág. 261). La edición vigente (2020, pág. 246) dice que el trastorno bipolar es el trastorno mental en el que más influye el papel de los genes.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 9, pág. 261. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 6, tabla 6.1, pág. 201; cap. 7, págs. 245-246.

EN EL ATLAS

Tema B16. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

126

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B16 · Trastornos bipolares

Respuesta correcta: 1

¿Cuál es la definición de un ciclador rápido?:

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

Un ciclador rápido tiene al menos cuatro episodios del estado de ánimo en doce meses

El especificador **con ciclos rápidos** se aplica al **trastorno bipolar I o II** cuando hay **al menos cuatro episodios** del estado de ánimo en los **12 meses** previos. En el DSM-IV podían ser episodios depresivos mayores, maníacos, mixtos o hipomaníacos. En el DSM-5-TR son maníacos, hipomaníacos o de depresión mayor en el bipolar I, e hipomaníacos o depresivos mayores en el bipolar II. Los episodios tienen que estar separados por una **remisión** parcial o total de al menos **2 meses** o por un cambio a un episodio de polaridad opuesta.

1. Es la definición del especificador.
2. El período de referencia es de 12 meses y el mínimo, cuatro episodios.
3. El especificador cuenta episodios en un año y no se define por un paso de un episodio a otro en menos de 48 horas.
4. Los episodios pueden ser de cualquier polaridad, también depresivos, y el período es de un año.
5. La reactividad a estresores mínimos no forma parte de la definición.

Para fijarlo. Cuatro en doce: cuatro episodios en doce meses hacen un ciclador rápido.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Especificación de ciclos rápidos, pág. 399.
American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Especificadores para trastornos bipolares, pág. 150.

EN EL ATLAS

Tema B16 · Trastornos bipolares. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2021 · n.º 100

127 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B15 · Trastornos depresivos

Respuesta correcta: 3

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

1. De los que el individuo no es consciente.
2. Que influyen directamente en el estado de ánimo de un modo continuo pero sutil.
3. Que no están permanente activados en los individuos vulnerables y se activan sólo frente a estresores específicos. ✓
4. Que están activos de modo permanente pero con una intensidad que se incrementa en cada recaída o recurrencia.
5. Que no requieren esfuerzo mental para su activación.

Los esquemas depresógenos permanecen latentes hasta que un estresor los activa

Belloch et al. (2008) explican que, para la teoría de Beck, los **esquemas depresógenos** son la **diátesis cognitiva** de la depresión. Para que se activen es necesaria la aparición de un **suceso estresante** similar a los que dieron lugar a su formación durante la socialización. **Antes de su activación** por experiencias específicas, los esquemas **permanecen latentes**, de modo que **no influyen de manera directa en el estado de ánimo** ni en los procesos cognitivos, ni están necesariamente accesibles a la conciencia. Beck añade que el tipo de estresor capaz de activarlos depende de la personalidad (sociotropía y autonomía).

1. El manual añade que los esquemas latentes no son necesariamente accesibles a la conciencia, pero lo que define la latencia es que están inactivos hasta que un estresor los activa.
2. Es lo contrario: mientras permanecen latentes no influyen de manera directa en el estado de ánimo.
3. Es el sentido de esquema latente: inactivo en la persona vulnerable hasta que lo activa un estresor específico.
4. Antes de activarse por experiencias específicas, los esquemas permanecen latentes; estar siempre activos contradice esa idea.
5. Operar de forma automática, sin conocimiento consciente, es lo que Díaz, Ruiz y Villalobos atribuyen a los procesos cognitivos.

Ojo. La opción 1 tiene parte de apoyo, porque el manual dice que los esquemas latentes no están necesariamente accesibles a la conciencia. La respuesta oficial se apoya en la idea central de la latencia, la activación por estresores. La referencia de partida, Olivares y Méndez (2008, pág. 414), no está en el corpus.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 10, pág. 278. Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 8, pág. 389.

EN EL ATLAS

Tema B15 · Trastornos depresivos. Se estudia con Belloch 2008 (Ampliación).

Respuesta correcta: 4

El estado de adaptación caracterizado por la diminución de la respuesta a la misma cantidad de droga o por la necesidad de una dosis mayor para provocar el mismo grado de efecto farmacológico, define:

1 La adaptación a una droga.
2 La vía de administración.
3 La intoxicación.
4 La tolerancia a una droga. ✓
5 La conducta adictiva.

La tolerancia obliga a aumentar la dosis para lograr el mismo efecto

Caballo et al. definen la **tolerancia** como un **estado de adaptación** caracterizado por la **disminución de la respuesta a la misma cantidad de droga** o por la **necesidad de una dosis mayor** para provocar el mismo grado de efecto farmacodinámico. Belloch et al. la describen como la necesidad de incrementar la dosis inicial al disminuir su efecto por la administración repetida, un **mecanismo adaptativo** del organismo para mantener la homeostasis. El manual distingue además la **tolerancia cruzada**, en la que una droga produce tolerancia a otra del mismo tipo.

1. El enunciado describe un estado de adaptación, pero el término que lo nombra es tolerancia.
2. La vía de administración es la forma de introducir la droga (oral, pulmonar, cutánea...), de la que dependen la rapidez y las consecuencias de su efecto.
3. La intoxicación es un estado transitorio que sigue a la ingestión de la sustancia, con alteraciones de la conciencia, la cognición, la percepción o el comportamiento.
4. Es la definición de tolerancia.
5. Lo que caracteriza a una adicción es que la persona pierde el control de la conducta y le produce problemas importantes.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Caballo, V. E., Salazar, I. C. y Carrobles, J. A. (dirs.) (2024). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos (3.ª ed.). Pirámide. Cap. 19, pág. 613. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 15, págs. 485 y 489-490.

EN EL ATLAS Tema B6 · Adicciones a sustancias. Se estudia con Caballo et al. 2024 (Consulta) y Belloch 2020 (Base).

129

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F13 · Técnicas de exposición y desensibilización sistemática

Respuesta correcta: 2

Según los estudios de resultado, cuando se está aplicando la técnica de Exposición hay que tener en cuenta que le exposición masiva y prolongada produce:

1. Peores resultados inmediatos que la exposición espaciada.
2. Mejores resultado inmediatos que la exposición espaciada. ✓
3. No hay diferencias de resultados en cuanto al tipo de exposición.
4. Peores resultados inmediatos si se realiza en más de un día.
5. Mejores resultados inmediatos solamente en pacientes con depresión.

La exposición masiva da mejores resultados inmediatos que la espaciada

Díaz, Ruiz y Villalobos explican que la **exposición masiva** produce **mejores resultados** que la **espaciada**: es mejor hacer diez sesiones en diez días seguidos que diez sesiones a razón de una por semana (Antony y Barlow, 2004). Aunque los **resultados inmediatos** de la masiva son superiores, algunos datos indican que la espaciada se asocia a una **menor probabilidad de recaídas**. Por eso recomiendan la exposición **masiva y prolongada** en las fases iniciales, para maximizar la extinción y desconfirmar las expectativas catastróficas, y pasar después a una exposición espaciada.

1. Es al contrario en el corto plazo; la espaciada solo se asocia a menos recaídas.
2. Es lo que recoge el manual sobre los resultados inmediatos.
3. El manual sí describe diferencias: mejores resultados inmediatos con la masiva y menos recaídas con la espaciada.
4. La exposición masiva se hace en días consecutivos, y el manual le atribuye mejores resultados inmediatos.
5. El manual no limita la ventaja de la exposición masiva a los pacientes con depresión.

Ojo. En la agorafobia, el mismo manual (pág. 232) recoge que la exposición gradual y demorada es tan efectiva como la no graduada y masiva en el postratamiento y al año, y que a los cinco años estaban libres de síntomas más pacientes del formato masivo (Feigenbaum, 1988).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 4, págs. 220 y 232.

EN EL ATLAS

Tema F13 · Técnicas de exposición y desensibilización sistemática. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base).

130

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F23 · Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y terapias contextuales

Respuesta correcta: 3

Uno de los conceptos principales de la Terapia de Aceptación y Compromiso es:

1. La relativización del contexto.
2. El motivo subyacente.
3. La evitación experiencial. ✓
4. La resistencia al cambio.
5. La vulnerabilidad emocional.

La evitación experiencial es uno de los dos conceptos centrales de la ACT

Díaz, Ruiz y Villalobos señalan que los **dos conceptos centrales** en torno a los que pivota la **ACT** son la **evitación experiencial**, que da cuenta en muchas ocasiones del mantenimiento de los trastornos, y los **valores personales**, guías de actuación hacia la realización personal. La evitación experiencial se da cuando la persona es reacia a permanecer en contacto con experiencias privadas molestas e intenta alterar su forma, frecuencia o contexto. Fonseca et al. recuerdan que la ACT acuñó el **trastorno de evitación experiencial** como una clase funcional transversal a múltiples trastornos.

1. La «relativización del contexto» no figura entre los conceptos de la ACT; el manual habla del yo como contexto.
2. El «motivo subyacente» no es un concepto de la ACT.
3. Es uno de los dos conceptos centrales, junto con los valores personales.
4. La resistencia al cambio no figura entre los conceptos centrales de la ACT.
5. La vulnerabilidad emocional es un concepto de la teoría biosocial de la terapia dialéctico-conductual.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 11, págs. 556, 566 y 570. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 5, pág. 180.

EN EL ATLAS

Tema F23 · ACT y terapias contextuales. Se estudia con Díaz y Ruiz (Ampliación) y Fonseca Adultos (Base).

131

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F12 · Técnicas operantes · Anulada

Anulada

Una de las CONDICIONES NECERARIAS para que la técnica de Moldeamiento sea efectiva es:

1. Definir específica y correctamente todos los pasos que constituyen la cadena de aprendizaje.
2. Estructurar de forma precisa el ambiente en el que se va a desarrollar el aprendizaje.
3. Seleccionar la conducta inicial que servirá de punto de partida.
4. Al principio, reforzar las conductas que evita el sujeto.
5. Definir todas las conductas intermedias que llevarán a la conducta meta final.

Los manuales no coinciden en si el moldeamiento exige definir las conductas intermedias, y la pregunta se anuló

Díaz, Ruiz y Villalobos enumeran lo **necesario** para que el **moldeamiento** sea efectivo: seleccionar y definir la conducta meta, evaluar el nivel de ejecución real, **seleccionar la conducta inicial** que servirá de punto de partida, elegir los reforzadores y **reforzar diferencialmente las aproximaciones sucesivas**. Añaden que en el moldeamiento las conductas de aproximación **no tienen por qué estar predefinidas ni especificadas**, a diferencia del encadenamiento, en el que cada conducta de la cadena está definida desde el principio. El comentario de partida explica que Labrador (2008) incluye entre los pasos la **definición de las conductas intermedias**, con lo que las opciones 3 y 5 podrían ser válidas.

1. Definir todos los pasos de una cadena es propio del encadenamiento.
2. Un ambiente más estructurado puede requerirlo el encadenamiento; el moldeamiento se lleva a cabo en cualquier ambiente.
3. Clave provisional. Seleccionar la conducta inicial que servirá de punto de partida es una de las condiciones necesarias que enumera el manual.
4. Desde el principio se refuerzan diferencialmente las aproximaciones sucesivas a la conducta meta.
5. Para Díaz, Ruiz y Villalobos las aproximaciones no tienen por qué estar predefinidas, pero Labrador (2008) sí incluye definir las conductas intermedias.

Ojo. Pregunta anulada en la plantilla definitiva. Según el comentario de partida, la clave provisional era la 3, y con Labrador (2008, pág. 298), obra que no está en el corpus, la 5 también sería correcta.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 3, págs. 173 y 175-176. Labrador, F. J. (coord.) (2008). Técnicas de modificación de conducta. Pirámide. Pág. 298.

EN EL ATLAS

Tema F12 · Técnicas operantes. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base).

132

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F17 · Otras técnicas TCC: biofeedback, hipnosis, reversión de hábitos y técnicas encubiertas

Respuesta correcta: 4

¿Cuál es el objetivo terapéutico de la Sensibilización Encubierta?:

1. Desarrollar una respuesta de atracción hacia un estímulo que anteriormente era una fuente de aversión.
2. Aumentar la tolerancia a un estímulo aversivo y reducir la activación emocional que produce.
3. Posponer los refuerzos positivos inmediatos de conductas no deseables.
4. Desarrollar una respuesta de aversión hacía un estímulo que anteriormente era una fuente de atracción. ✓
5. Reforzar mentalmente los ensayos exitosos dirigidos a la consecución de la conducta objetivo.

La sensibilización encubierta asocia en imaginación lo atractivo con algo aversivo

La **sensibilización encubierta**, la técnica más conocida del **condicionamiento encubierto** de Cautela, es un procedimiento basado en el uso de la **imaginación** que tiene como objetivo **desarrollar una respuesta de aversión hacia un estímulo que resulta una fuente de atracción**. El paciente se imagina realizando la conducta que quiere reducir y pasa a imaginar, de forma contingente y brusca, algún acontecimiento **aversivo** que esa conducta podría producir. Díaz, Ruiz y Villalobos lo describen como un procedimiento **análogo al castigo positivo**.

1. La opción invierte el objetivo, porque la técnica busca desarrollar aversión hacia lo que antes atraía.
2. Aumentar la tolerancia a un estímulo temido y reducir la activación que produce es el objetivo de las técnicas de exposición y desensibilización.
3. La técnica no consiste en posponer refuerzos, sino en asociar la conducta imaginada con una consecuencia aversiva.
4. Es el objetivo de la sensibilización encubierta.
5. Reforzarse en imaginación por los logros corresponde al auto-reforzamiento positivo encubierto, otra técnica del condicionamiento encubierto.

Trampa. La opción 1 da la definición al revés, con las mismas palabras.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 12, págs. 616-617 y 653.

EN EL ATLAS

Tema F17 · Otras técnicas TCC: biofeedback, hipnosis, reversión de hábitos y técnicas encubiertas. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base).

133

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F19 · Terapia Cognitiva de Beck y terapia de esquemas

Respuesta correcta: 5

En la Terapia Cognitiva de Beck los pensamientos automáticos son considerados:

1. Un esquema.
2. Un proceso cognitivo.
3. Una guía de acción.
4. Una interferencia.
5. Un producto cognitivo. ✓

Beck llama pensamientos automáticos a los productos cognitivos

En la organización cognitiva de la terapia de Beck, Díaz, Ruiz y Villalobos distinguen esquemas, procesos y **productos cognitivos**. Los **esquemas** contienen las creencias nucleares; los **procesos** son las reglas transformacionales con las que se selecciona, codifica y recupera la información, y en ellos aparecen las distorsiones cognitivas. Los **productos cognitivos** son los pensamientos e imágenes que resultan de la interacción entre la información del medio, los esquemas y los procesos, y son más accesibles a la conciencia. A esos productos Beck los denomina **pensamientos automáticos**.

1. Los esquemas son estructuras que contienen las creencias nucleares, de las que derivan los pensamientos automáticos.
2. Los procesos cognitivos son las reglas con las que se transforma la información; en ellos están los sesgos o distorsiones.
3. Preparar para la acción es una función de los esquemas instrumentales.
4. La interferencia no es una de las categorías de la organización cognitiva del modelo.
5. Los pensamientos automáticos son los productos cognitivos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 8, págs. 388-389.

EN EL ATLAS: Tema F19 · Terapia Cognitiva de Beck y terapia de esquemas. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base).

Respuesta correcta: 2

¿Cuál de los siguientes procesos sería responsable de los resultados que se alcanzan mediante la meditación por mindfulness?:

1. Cambiar los contenidos de la mente.
2. Cambiar la relación con los contenidos de la mente. ✓
3. Eliminar el papel de espectador de los contenidos de la mente.
4. Juzgar los contenidos de la mente.
5. Fundirse con los contenidos de la mente.

El mindfulness actúa cambiando la relación con los contenidos de la mente

Díaz, Ruiz y Villalobos explican que la meditación por **mindfulness** funciona **no cambiando los contenidos** de nuestra mente, sino **cambiando la identificación (la relación) con esos contenidos**, adoptando un **papel de espectador** de nuestros propios procesos. Así, el poder coercitivo de los contenidos cognitivos y afectivos va decreciendo hasta desaparecer. Lo describen como un proceso de conciencia metacognitiva (Teasdale et al., 1995), y señalan el **descentramiento** y la desidentificación como objetivo final.

1. El manual dice expresamente que el mindfulness no funciona cambiando los contenidos de la mente.
2. Es el mecanismo que propone el manual.
3. Es lo contrario: se adopta un papel de espectador de los propios procesos.
4. Juzgar los contenidos es contrario a la actitud de observación que describe el manual.
5. Fundirse con los contenidos es lo opuesto al descentramiento y la desidentificación que busca la técnica.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 10, pág. 508.

EN EL ATLAS: Tema F22 · Mindfulness y programas basados en mindfulness. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base).

135 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F12 · Técnicas operantes

Respuesta correcta: 3

La técnica operante denominada “reforzamiento diferencial de otras conductas” es un procedimiento habitual para:

1. Instaurar nuevas conductas.
2. Castigar las conductas no deseadas.
3. Eliminar o reducir conductas. ✓
4. Generar estrés psicológico por incompatibilidad entre conductas.
5. Extinguir las creencias irracionales

El reforzamiento diferencial de otras conductas sirve para reducir conductas

Díaz, Ruiz y Villalobos incluyen el **reforzamiento diferencial de otras conductas** (RDO) entre las **técnicas operantes para la reducción o eliminación de conductas**, junto con la **extinción** y el **castigo**. Es un **procedimiento habitual para eliminar conductas o reducirlas**: se evita reforzar la conducta problema y a cambio se **refuerzan conductas alternativas**. Entre sus inconvenientes, el manual señala que suele reducir la conducta de forma gradual, por lo que no es la técnica de elección en conductas autolesivas o agresivas.

1. Para instaurar nuevas conductas el manual describe el moldeamiento, el encadenamiento y la instigación/atenuación.
2. El RDO no aplica estímulos aversivos; el castigo es otro procedimiento de reducción distinto.
3. Es el uso que le da el manual.
4. El RDO no busca generar estrés, sino reforzar alternativas a la conducta problema.
5. Las creencias irracionales se abordan con técnicas cognitivas como la TREC; el RDO es un procedimiento operante.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 3, págs. 172 y 177-179.

EN EL ATLAS

Tema F12 · Técnicas operantes. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base).

Respuesta correcta: 1

Entre las técnicas más utilizadas en la Terapia Cognitiva de Beck para identificar o detectar esquemas cognitivos se encuentra:

1. La técnica de la flecha descendente. ✓
2. El promover una nueva imagen.
3. La repetición de metas.
4. Las autoinstrucciones.
5. El experimento conductual.

La flecha descendente permite llegar a las creencias nucleares más profundas

Entre las estrategias para **identificar creencias y esquemas**, Díaz, Ruiz y Villalobos recogen buscar las reglas «si... entonces», detectar los «debería» y «tendría», detectar temas comunes en los pensamientos automáticos, la **técnica de la flecha descendente**, plantear situaciones hipotéticas, la perspectiva histórica, las técnicas emotivas y los cuestionarios. La **flecha descendente** es una de las técnicas **más específicas** para **detectar las creencias nucleares más profundas**: mediante preguntas encadenadas se va profundizando hasta llegar a las creencias disfuncionales o esquemas más profundos.

1. Es una de las técnicas más específicas para detectar esquemas.
2. Promover una nueva imagen no figura entre las técnicas de identificación que enumera el manual.
3. La repetición de metas no aparece entre esas técnicas.
4. Las autoinstrucciones pertenecen al entrenamiento autoinstruccional de Meichenbaum, que se lleva a cabo mediante modelado.
5. Las tareas conductuales sirven en el manual para cambiar creencias, poniendo a prueba los esquemas.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 8, págs. 413-416; cap. 6, pág. 307.

EN EL ATLAS: Tema F19 · Terapia Cognitiva de Beck y terapia de esquemas. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base).

137 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F12 · Técnicas operantes

Respuesta correcta: 1

Según Kazdin, ¿cómo se denomina al incremento significativo de la intensidad o de la frecuencia de una conducta cuando se comienza a aplicar un programa de extinción a dicha conducta?:

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

Al empezar la extinción la conducta suele aumentar de forma temporal, y a eso se llama estallido

Díaz, Ruiz y Villalobos recogen las características del proceso de **extinción** que resalta **Kazdin (1994)**. Es un proceso **gradual**, por lo que no es la técnica más eficaz para conductas agresivas o lesivas. Cuando se comienza un programa de extinción, la ausencia de reforzamiento suele conducir a un **incremento significativo de la intensidad o la frecuencia** de la conducta: este incremento temporal es el **estallido de la extinción**, como la rabieta del niño al que dejan de darle lo que pide. Además puede darse **recuperación espontánea**.

1. Es el nombre que Kazdin da a ese incremento temporal.
2. En la recuperación espontánea la conducta ya reducida reaparece o se incrementa tiempo después; si se mantiene la ausencia de refuerzo, vuelve a decrecer.
3. Que la extinción sea gradual es otra de las características que señala Kazdin.
4. La eficacia no es una de las características que Kazdin describe con ese nombre.
5. El castigo positivo es la presentación de un estímulo aversivo tras la conducta para reducir su frecuencia, un procedimiento distinto de la extinción.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 3, págs. 179-180 y 182.

EN EL ATLAS: Tema F12 · Técnicas operantes. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base).

138

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F13 · Técnicas de exposición y desensibilización sistemática

Respuesta correcta: 3

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

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

Wolpe basó la desensibilización sistemática en el condicionamiento clásico

Los estudios de **Wolpe (1958)** con neurosis experimentales en gatos, a partir de los resultados de Watson y Rayner al aplicar el **condicionamiento clásico** a las fobias, le llevaron a diseñar la **desensibilización sistemática** (DS). Tal como la propuso, se basa en los principios del condicionamiento clásico: la **respuesta condicionada** (la ansiedad) puede reducirse estableciendo una **respuesta incompatible** ante el estímulo condicionado. Esta forma de revertir el condicionamiento se denominó **contracondicionamiento por inhibición recíproca**. Investigaciones posteriores apuntan a la extinción como mecanismo más probable.

1. La DS no se formuló a partir del condicionamiento operante, sino del clásico.
2. El condicionamiento en un solo ensayo no fue la base de la técnica.
3. Es el fundamento que Wolpe dio a la técnica.
4. El aprendizaje vicario es la base del modelado.
5. El condicionamiento instrumental no fue la explicación original de la DS.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 5, págs. 255-256.

EN EL ATLAS

Tema F13 · Técnicas de exposición y desensibilización sistemática. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base).

139

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F5 · Terapias humanistas-existenciales y centrada en la persona

Respuesta correcta: 3

Los modelos humanístico existenciales y fenomenológicos se caracterizan por:

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

Los modelos humanístico-existenciales se centran en el aquí y ahora

Feixas y Miró señalan que uno de los objetivos de los **modelos humanístico-existenciales** es facilitar la **toma de conciencia de lo que pasa «aquí y ahora»**, es decir, en el presente, y que cada modelo lo hace por su propia vía, en especial la Gestalt. Estos modelos defienden los **valores integrales del hombre** y se consideran herederos de la reacción fenomenológica europea al **atomismo** wundtiano. Rodríguez Morejón añade que a la terapia existencial no le interesa el pasado, sino cómo la persona se enfrenta a sus miedos **en el aquí y ahora**, y que el terapeuta busca ver el mundo **a través de los ojos de sus pacientes**.

1. A la terapia existencial el pasado solo le interesa si ayuda a entender el presente; el énfasis en la infancia es propio del psicoanálisis.
2. El esquema Padre-Adulto-Niño es del análisis transaccional de Berne, que convirtió en esos estados el yo, el ello y el superyó de Freud.
3. Es uno de los rasgos comunes que recogen los manuales.
4. Es lo contrario: el terapeuta trata de ver el mundo a través de los ojos del paciente.
5. Estos modelos defienden una visión integral del ser humano, frente al atomismo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Feixas, G. y Miró, M. T. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos. Paidós. Cap. 3, págs. 136 y 159. Rodríguez Morejón, A. (2019). Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas. Herder. Cap. 5, págs. 160-161; cap. 10, págs. 212-213.

EN EL ATLAS

Tema F5 · Terapias humanistas-existenciales y centrada en la persona. Se estudia con Rodríguez Morejón (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 79

140

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F1 · Concepto, eficacia y proceso en psicoterapia

Respuesta correcta: 2

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

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

Desmantelar un tratamiento es quitarle un componente para ver cuánto aporta

Feixas y Miró describen estrategias que analizan los componentes de un **paquete de tratamiento**. Primero hay que identificar y aislar sus componentes; después se puede **desmantelar** el tratamiento, que consiste en **aplicar todos los componentes** en una condición experimental y, en la otra, **eliminar el componente que se quiere investigar** para precisar su contribución. Rodríguez Morejón presenta el **desmantelamiento** como la forma de establecer qué elemento es responsable del beneficio terapéutico **sumando o restando ingredientes activos**, con el estudio de Jacobson et al. (1996) sobre la TCC de la depresión como ejemplo paradigmático.

1. Los estudios de caso único son otra estrategia, cuyo problema es la dificultad de generalizar.
2. Es la estrategia que describe el enunciado.
3. La investigación de procesos analiza los elementos que se dan en el contacto terapéutico para saber qué es lo específicamente terapéutico.
4. La estandarización de tratamientos consiste en aplicarlos mediante manuales.
5. La condición placebo compara el tratamiento con un tratamiento placebo como grupo control.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Feixas, G. y Miró, M. T. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos. Paidós. Cap. 4, págs. 292, 295-296 y 300-301. Rodríguez Morejón, A. (2019). Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas. Herder. Cap. 33, pág. 532.

EN EL ATLAS

Tema F1 · Concepto, eficacia y proceso en psicoterapia. Feixas y Miró no es fuente de este tema.

141 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F8 · Modelo estratégico-comunicacional y terapia estructural

Respuesta correcta: 3

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

1 La escuela estructural.

2 La escuela psicodramática.

3 La escuela interaccional del Mental Research Institute (MRI). ✓

4 La escuela estratégica.

5 La escuela de Milán.

Para el MRI las soluciones intentadas ineficaces mantienen el problema

Feixas y Miró explican que la **máxima** de la escuela interaccional del **MRI** es que «**la solución es el problema**»: los problemas que llegan a consulta resultan de una dificultad y de la aplicación de una **supuesta solución** que no ha servido para resolverla y que ha obstaculizado el proceso normal de transformaciones, cristalizándola en un problema. Rodríguez Morejón lo resume así: para el MRI, las **soluciones intentadas ineficaces** mantienen el problema.

1. La escuela estructural de Minuchin se centra en los subsistemas familiares y sus límites, que pueden ser difusos, rígidos o claros.
2. El psicodrama de Moreno no es una escuela sistémica.
3. La máxima pertenece a la escuela interaccional del MRI.
4. La escuela estratégica de Haley, agrupada con la estructural, se basa en alianzas y coaliciones en sistemas triádicos.
5. La escuela de Milán, de Selvini-Palazzoli y sus colegas, surgió más tarde como un modelo distinto.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Rodríguez Morejón, A. (2019). Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas. Herder. Cap. 24, pág. 413. Feixas, G. y Miró, M. T. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos. Paidós. Cap. 3, págs. 265-268.

EN EL ATLAS: Tema F8 · Modelo estratégico-comunicacional y terapia estructural. Se estudia con Rodríguez Morejón (Base).

142

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F1 · Concepto, eficacia y proceso en psicoterapia

Respuesta correcta: 2

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

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

El tamaño del efecto es la variable dependiente más usada en los metaanálisis

Feixas y Miró explican que en los **metaanálisis** de resultados de psicoterapia la **variable dependiente más utilizada** es la **magnitud o tamaño del efecto** (*effect size*), una medida tipificada que se calcula dividiendo la **diferencia entre la media del grupo tratado y la del grupo control** por la **desviación típica del grupo control**. Esta métrica común permite cuantificar la magnitud de la diferencia y combinar los estudios. Rodríguez Morejón y Gimeno recogen el tamaño del efecto de alrededor de 0,80 que obtiene la psicoterapia en los metaanálisis.

1. El número de síntomas depresivos es una medida propia de cada estudio, y los metaanálisis necesitan una métrica común.
2. Es la variable dependiente más utilizada.
3. La observación del terapeuta no es la medida tipificada que combinan los metaanálisis.
4. El número de pacientes curados no es la métrica común que describe el manual.
5. Las expectativas son una característica del paciente; en los metaanálisis, los rasgos de los sujetos se tratan como variables independientes sustantivas.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Feixas, G. y Miró, M. T. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos. Paidós. Cap. 4, pág. 307. Rodríguez Morejón, A. (2019). Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas. Herder. Cap. 1, pág. 36. Gimeno Peón, A. (2021). Mejorando los resultados en psicoterapia. Principios terapéuticos basados en la evidencia. Pirámide. Cap. 1, pág. 29.

EN EL ATLAS

Tema F1 · Concepto, eficacia y proceso en psicoterapia. Feixas y Miró no es fuente de este tema. Se estudia con Rodríguez Morejón (Ampliación) y Gimeno (Base).

143

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F10 · Terapia familiar sistémica

Respuesta correcta: 5

¿Cuál es la afirmación correcta acerca de la noción de "paciente identificado"?:

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

El paciente identificado es el portador del síntoma de un sistema familiar disfuncional

En el **modelo sistémico** los síntomas se consideran expresiones disfuncionales del sistema familiar, y se denomina **paciente identificado** al miembro de la familia que presenta el síntoma o problema. Por eso la solución se supedita al cambio en los **patrones disfuncionales de interacción familiar**. Rojí y Saúl lo definen como el miembro de la familia identificado por la misma como **portador del síntoma**, y precisan que el objeto de estudio e intervención es la familia y sus pautas comunicacionales, que hacen posible que se produzca el síntoma. Morejón recoge la misma idea en el modelo estratégico, donde el portador del síntoma refleja todo un sistema interaccional que no funciona.

1. Atribuirla al psicoanálisis la hace falsa. La segunda parte sí coincide con el modelo sistémico, que supedita la solución al cambio de los patrones de interacción familiar.
2. Feixas y Miró distinguen al demandante, que determina que es necesaria la intervención de un profesional, del paciente identificado, que es el portador del síntoma o problema. Cuando no coinciden, la psicoterapia resulta mucho más compleja.
3. La definición no alude a identificarse con un progenitor. El término designa al miembro que la propia familia identifica como portador del síntoma.
4. La contratransferencia es un concepto psicoanalítico, el conjunto de reacciones inconscientes del analista frente a la persona del analizado y, en especial, frente a su transferencia.
5. Los síntomas se entienden como expresiones disfuncionales del sistema familiar, y el paciente identificado es el miembro que los presenta.

Trampa. Las opciones mezclan vocabulario psicoanalítico (contratransferencia, identificación) con el sistémico; el término solo tiene sentido dentro de este último.

Para fijarlo. La familia señala a un portador del síntoma; el terapeuta sistémico mira al sistema entero.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Feixas, G. y Miró, M. T. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos. Paidós. Cap. 1, pág. 19; cap. 3, págs. 117-118, 257 y 264. Rojí Menchaca, B. y Saúl Gutiérrez, L. Á. (2022). Introducción a las psicoterapias psicodinámicas, experienciales, sistémicas, constructivistas e integradoras. UNED. Cap. 8, apdo. 4 y glosario (edición digital sin paginación impresa). Rodríguez Morejón, A. (2019). Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas. Herder. Cap. 24, pág. 414.

EN EL ATLAS

Tema F10 · Terapia familiar sistémica. Feixas y Miró no es fuente de este tema.

144

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F8 · Modelo estratégico-comunicacional y terapia estructural

Respuesta correcta: 1

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

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

La intervención paradójica puede tomar la forma de una prescripción de no cambio

Feixas y Miró describen la **intervención paradójica** como la prescripción, de un modo controlado y específico, de aquello mismo que constituye el problema. Puede adoptar tres formas, la **petición de cambio lento**, la **prescripción de no cambio**, en la que el experto afirma que no es deseable un cambio y que la situación es aceptable tal como está, y la **prescripción del síntoma**. Aunque sus orígenes se remontan a **Adler** y a la logoterapia de **Frankl**, su uso en la terapia sistémica se justifica por presupuestos comunicacionales, como respuesta a la demanda paradójica del cliente («ayúdeme a cambiar, pero no cambie nada»). Morejón la incluye entre las intervenciones indirectas que propone Haley.

1. Es una de las tres formas que recogen Feixas y Miró, junto con la petición de cambio lento y la prescripción del síntoma.
2. La técnica prescribe el propio problema en lugar de debatirlo. Morejón la describe como pedir a la persona que se esfuerce en realizar voluntariamente la conducta sintomática.
3. Es característica de las escuelas sistémicas, pero Feixas y Miró sitúan sus orígenes en Adler y en la logoterapia de Frankl. Morejón recoge que Adler ya proponía la prescripción paradójica como tarea entre sesiones.
4. Feixas y Miró la vinculan a Adler, a Frankl y a la terapia sistémica, y la justifican por presupuestos comunicacionales, sin relación con la búsqueda de brevedad de la terapia dinámica.
5. La técnica nace de utilizar la propia resistencia del paciente, y Gimeno la propone cuando la reactancia es especialmente elevada. Eso sí, Feixas y Miró advierten de que exige analizar antes el valor funcional de la resistencia, porque puede ser muy perjudicial.

Trampa. La opción 3 parece cierta porque la paradoja es típica de las escuelas sistémicas, pero su origen es anterior.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Feixas, G. y Miró, M. T. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos. Paidós. Cap. 3, págs. 274-275. Rodríguez Morejón, A. (2019). Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas. Herder. Cap. 4, pág. 99; cap. 24, pág. 420. Gimeno Peón, A. (2021). Mejorando los resultados en psicoterapia. Principios terapéuticos basados en la evidencia. Pirámide. Cap. 7, apdo. 7.18, págs. 155 y 157.

EN EL ATLAS

Tema F8 · Modelo estratégico-comunicacional y terapia estructural. Se estudia con Morejón (Base).

145

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F16 · Técnicas de afrontamiento y solución de problemas

Respuesta correcta: 1

¿Qué principio o actitud debe regir en la fase de "generación de soluciones alternativas" de la Terapia de Solución de Problemas?:

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

En la generación de alternativas rige el principio de cantidad

En la fase de **generación de alternativas de solución** hay que producir numerosas soluciones para el problema. Díaz, Ruiz y Villalobos señalan dos principios que deben guiar este proceso, el de **cantidad** y el de **diversidad**, porque cuantas más soluciones, mayor probabilidad de encontrar una apropiada, y cuanta más diversidad, mayor potencial de adaptación. Añaden el **aplazamiento del juicio**, ya que mientras se generan alternativas no es el momento de valorar su adecuación o viabilidad, pues ese proceso crítico puede mermar la creatividad. La valoración de cada opción, con el análisis de ventajas e inconvenientes o de coste-beneficio, corresponde a la fase siguiente, la **toma de decisiones**.

1. Es uno de los dos principios que deben guiar la generación de alternativas, junto con el de diversidad.
2. Valorar cada alternativa en esta fase choca con el aplazamiento del juicio, que reserva la crítica para la toma de decisiones.
3. La transferencia es un concepto del psicoanálisis, ajeno a los principios de la solución de problemas.
4. Estimar el valor de cada opción, anticipando sus consecuencias positivas y negativas en una escala de 0 a 10, se hace en la toma de decisiones.
5. El análisis coste-beneficio suele ser la estrategia más utilizada para escoger la solución, ya en la fase de toma de decisiones, posterior a la de generación.

Trampa. Las opciones 2, 4 y 5 describen bien la terapia de solución de problemas, pero pertenecen a la toma de decisiones.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 9, apdo. 4.3.2, págs. 474-475. Feixas, G. y Miró, M. T. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos. Paidós. Cap. 3, pág. 117.

EN EL ATLAS

Tema F16 · Técnicas de afrontamiento y solución de problemas. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base).

146

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F20 · Terapias cognitivo-constructivistas

Respuesta correcta: 2

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

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

La perspectiva constructivista concibe la relación terapéutica como de experto a experto

Feixas y Miró proponen para la **perspectiva constructivista** el modelo de la **relación de experto a experto**, que amplía la propuesta rogersiana de una relación **de persona a persona**. El cliente es experto en su mundo personal, en los contenidos de su mundo, y el terapeuta lo es en las relaciones humanas y en el funcionamiento de los sistemas de construcción; ambos trabajan en equipo como en una investigación. Rojí y Saúl lo formulan igual, como una relación entre **dos expertos**, y Morejón describe la terapia de Kelly como la colaboración entre dos expertos, el cliente en su vida y sus teorías personales y el terapeuta en ayudar a transformarlas.

1. Feixas y Miró proponen este modelo para la perspectiva constructivista y lo distinguen de los enfoques racionalistas, en los que el terapeuta asume el liderazgo de un enseñante o entrenador.
2. Es la propuesta de Feixas y Miró para la perspectiva constructivista.
3. En el psicoanálisis la relación se piensa a través de la transferencia y la contratransferencia, el conjunto de reacciones inconscientes del analista frente al analizado.
4. En las intervenciones de la terapia sistémica el terapeuta actúa como «experto» que prescribe tareas, incluidas las paradójicas, de modo controlado y específico.
5. Rogers propuso la relación de persona a persona, que el modelo de experto a experto amplía.

Trampa. La opción 5 es la propuesta de partida (persona a persona) que el modelo constructivista amplía.

Para fijarlo. Experto a experto: el cliente sabe de su mundo; el terapeuta, de cómo se construye.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Feixas, G. y Miró, M. T. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos. Paidós. Cap. 3, págs. 117-118, 156, 228 y 274-275. Rojí Menchaca, B. y Saúl Gutiérrez, L. Á. (2022). Introducción a las psicoterapias psicodinámicas, experienciales, sistémicas, constructivistas e integradoras. UNED. Cap. 10, apdo. 2 (edición digital sin paginación impresa). Rodríguez Morejón, A. (2019). Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas. Herder. Cap. 18, pág. 325.

EN EL ATLAS

Tema F20 · Terapias cognitivo-constructivistas. Se estudia con Morejón (Base) y Rojí y Saúl (Ampliación).

147 PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F2 · Factores comunes y relación terapéutica

Respuesta correcta: 5

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

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

La economía de fichas pertenece a las técnicas, el componente específico del cambio terapéutico

Feixas y Miró recogen la estimación de **Lambert** sobre la contribución de cuatro factores al resultado de la psicoterapia. El **cambio extraterapéutico** agrupa factores del cliente o de su entorno que contribuyen a la mejoría independientemente de la psicoterapia. Las **expectativas** equivalen al efecto placebo. Los **factores comunes** son variables presentes en muchas terapias con independencia de su orientación teórica, como la empatía, la calidez o la aceptación. Las **técnicas** son los procedimientos específicos de una psicoterapia, como el biofeedback o la desensibilización sistemática, y a ellas pertenece la economía de fichas. Gimeno recoge la estimación más reciente de Norcross y Lambert (2019), que deja la influencia del método en un 10 %.

1. El efecto placebo corresponde a las expectativas, la proporción de cambio que resulta de que el cliente sabe que se le va a ayudar.
2. Tener experiencias de éxito en el curso de la terapia, para fortalecer la sensación de dominio, es uno de los seis factores comunes que propuso Frank.
3. Una relación de confianza de cierta carga emotiva con el profesional de ayuda es el primero de los factores comunes de Frank.
4. La empatía es uno de los ejemplos de factores comunes, variables que se encuentran en muchas terapias independientemente de su orientación teórica.
5. La economía de fichas es un procedimiento propio de una terapia concreta, como los ejemplos que da el manual.

FIGURA 6. CONTRIBUCIÓN RELATIVA DE LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN EL RESULTADO DE LA PSICOTERAPIA (SEGÚN LAMBERT, 1992)

Factor	Contribución	Definición
Cambio extraterapéutico	40 %	Factores que forman parte del cliente (p.ej., personalidad) o de su entorno (p.ej., acontecimientos fortuitos, apoyo social), que contribuyen a la mejoría independientemente de la psicoterapia.
Expectativas (efecto placebo)	15 %	Proporción de cambio que resulta del hecho de que el cliente sabe que se le va a ayudar y que deriva de la credibilidad que generan técnicas o explicaciones específicas.
Factores comunes	30 %	Incluyen un conjunto de variables que se encuentran en muchas terapias independientemente de su orientación teórica (p.ej., empatía, calidez, aceptación, animar al cliente a aceptar riesgos, etc.)
Técnicas	15 %	Procedimientos específicos de una psicoterapia (p.ej., biofeedback, desensibilización sistemática, interpretación, etc.).

Fuente: Feixas y Miró (1993), cap. 4, figura 6, pág. 318

Trampa. Placebo, relación de confianza, experiencias de éxito y empatía son ingredientes que comparten muchas terapias; solo la economía de fichas es una técnica con nombre propio.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Feixas, G. y Miró, M. T. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos. Paidós. Cap. 4, figura 6, pág. 318; cap. 5, págs. 376-378. Gimeno Peón, A. (2021). Mejorando los resultados en psicoterapia. Principios terapéuticos basados en la evidencia. Pirámide. Cap. 1, figura 1.1, pág. 41.

EN EL ATLAS

Tema F2 · Factores comunes y relación terapéutica. Feixas y Miró no es fuente de este tema.

148

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F6 · Terapia Gestalt, terapias corporales y terapia centrada en las emociones

Respuesta correcta: 4

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

1 El análisis transaccional.

2 La terapia aversiva.

3 El autocontrol.

4 La terapia de Gestalt. ✓

5 El condicionamiento encubierto.

La terapia Gestalt entiende el autoconcepto como una elección entre polos

Para la **terapia Gestalt** el mundo se organiza en torno a opuestos y la experiencia humana está repleta de **polaridades**. Morejón resume que nuestro **autoconcepto** se conforma como una elección entre polos y que el proceso sano consiste en integrar las polaridades. Según Feixas y Miró, el individuo es una secuencia interminable de polaridades, tiende a polarizarse sobre un opuesto y a evitar el otro, y sepulta la polaridad no aceptada mediante **defensas y bloqueos**. El crecimiento llega cuando se apropia de la polaridad rechazada y alcanza la **integración**, objetivo final de la terapia. Rojí y Saúl dedican un apartado a la integración de polaridades.

1 El análisis transaccional describe la persona mediante los estados del yo, que Berne tradujo de las instancias freudianas como adulto, niño y padre.

2 La terapia aversiva es una técnica conductual que, en el alcoholismo, busca reducir o eliminar el deseo del individuo por el alcohol.

3 Los programas de autocontrol son estrategias en las que el sujeto participa más activamente en la definición de objetivos y en la puesta en práctica de su régimen de tratamiento.

4 Es el enfoque que entiende el autoconcepto como una elección entre polos y persigue la integración de las polaridades.

5 El condicionamiento encubierto de Cautela utiliza la imaginación del sujeto para representar estímulos, respuestas y consecuencias.

Para fijarlo. Gestalt: somos racionales o emocionales, simpáticos o antipáticos, y sanar es poder ser los dos polos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Rodríguez Morejón, A. (2019). Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas. Herder. Cap. 7, págs. 178-179; cap. 10, págs. 212-213. Rojí Menchaca, B. y Saúl Gutiérrez, L. Á. (2022). Introducción a las psicoterapias psicodinámicas, experienciales, sistémicas, constructivistas e integradoras. UNED. Cap. 6, apdos. 1.3.2 y 1.4.2 (edición digital sin paginación impresa). Feixas, G. y Miró, M. T. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos. Paidós. Cap. 3, pág. 152. Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 12, pág. 614. Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. II. Dykinson. Cap. 1 (Gil Roales-Nieto y Gil Luciano, Tabaquismo), págs. 52-53; cap. 2 (Becoña Iglesias, Alcoholismo), pág. 121.

EN EL ATLAS

Tema F6 · Terapia Gestalt, terapias corporales y terapia centrada en las emociones. Se estudia con Morejón (Base) y Rojí y Saúl (Ampliación).

149

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F15 · Modelado y entrenamiento en habilidades sociales

Respuesta correcta: 4

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

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

El ensayo de conducta es uno de los cinco componentes básicos del entrenamiento en habilidades sociales

Díaz, Ruiz y Villalobos señalan que el **entrenamiento en habilidades sociales** incluye técnicas y procedimientos distintos según el problema al que se dirija, pero que todos los programas suelen incluir **cinco componentes básicos**, justificación e instrucciones del entrenamiento, **modelado**, **ensayo de conducta**, **feedback** y **reforzamiento**. A ellos se suelen añadir técnicas dirigidas a generalizar lo aprendido a otros contextos. El manual considera el ensayo de conducta el elemento fundamental del entrenamiento, porque permite a los clientes tomar un papel activo en la adquisición de habilidades, inicialmente mediante role-playing, y lo sitúa junto al modelado como parte esencial del procedimiento.

1. La imaginación racional emotiva no figura entre los cinco componentes básicos del entrenamiento.
2. Las técnicas de control estimular tampoco están entre los componentes básicos que recoge el manual.
3. La toma de perspectiva no es uno de los cinco componentes; la parte esencial del procedimiento la forman el modelado y el ensayo de conducta.
4. Es uno de los cinco componentes básicos, y el manual lo considera el elemento fundamental del entrenamiento.
5. Los contratos de contingencias no aparecen entre los componentes básicos; las consecuencias de la conducta entrenada se manejan con el feedback y el reforzamiento.

Para fijarlo. Instrucciones, modelado, ensayo, feedback y reforzamiento: se explica, se ve, se prueba, se corrige y se premia.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 6, apdo. 3.3.2, págs. 310, 319 y 321.

EN EL ATLAS

Tema F15 · Modelado y entrenamiento en habilidades sociales. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base).

150

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B5 · Trastornos del sueño-vigilia

Respuesta correcta: 4

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

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

Durante el terror nocturno cuesta despertar o calmar al niño

El DSM-IV describe los terrores nocturnos como **despertares bruscos** precedidos de gritos o lloros de angustia, que aparecen en el **primer tercio del sueño**, duran de 1 a 10 minutos y se acompañan de activación vegetativa. Durante el episodio **es difícil despertar o calmar** al individuo (criterio C), y a la mañana siguiente lo típico es la **amnesia** de lo ocurrido. El DSM-5-TR conserva estos rasgos dentro de los trastornos del despertar del sueño no REM: hay insensibilidad relativa a los esfuerzos de otras personas por consolar al individuo, y el recuerdo del sueño falta o es mínimo.

1. Se producen en el primer tercio de la noche. Las que se agrupan en la segunda mitad son las pesadillas.
2. Lo típico es la amnesia del episodio a la mañana siguiente; como mucho quedan imágenes fragmentadas y aisladas.
3. La activación vegetativa forma parte del propio episodio. El DSM exige además que los episodios no se deban a los efectos de una sustancia o de una enfermedad médica.
4. Es el criterio C del DSM-IV, que el DSM-5-TR mantiene.
5. Recuperar enseguida la orientación y la alerta es propio de las pesadillas; el DSM-IV lo contrapone a la confusión y desorientación de los terrores nocturnos.

Trampa. La opción 5 describe a la perfección las pesadillas, y la 1 y la 2 también son rasgos de las pesadillas. Muchas preguntas de terrores se resuelven contraponiendo ambos cuadros.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Trastornos del sueño, terrores nocturnos, págs. 598-599 y 602.

EN EL ATLAS

Tema B5 · Trastornos del sueño-vigilia. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2019 · n.º 112, PIR 2023 · n.º 145, PIR 2021 · n.º 119

151

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B15 · Trastornos depresivos

Respuesta correcta: 5

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

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

Los trastornos bipolares son mucho menos frecuentes en la infancia que en la edad adulta

El enunciado pregunta por la depresión, pero la única afirmación correcta habla del trastorno bipolar. El DSM-5 lo dice al comparar el trastorno bipolar con el de desregulación disruptiva del estado de ánimo: las tasas del **trastorno bipolar** son por lo general **muy bajas antes de la adolescencia (menos del 1 %)** y aumentan de forma estable a comienzos de la **edad adulta (1-2 %)**. Sobre la distimia, hoy trastorno depresivo persistente, el DSM-IV indicaba que en los niños parece presentarse **por igual en ambos sexos**, y que los síntomas centrales del episodio depresivo mayor son los mismos en niños y adolescentes.

1. Caballo y Simón dicen lo contrario: en la infancia la prevalencia de distimia es mayor, y en el gran estudio español con escolares de 4.º de EGB salió un 6,4 % de distimia frente a un 1,8 % de depresión mayor. El DSM no hace esta comparación.
2. En los niños el trastorno distímico parece presentarse por igual en ambos sexos; en los adultos, las mujeres son dos o tres veces más propensas.
3. La pérdida de interés o de placer es uno de los dos síntomas nucleares del episodio depresivo mayor, y los síntomas centrales son los mismos en niños y adolescentes.
4. Caballo y Simón repasan los hallazgos neuroendocrinos de la depresión infantil y concluyen que la escasez de estudios y la divergencia de los resultados no permiten extraer conclusiones sólidas. El DSM-IV añade que ni siquiera en adultos hay una prueba de laboratorio con valor diagnóstico.
5. Es el dato del DSM-5: menos del 1 % antes de la adolescencia y un 1-2 % al comienzo de la edad adulta.

Ojo. La pregunta pide una afirmación sobre la depresión y la clave trata del trastorno bipolar. Las opciones 1 y 4 no se resuelven con el DSM, sino con Caballo y Simón (cap. 5, págs. 144-146 y 156), que también señalan que en la niñez se presentan pocos casos de manía y de trastornos bipolares (pág. 144).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Trastornos del estado de ánimo, págs. 329-330 y 354. American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, pág. 157. Caballo, V. E. y Simón, M. A. (dirs.) (2012). Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos generales. Pirámide. Cap. 5, págs. 144-146 y 156.

EN EL ATLAS

Tema B15 · Trastornos depresivos. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

152 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B8 · Trastornos destructivos, del control de los impulsos y de la conducta

Respuesta correcta: 3

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

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

Violar los derechos básicos de los demás o las normas sociales propias de la edad define el trastorno de conducta

El enunciado copia la característica esencial que el DSM-IV daba al **trastorno disocial**, hoy trastorno de conducta: un patrón de comportamiento persistente y repetitivo en el que se violan los **derechos básicos de los otros** o importantes **normas sociales** adecuadas a la edad del sujeto. Esos comportamientos se agrupaban en agresión a personas o animales, daños a la propiedad, fraudes o robos y violaciones graves de las normas. El DSM-5 y el DSM-5-TR lo llaman **trastorno de conducta** y mantienen la misma definición y los cuatro grupos en su criterio A.

1. En el TDAH la conducta impulsiva e hiperactiva puede ser disruptiva, pero no vulnera por sí misma las normas sociales ni los derechos de otros.
2. El trastorno negativista desafiante es un patrón de enfado, discusiones y desafío, menos grave y sin agresión a personas o animales, destrucción de la propiedad ni robos.
3. Es la definición del trastorno disocial del DSM-IV.
4. Los trastornos generalizados del desarrollo, que el DSM-5 integra en el trastorno del espectro autista, pertenecen al neurodesarrollo y no se definen por la transgresión de normas.
5. Los trastornos del aprendizaje afectan a la adquisición de habilidades académicas, sin relación con la violación de normas.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia, trastorno disocial, pág. 90. American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno de conducta, págs. 469-470, 472 y 475.

EN EL ATLAS Tema B8 · Trastornos destructivos, del control de los impulsos y de la conducta. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2017 · n.º 177, PIR 2018 · n.º 207, PIR 2018 · n.º 209, PIR 2023 · n.º 144

153 PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B27 · Trastornos de la excreción: enuresis y encopresis

Respuesta correcta: 5

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

1 Pesadillas.

2 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

3 Insomnio.

4 Bruxismo nocturno.

5 Terrores nocturnos. ✓

La enuresis se asocia a la encopresis, el sonambulismo y los terrores nocturnos

El DSM-IV recuerda que la mayoría de los niños con enuresis no presenta otro trastorno mental, aunque la prevalencia de trastornos mentales y del desarrollo coexistentes es mayor que en la población general. Después concreta que **pueden asociarse encopresis, sonambulismo y terrores nocturnos**. El DSM-5 repite esa lista en el apartado de **comorbilidad**, junto con los retrasos del habla, del lenguaje, del aprendizaje y de las habilidades motoras. El DSM-5-TR la refiere a la **enuresis nocturna** y llama a los **terrores nocturnos** por su nombre actual, un tipo de los trastornos del despertar del sueño no REM.

1 Las pesadillas no figuran entre los trastornos asociados a la enuresis en el DSM-IV ni en el DSM-5, y el DSM-5-TR solo pone como ejemplo de parasomnia asociada los trastornos del despertar del sueño no REM.

2 El DSM-IV y el DSM-5 no mencionan el TDAH al hablar de la enuresis. El DSM-5-TR sí dice que la enuresis puede ser más prevalente en los jóvenes con TDAH o con discapacidad del aprendizaje, aunque lo hace en el apartado de prevalencia, y en la comorbilidad nombra las parasomnias.

3 El insomnio no aparece entre los trastornos asociados a la enuresis en ninguna de las ediciones.

4 El bruxismo tampoco figura en la lista de trastornos asociados a la enuresis.

5 Los terrores nocturnos están en la lista del DSM-IV, junto con la encopresis y el sonambulismo.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Enuresis, síntomas y trastornos asociados, pág. 114. American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Enuresis, comorbilidad, pág. 357.

EN EL ATLAS: Tema B27 · Trastornos de la excreción: enuresis y encopresis. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2016 · n.º 194, PIR 2023 · n.º 174

154

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B5 · Trastornos del sueño-vigilia

Respuesta correcta: 2

¿Qué parasomnia es más frecuente en la infancia?:

1 Terrores nocturnos.

2 Pesadillas. ✓

3 Trastorno de conducta del sueño REM.

4 Síndrome de las piernas inquietas.

5 Sonambulismo.

Con las cifras del DSM-IV, las pesadillas eran la parasomnia infantil más frecuente

La clave definitiva es la 2, fijada tras las impugnaciones. Se apoya en las prevalencias del DSM-IV: **entre un 10 y un 50 % de los niños de 3 a 5 años** tiene pesadillas lo bastante intensas como para inquietar a los padres. Para el **sonambulismo** el manual da un 10-30 % de niños con al menos un episodio, y una prevalencia del trastorno mucho menor, del 1 al 5 %. Para los **terrores nocturnos** estima los episodios en un 1-6 % de los niños. Comparando esas cifras, las pesadillas quedan por encima.

1. El DSM-IV estimaba los episodios de terrores nocturnos en un 1-6 % de los niños.
2. Es la cifra más alta del DSM-IV, y la clave definitiva.
3. El trastorno del comportamiento del sueño REM es más frecuente en los varones de más de 50 años; no es un cuadro de la infancia.
4. El síndrome de las piernas inquietas comienza típicamente en la segunda o tercera década, y el DSM-IV lo ponía como ejemplo de disomnia no especificada, no de parasomnia.
5. Entre un 10 y un 30 % de los niños ha tenido algún episodio de sonambulismo, pero el trastorno se queda en el 1-5 %, por debajo de las pesadillas.

Ojo. La plantilla provisional daba el sonambulismo, y el Ministerio la cambió a las pesadillas tras las impugnaciones. La pregunta compara cifras de naturaleza distinta (pesadillas intensas, episodios aislados, trastorno), así que depende mucho del dato que se tome.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Trastornos del sueño, págs. 594, 596, 600 y 605.

EN EL ATLAS: Tema B5 · Trastornos del sueño-vigilia. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2019 · n.º 84

155

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B27 · Trastornos de la excreción: enuresis y encopresis · Anulada

Anulada

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

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

La enuresis es compatible con una infección urinaria si la incontinencia ya existía antes

El Ministerio **anuló** la pregunta. La opción que coincide con el DSM-IV es la 3, pero dice «tracto unitario» donde el manual dice «tracto urinario». En el diagnóstico diferencial, el DSM-IV explica que la enuresis no se diagnostica en presencia de una **vejiga neurogénica**, de una enfermedad médica que cause poliuria o urgencia, ni durante una **infección aguda del tracto urinario**. Sin embargo, el diagnóstico es compatible con esos procesos si **había incontinencia urinaria antes** de la enfermedad o si persiste tras el tratamiento adecuado. El DSM-5 y el DSM-5-TR mantienen la misma salvedad.

1. Según el DSM-IV, la enuresis diurna es más frecuente en mujeres que en varones, y el DSM-5 y el DSM-5-TR lo mantienen.
2. La edad cronológica mínima es de 5 años, o una edad mental de 5 años en los niños con retraso del desarrollo (criterio C).
3. Coincide con el diagnóstico diferencial del DSM-IV salvo por la errata «unitario», que en el manual es «urinario».
4. El DSM-IV da una cifra mucho más alta: aproximadamente el 75 % de los niños enuréticos tiene un familiar biológico de primer grado que también lo ha sufrido.
5. A los 5 años la enuresis afecta al 7 % de los varones y al 3 % de las mujeres, mientras que la encopresis afecta aproximadamente al 1 % de los niños de esa edad.

Ojo. El DSM-5 y el DSM-5-TR ya no dan el 75 % de familiares de primer grado. Expresan la heredabilidad como riesgo, que en la enuresis nocturna es unas 3,6 veces mayor en los hijos de madres enuréticas y 10,1 veces mayor si hubo incontinencia urinaria paterna (DSM-5-TR, pág. 401). Vallejo y Rodríguez hablan de una mayor prevalencia en un 60 % de familiares de primer grado (cap. 10, pág. 442).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Enuresis, págs. 114-115; encopresis, pág. 112. American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Enuresis, págs. 355-357. Vallejo Pareja, M. A. y Rodríguez Muñoz, M. F. (2022). Manual de terapia de conducta en la infancia (4.ª ed.). Dykinson. Cap. 10, pág. 442.

EN EL ATLAS

Tema B27 · Trastornos de la excreción: enuresis y encopresis. Se estudia con DSM-5-TR (Base) y Vallejo Infantil (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2018 · n.º 208, PIR 2025 · n.º 179

156

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B11 · Trastornos de ansiedad · Anulada

Anulada

El trastorno de ansiedad más prevalente en la infancia es:

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

Los manuales no coinciden en el trastorno de ansiedad infantil más prevalente, y la pregunta se anuló

El Ministerio **anuló** la pregunta; en la plantilla provisional la clave era la 2. El comentario de partida atribuye la anulación a que los manuales de psicopatología infantil dan datos contradictorios sobre la fobia específica, el trastorno de ansiedad por separación e incluso el de ansiedad generalizada. El corpus refleja esa discrepancia. Caballo y Simón recogen que, según el grupo de Bragado, el trastorno de ansiedad más prevalente en la infancia son las **fobias específicas**, especialmente las fobias a animales. Belloch, con datos del DSM-5, afirma que el **trastorno de ansiedad por separación** es el más prevalente en los niños menores de 12 años, y Wicks-Nelson lo considera probablemente uno de los trastornos de ansiedad **más frecuentes** en el niño.

1. Belloch lo da como el trastorno de ansiedad más prevalente en los menores de 12 años, con una prevalencia de 6-12 meses del 4 %. Vallejo y Rodríguez dan ese 4 % entre los 6 y los 12 años y un 1,6 % en adolescentes.
2. Clave provisional. Caballo y Simón recogen, con el estudio del grupo de Bragado, que las fobias específicas son el trastorno de ansiedad más prevalente en la infancia, sobre todo las fobias a animales.
3. El comentario de partida no lo cuenta entre los trastornos sobre los que discrepan los manuales.
4. Tampoco figura entre los trastornos que, según el comentario de partida, los manuales señalan como más prevalentes.
5. El comentario de partida lo menciona como tercer candidato en algunos manuales de referencia.

Ojo. Las fuentes no miden lo mismo. Belloch (2020) y Vallejo y Rodríguez (2022) hablan del TAS en menores de 12 años con datos del DSM-5; Caballo y Simón (2012) recogen un estudio español con escolares de 6 a 17 años; Valiente, Sandín y Chorot (2003, pág. 127) dan tasas medias en torno al 5 % para las fobias específicas y entre el 3,5 y el 13 % para el TAS. El comentario de partida citaba Caballo y Simón (2001, págs. 66 y 99) y Wicks-Nelson e Israel (2010, pág. 126).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 2, pág. 63. Caballo, V. E. y Simón, M. A. (dirs.) (2012). Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos generales. Pirámide. Cap. 2, pág. 66. Vallejo Pareja, M. A. y Rodríguez Muñoz, M. F. (2022). Manual de terapia de conducta en la infancia (4.ª ed.). Dykinson. Cap. 3, pág. 117. Valiente, R. M., Sandín, B. y Chorot, P. (2003). Miedos en la infancia y la adolescencia. UNED. Cap. 5, pág. 127. Wicks-Nelson, R. e Israel, A. C. (1997). Psicopatología del niño y del adolescente. Prentice Hall. Pág. 126.

EN EL ATLAS

Tema B11 · Trastornos de ansiedad. Se estudia con Belloch 2020 (Base) y Vallejo Infantil (Ampliación).

157

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B5 · Trastornos del sueño-vigilia

Respuesta correcta: 1

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

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

Los terrores nocturnos surgen del sueño lento profundo

El DSM-IV explica que los terrores nocturnos **comienzan en el sueño NREM profundo**, el de actividad EEG lenta (ondas delta). Esa actividad es más prevalente en las **fases 3 y 4**, que se concentran en el primer tercio de la noche, y por eso los terrores aparecen sobre todo en ese periodo. El DSM-5-TR lo mantiene con la nomenclatura actual: los trastornos del despertar se presentan con más frecuencia en el **sueño de ondas lentas**, y en el diferencial con las pesadillas sitúa los terrores en la **fase 3, llamada ahora sueño N3**.

1. Es lo que dice el DSM-IV: sueño NREM profundo, fases 3 y 4.
2. La fase 2 es sueño NREM ligero. Ni el DSM-IV ni el DSM-5-TR sitúan en ella los terrores.
3. El sueño REM es el de las pesadillas y el del trastorno del comportamiento del sueño REM.
4. La fase 1 es la transición de la vigilia al sueño.
5. Aunque el DSM-5-TR admite que los trastornos del despertar pueden darse en cualquier estadio del sueño no REM, predominan en el profundo y no ocurren durante el sueño REM.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Trastornos del sueño, terrores nocturnos, pág. 599.

EN EL ATLAS Tema B5 · Trastornos del sueño-vigilia. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2017 · n.º 69, PIR 2016 · n.º 93, PIR 2020 · n.º 91, PIR 2019 · n.º 112

158

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B27 · Trastornos de la excreción: enuresis y encopresis

Respuesta correcta: 2

La encopresis retentiva se caracteriza por:

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

La encopresis retentiva es el subtipo más frecuente

La encopresis se clasifica, según exista o no estreñimiento, en **retentiva** y **no retentiva**. En la retentiva hay una retención de las heces durante unas dos semanas que agranda el colon (**megacolon psicógeno**), con deposiciones por rebosamiento de escasa consistencia y cantidad. Vallejo y Rodríguez indican que este subtipo es el **más frecuente**, entre el **75 % y el 95 %** de los casos (Loening-Baucke, 1993). La no retentiva presenta una retención mucho más breve, de unos dos días, y suele asociarse a un aprendizaje defectuoso de hábitos. El DSM-5-TR recoge la misma división con los especificadores «con estreñimiento e incontinencia por desbordamiento» y «sin estreñimiento ni incontinencia por desbordamiento».

1. La ausencia de estreñimiento define la encopresis no retentiva, la que el DSM-5-TR especifica sin estreñimiento ni incontinencia por desbordamiento.
2. La retentiva comprende entre el 75 % y el 95 % de los casos.
3. Los manuales del corpus distinguen los subtipos por el estreñimiento y la duración de la retención, sin recurrir a la acomodación rectal.
4. El corpus no trata la percepción de la distensión rectal en la encopresis; la respuesta correcta se apoya en la frecuencia de los subtipos, que sí recogen Vallejo y Rodríguez.
5. Vallejo y Rodríguez solo mencionan el esfínter anal externo al describir el biofeedback electromiográfico, sin atribuir a ningún subtipo una menor capacidad contráctil.

Ojo. La fisiología de las opciones 3, 4 y 5 procede de la Guía de tratamientos psicológicos eficaces III (Pérez Álvarez et al., 2003, págs. 158-159), que no está en el corpus. El corpus solo menciona la musculatura anal al hablar del biofeedback, eficaz sobre todo en la encopresis retentiva vinculada a contracción puborrectal paradójica (Vallejo y Rodríguez, pág. 466).

Para fijarlo. Retentiva: estreñimiento, rebosamiento y tres de cada cuatro casos o más.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. y Rodríguez Muñoz, M. F. (2022). Manual de terapia de conducta en la infancia (4.ª ed.). Dykinson. Cap. 10, págs. 459 y 466. American Psychiatric Association (2023). DSM-5-TR. Panamericana. Encopresis, pág. 402. Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (coords.) (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces III. Infancia y adolescencia. Pirámide. Págs. 158-159 (no está en el corpus).

EN EL ATLAS

Tema B27 · Trastornos de la excreción: enuresis y encopresis. Se estudia con Vallejo Infantil (Base) y DSM-5-TR (Base).

159

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B11 · Trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 1

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

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

Las fobias resisten la extinción y no se ligan a una edad concreta

Belloch recoge los principios con que Seligman extendió la teoría de la preparación a las fobias, que son **selectivas**, de **fácil adquisición**, **resistentes a la extinción** e irracionales. La resistencia a la extinción es una de las propiedades más características de las fobias y los trastornos de ansiedad, porque no suelen extinguirse. En la infancia, Valiente, Sandín y Chorot prefieren la definición de **Miller, Barrett y Hampe (1974)**, que pone el énfasis en la naturaleza transitoria de los miedos evolutivos; para ellos la fobia persiste más allá de un periodo prolongado, es **desadaptativa** y no se asocia a una edad o etapa específica del desarrollo. Caballo y Simón añaden que el miedo fóbico lo provocan estímulos objetivamente inocuos.

1. La resistencia a la extinción es una de las propiedades más características de las fobias.
2. Son los miedos evolutivos los que se vinculan a la edad. Según Miller, Barrett y Hampe, la fobia no se asocia a una edad o etapa específica del desarrollo.
3. La fobia persiste más allá de un periodo prolongado de tiempo, y el intervalo mínimo exigido para diagnosticarla en la infancia varía desde 6 meses (APA, 2000) a 2 años.
4. La fobia es desadaptativa; su elevada intensidad deteriora la adaptación familiar, escolar o social del niño.
5. El miedo se considera fóbico cuando lo provocan estímulos objetivamente inocuos o que se hallan bajo control.

CONDICIONES DE UNA FOBIA SEGÚN MILLER, BARRETT Y HAMPE (1974)

Una fobia es una forma especial de miedo que implica las siguientes condiciones
No guarda proporción con el peligro real de la situación.
No puede ser explicado ni razonado.
Está fuera del control voluntario.
Lleva a evitar la situación temida.
Persiste más allá de un periodo prolongado de tiempo.
El miedo es desadaptativo.
No se asocia a una edad o etapa específica del desarrollo.

Fuente: Valiente, Sandín y Chorot (2003), cap. 1, págs. 23-24

Ojo. Estas propiedades valen para las fobias de cualquier edad, de modo que la opción 1 describe una característica general que también cumplen las infantiles. El comentario de partida citaba Belloch (2008, vol. II, pág. 97); en la edición de 2020 el dato está en el vol. II, pág. 40.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 2, pág. 40. Valiente, R. M., Sandín, B. y Chorot, P. (2003). Miedos en la infancia y la adolescencia. UNED. Cap. 1, págs. 22-24. Caballo, V. E. y Simón, M. A. (dirs.) (2012). Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos generales. Pirámide. Cap. 2, págs. 61-62.

EN EL ATLAS

Tema B11 · Trastornos de ansiedad. Se estudia con Belloch 2020 (Base) y Caballo y Simón (Consulta).

160

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B3 · Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos

Respuesta correcta: 3

La hipopotasemia es un síntoma fisiológico que típicamente puede presentarse:

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

Los vómitos autoinducidos pueden producir hipopotasemia en la anorexia nerviosa

Entre los hallazgos de laboratorio de la **anorexia nerviosa**, el DSM-IV recoge que los vómitos autoinducidos pueden producir **alcalosis metabólica**, hipocloremia e **hipopotasemia**, y que el abuso de laxantes produce acidosis metabólica. Son alteraciones ligadas a las purgas, por lo que aparecen sobre todo en el tipo que hoy se llama con atracones/purgas. La **bulimia nerviosa** comparte el mecanismo, y el DSM-IV cita la hipopotasemia entre las alteraciones hidroelectrolíticas que producen las purgas. El DSM-5-TR mantiene ambos datos en los marcadores diagnósticos de los dos trastornos.

1. El DSM liga la hipopotasemia a los vómitos y al abuso de laxantes o diuréticos, conductas que no forman parte de los trastornos del sueño.
2. Tampoco la describe como signo típico de las adicciones; la relaciona con las purgas de los trastornos alimentarios.
3. Es un hallazgo de laboratorio de la anorexia nerviosa cuando hay vómitos autoinducidos.
4. La bulimia cursa con hipopotasemia, pero también la anorexia con purgas, así que excluir la anorexia hace falsa la opción.
5. Los trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador, hoy repartidos entre el TDAH y los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta, no cursan con purgas.

Trampa. La opción 4 es cierta a medias: la bulimia cursa con hipopotasemia, pero el «no en la anorexia» la invalida.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Anorexia nerviosa, hallazgos de laboratorio, págs. 555-556; bulimia nerviosa, hallazgos de laboratorio, pág. 561.

EN EL ATLAS

Tema B3 · Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2022 · n.º 26, PIR 2022 · n.º 143

161

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B28 · Trastorno del espectro del autismo

Respuesta correcta: 1

El trastorno desintegrativo infantil se caracteriza por:

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

El trastorno desintegrativo infantil exigía al menos dos años de desarrollo aparentemente normal antes de la regresión

En el DSM-IV, la característica esencial del **trastorno desintegrativo infantil** era una **marcada regresión** en múltiples áreas de actividad tras un período de **por lo menos 2 años de desarrollo aparentemente normal**. La pérdida de habilidades se producía después de los 2 años y antes de los 10, al menos en dos áreas: lenguaje, habilidades sociales o comportamiento adaptativo, control vesical o intestinal, juego o habilidades motoras. Solía asociarse a **retraso mental grave**, hoy trastorno del desarrollo intelectual grave, y parecía más común en varones. Desde el DSM-5 ya no es un diagnóstico propio, porque queda dentro del **trastorno del espectro autista**.

1. Es el criterio A del DSM-IV, que exige al menos 2 años de desarrollo aparentemente normal antes de la regresión.
2. El DSM-IV dice que, aunque algunos estudios iniciales sugerían una proporción sexual equivalente, los datos más recientes lo hacen más común entre varones. El que solo se había diagnosticado en mujeres era el trastorno de Rett.
3. El trastorno suele asociarse a retraso mental grave, que el DSM-IV codificaba en el eje II.
4. La pérdida del lenguaje expresivo o receptivo es una de las áreas del criterio B, y el criterio C incluye la alteración cualitativa de la comunicación.
5. Un retraso presente desde el nacimiento contradice la definición, que exige un desarrollo aparentemente normal durante al menos los 2 primeros años.

> **Para fijarlo.** El trastorno de Rett da la cara hacia los 5 meses; el desintegrativo espera al menos dos años de normalidad.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Trastorno desintegrativo infantil, págs. 77-78; trastorno de Rett, pág. 76. American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno del espectro autista, págs. 53 y 55.

EN EL ATLAS Tema B28 · Trastorno del espectro del autismo. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2017 · n.º 105

162

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 4

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

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

La terapia cognitiva de las voces busca debilitar las creencias sobre su poder y su propósito

La terapia cognitiva de **Chadwick, Birchwood y Trower** parte de que el malestar emocional y las conductas dirigidas por las voces dependen de las **creencias del paciente** sobre el poder, la identidad y los propósitos de las voces, y trata de debilitarlas mediante el **desafío verbal** y la **prueba de realidad**. Belloch explica que entre esas creencias predominan las de **omnipotencia** y las de identidad y propósito, de las que se derivan las de malevolencia y benevolencia. En la versión grupal de Chadwick que describe Vallejo, el objetivo es debilitar las creencias sobre la omnipotencia de las voces e incrementar la sensación de control, y se dice a los pacientes que no se pretende librarles de las voces.

1. En la terapia grupal de Chadwick se dice a los pacientes que no se pretende librarles de las voces; el objetivo es debilitar las creencias sobre su omnipotencia.
2. Estas terapias trabajan las creencias acerca de las voces, y las técnicas de focalización piden incluso prestarles atención y registrarlas entre sesiones.
3. En el formato grupal de Chadwick se ofrece a los pacientes la oportunidad de compartir sus experiencias alucinatorias, lo contrario de ocultarlas.
4. La terapia intenta debilitar las creencias del paciente sobre el poder, la identidad y los propósitos de las voces.
5. Las creencias que trabaja esta terapia son las que el paciente mantiene sobre sus voces; la conciencia de enfermedad y la adherencia a la medicación son objeto de otras intervenciones.

Para fijarlo. Chadwick no apaga las voces; les quita el poder que el paciente les atribuye.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (coords.) (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos. Pirámide. Cap. 2 (Perona Garcelán, Cuevas Yust y Martínez López), apdo. 2.1 (edición digital sin paginación impresa). Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. II. Dykinson. Cap. 14 (Lemos Giráldez, Paíno, Vallina Fernández, Fernández Iglesias y Fonseca Pedrero, Esquizofrenia), págs. 980-984. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 6, págs. 180-181. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2019). Tratamientos psicológicos para la psicosis. Pirámide. Cap. 11, págs. 353-354.

EN EL ATLAS

Tema C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Se estudia con Vallejo Adultos 2012 (Base) y Fonseca Psicosis (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 132

163

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 3

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

1. Se intenta que la persona descubra todo aquello que ya nunca podrá hacer debido a sus capacidades.
2. Se instruye a la persona a que evite tomar decisiones por sí misma porque su trastorno le inhabilita para ello.
3. Se intenta que la persona descubra la mejor manera de realizar su vida pero aceptando y teniendo en cuenta sus capacidades. ✓
4. Se intenta que concentre todos sus esfuerzos es sus puntos fuertes y que ignore sus discapacidades.
5. Se instruye a la persona sobre el hecho de que sólo podrá conseguir sus metas si toma la medicación y hace psicoterapia.

El criterio protésico busca la mejor forma de que la persona ejerza sus roles pese a sus limitaciones

Rebolledo y Lobato resumen los principios del **enfoque psicoeducativo** en la esquizofrenia. Este enfoque trata de **dignificar** a la persona afectada, considerándola un sujeto de derecho, autónomo y con capacidad para dirigir su vida. Ante los episodios psicóticos se adopta un **criterio protésico**, en vez de un **juicio de inhabilitación**, es decir, se piensa cuál es la mejor forma de ayudar a la persona discapacitada para que ejerza sus roles sociales a pesar de sus minusvalías. Las actividades psicoeducativas usan métodos variados para superar las discapacidades cognitivas, y los fracasos deben atribuirse siempre al método utilizado y no a la psicopatología o a los deterioros.

1. Señalar lo que la persona nunca podrá hacer es propio del juicio de inhabilitación, que este enfoque sustituye por el criterio protésico.
2. El enfoque considera a la persona un sujeto autónomo y con capacidad para dirigir su vida, de modo que no se la instruye para que deje de decidir.
3. Es lo que propone el criterio protésico, buscar la mejor forma de que ejerza sus roles a pesar de sus limitaciones.
4. El criterio protésico parte de las discapacidades para compensarlas, por lo que ignorarlas contradice su sentido.
5. El manual plantea que todas las personas afectadas pueden organizar su comportamiento en función de metas de autocuidado si se les proporciona la información por medios adecuados a su comprensión.

Ojo. La expresión «criterio protésico» solo aparece en este capítulo de Caballo (2002) dentro del corpus. El comentario de partida lo citaba como Caballo (1997); el archivo del corpus es la 2.ª edición de 2002 y la página coincide.

Para fijarlo. Protésico: como una prótesis, se ayuda a hacer lo que la discapacidad dificulta.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Caballo, V. E. (dir.) (2002). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, vol. 1 (2.ª ed.). Siglo XXI. Cap. 20 (Rebolledo y Lobato, Psicoeducación para personas vulnerables a la esquizofrenia), pág. 657.

EN EL ATLAS

Tema C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Caballo 2002 no es fuente de este tema.

164 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 4

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

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

La representación de papeles es el modo más práctico de evaluar las habilidades sociales en la esquizofrenia

Mueser divide las habilidades sociales en **habilidades no verbales**, **características paralingüísticas**, **equilibrio interactivo** y **contenido verbal**. El equilibrio interactivo se refiere a cómo se entrelazan las respuestas durante una interacción o a su latencia, y a la cantidad de habla del paciente frente a su compañero de interacción; un equilibrio deficiente transmite falta de implicación. Para evaluar los déficits es mejor ir de lo general a lo específico, empezando por preguntas al paciente y a su entorno. Identificadas las áreas problema, la estrategia más práctica son las evaluaciones mediante la **representación de papeles**, interacciones sociales simuladas con un ayudante del terapeuta, que también dan la medida más fiable de los efectos del entrenamiento.

1. Las escalas de inteligencia no figuran entre los procedimientos que propone Mueser para detectar déficits de habilidades sociales.
2. Las preguntas al paciente y a su entorno sirven para identificar áreas generales de deterioro; la evaluación precisa de los déficits se hace después con la representación de papeles.
3. Las medidas psicofisiológicas no forman parte de las estrategias que describe el capítulo para evaluar las habilidades sociales.
4. Es la estrategia más práctica según Mueser, y la representación de papeles antes y después del entrenamiento es la medida más fiable de sus efectos.
5. Los inventarios de rasgos no figuran entre los procedimientos de Mueser, que se centran en conductas observables durante interacciones simuladas.

Ojo. El comentario de partida citaba Caballo (1997, pág. 615); el archivo del corpus es la 2.ª edición de 2002 y la página coincide.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Caballo, V. E. (dir.) (2002). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, vol. 1 (2.ª ed.). Siglo XXI. Cap. 19 (Mueser, Tratamiento cognitivo-conductual de la esquizofrenia), págs. 614-616.

EN EL ATLAS: Tema C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Caballo 2002 no es fuente de este tema.

165

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 4

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

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

La terapia de focalización expone gradualmente al paciente a sus voces en lugar de neutralizarlas

La **terapia de focalización** de Bentall, Haddock y Slade se dirige a las alucinaciones auditivas persistentes y busca reducir su frecuencia y el malestar asociado mediante una **exposición gradual** a distintos aspectos de las voces. Sus fases son la exposición a las **características físicas** de las voces, como el volumen, el tono o el género, la exposición a su **contenido**, la exposición a las **creencias y pensamientos** en torno a ellas y, por último, la exploración del **significado** que tienen las voces en relación con los eventos presentes y pasados de la vida del paciente. El objetivo es reformular las voces como un evento generado por el propio paciente.

1. Es la primera fase, la exposición a las características físicas de las voces, como el volumen, el tono o el género.
2. La última fase explora con el paciente el significado de las voces en relación con los eventos presentes de su vida.
3. Esa misma fase incluye los eventos pasados de la vida del paciente.
4. Ninguna fase pide neutralizar las voces centrándose en otras sensaciones; la terapia pide atender a ellas y exponerse a su contenido.
5. Exponerse a las creencias y pensamientos en torno a las voces es la tercera fase.

> **Trampa.** Cuatro opciones describen fases de exposición a las voces; la única ajena a la terapia propone apartar la atención de ellas.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (coords.) (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos. Pirámide. Cap. 2 (Perona Garcelán, Cuevas Yust y Martínez López), apdo. 2.3 (edición digital sin paginación impresa). Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2019). Tratamientos psicológicos para la psicosis. Pirámide. Cap. 11, págs. 353-354. Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. II. Dykinson. Cap. 14 (Lemos Giráldez, Paíno, Vallina Fernández, Fernández Iglesias y Fonseca Pedrero, Esquizofrenia), págs. 980-981.

EN EL ATLAS

Tema C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Se estudia con Vallejo Adultos 2012 (Base) y Fonseca Psicosis (Ampliación).

166

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 4

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

1 De la evaluación de síntomas.

2 De la evaluación del insight.

3 De la evaluación cognitiva.

4 De la evaluación familiar. ✓

5 De la evaluación racional-emotiva.

La emoción expresada se evalúa dentro de la evaluación familiar

La **emoción expresada** es una medida de las actitudes de los familiares hacia el paciente, cuyos componentes son el **criticismo**, la hostilidad y la **sobreimplicación emocional**. Penadés explica que tradicionalmente se valoraba mediante una entrevista a los familiares sobre el estado psicopatológico y la conducta del paciente, la **Camberwell Family Interview**. Fonseca-Pedrero incluye esta entrevista en el apartado de **ambiente familiar** de los instrumentos de evaluación del espectro psicótico, y la Guía de tratamientos eficaces sitúa los niveles de emoción expresada dentro del funcionamiento familiar. Las intervenciones familiares han probado reducir la carga y la emoción expresada de los familiares, además de las recaídas.

1 La evaluación de síntomas recoge la psicopatología del paciente, mientras que la emoción expresada mide las actitudes de sus familiares.

2 El insight o conciencia de enfermedad es una dimensión del propio paciente, ajena a las actitudes de la familia.

3 La evaluación cognitiva explora procesos del paciente, y la emoción expresada se obtiene entrevistando a los familiares.

4 La emoción expresada se mide con una entrevista a los familiares y figura en el apartado de ambiente o funcionamiento familiar.

5 Ninguna de las fuentes consultadas sitúa la emoción expresada en una evaluación racional-emotiva; todas la ligan a la familia.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Penadés, R., López-Santiago, J. y Belloch, A. (2024). Manual de tratamientos en psicología clínica. Guía práctica en adultos. McGraw-Hill. Cap. 20, pág. 505. Fonseca-Pedrero, E. (2018). Evaluación de los trastornos del espectro psicótico. Pirámide. Cap. 1, pág. 37, y tabla 1.4, pág. 58. Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (coords.) (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos. Pirámide. Cap. 1 (Vallina Fernández y Lemos Giráldez), apdo. 5 (edición digital sin paginación impresa). Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. II. Dykinson. Cap. 14 (Lemos Giráldez, Paíno, Vallina Fernández, Fernández Iglesias y Fonseca Pedrero, Esquizofrenia), pág. 962.

EN EL ATLAS

Tema C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Se estudia con Vallejo Adultos 2012 (Base) y Penadés (Ampliación).

167

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Respuesta correcta: 5

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

1. Diferenciación cognitiva.
2. Solución de problemas interpersonales.
3. Percepción social.
4. Habilidades sociales.
5. Manejo y control del estrés. ✓

La terapia psicológica integrada tiene cinco subprogramas, y el manejo del estrés no es uno de ellos

La **terapia psicológica integrada** (IPT) de Brenner, Roder y colaboradores es el programa más utilizado y probado en pacientes con esquizofrenia, una intervención grupal de orientación conductual con cinco subprogramas. Los tres primeros, **diferenciación cognitiva**, **percepción social** y **comunicación verbal**, forman el bloque de rehabilitación cognitiva y se dirigen a los déficits en las funciones cognitivas básicas, atención, percepción y memoria. Los dos últimos, **entrenamiento en habilidades sociales** y **solución de problemas interpersonales**, forman el bloque de entrenamiento en competencia social. Fonseca-Pedrero añade que los módulos se aplican de menor a mayor carga emocional.

1. La diferenciación cognitiva es el primer subprograma, dentro del bloque de rehabilitación cognitiva.
2. La solución de problemas interpersonales es el último subprograma, del bloque de entrenamiento en competencia social.
3. La percepción social es el segundo subprograma del bloque de rehabilitación cognitiva.
4. El entrenamiento en habilidades sociales es el cuarto subprograma.
5. El manejo y control del estrés no figura entre los cinco subprogramas de la IPT.

BLOQUES Y SUBPROGRAMAS DE LA TERAPIA PSICOLÓGICA INTEGRADA (IPT)

Bloque	Subprogramas
Rehabilitación cognitiva	Diferenciación cognitiva, percepción social y comunicación verbal
Entrenamiento en competencia social	Entrenamiento en habilidades sociales y solución de problemas interpersonales

Fuente: Vallejo Pareja (2012), vol. II, cap. 14, apdo. 5.4, pág. 968

Para fijarlo. Primero se entrenan la atención y la percepción, después la conversación y, al final, la vida social.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. II. Dykinson. Cap. 14 (Lemos Giráldez, Paíno, Vallina Fernández, Fernández Iglesias y Fonseca Pedrero, Esquizofrenia), apdo. 5.4, pág. 968. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2019). Tratamientos psicológicos para la psicosis. Pirámide. Cap. 11, pág. 354. Penadés, R., López-Santiago, J. y Belloch, A. (2024). Manual de tratamientos en psicología clínica. Guía práctica en adultos. McGraw-Hill. Cap. 20, cuadro 20.3, pág. 499. Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (coords.) (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos. Pirámide. Cap. 1 (Vallina Fernández y Lemos Giráldez), apdo. 5, tabla 1.9 (edición digital sin paginación impresa).

EN EL ATLAS

Tema C18 · Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Se estudia con Vallejo Adultos 2012 (Base) y Fonseca Psicosis (Ampliación).

168

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F24 · Terapia Dialéctico-Conductual (TDC)

Respuesta correcta: 4

Una de las aportaciones más importantes e innovadores de la terapia dialéctica comportamental en el tratamiento del trastorno de la personalidad límite (TPL) es:

1. La integración de la perspectiva psicodinámica y la perspectiva comportamental.
2. La incorporación de la terapia de grupo.
3. La introducción de material escrito para los pacientes como apoyo a la terapia.
4. El énfasis en la aceptación y validación como prerrequisito para conseguir el cambio. ✓
5. El tratamiento de los pacientes con TLP en el marco de la terapia familiar.

La terapia dialéctico-conductual hace de la aceptación y la validación las condiciones del cambio

Linehan concluyó que la falta de éxito de las intervenciones con personas con **trastorno de la personalidad límite** se debía al exceso de presión para que cambiaran. Por eso la **terapia dialéctico-conductual** (TDC) añade a la tradición de la terapia de conducta procedimientos de **aceptación**. Díaz, Ruiz y Villalobos señalan como aspecto diferenciador respecto de la terapia cognitivo-conductual tradicional la importancia que se da a la aceptación y a la **validación** de la conducta, y recogen que, según Linehan, la aceptación y la validación son las **condiciones esenciales para que se produzca el cambio**. El principio dialéctico fundamental de la TDC es el que se establece entre cambio y aceptación.

1. La TDC combina la tradición de la terapia de conducta con la filosofía budista para fomentar la aceptación de las emociones.
2. La TDC combina terapia individual y entrenamiento grupal en habilidades, pero el manual sitúa su rasgo diferenciador en la aceptación y la validación.
3. Linehan ha elaborado sus propios materiales para el entrenamiento, pero los aspectos que diferencian la TDC de la terapia tradicional son otros.
4. Según Linehan, la aceptación y la validación son las condiciones esenciales para el cambio.
5. La TDC trabaja para que sea el propio paciente quien haga el ajuste; Morejón señala que no interviene en la familia para que esta se ajuste al usuario.

Para fijarlo. Primero «te entiendo», después «cambiemos»: en la TDC la validación abre la puerta al cambio.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 11, apdo. 4, págs. 571-572. Rodríguez Morejón, A. (2019). Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas. Herder. Cap. 22, págs. 384, 387 y 389.

EN EL ATLAS

Tema F24 · Terapia Dialéctico-Conductual (TDC. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base) y Morejón (Ampliación).

169

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F24 · Terapia Dialéctico-Conductual (TDC)

Respuesta correcta: 1

El modelo terapéutico que introduce el entrenamiento en mindfulness como parte de las estrategias terapéuticas a utilizar para los trastornos de la personalidad es:

1. La terapia dialéctica comportamental. ✓
2. La terapia interpersonal.
3. La terapia de mentalización.
4. La terapia icónica.
5. La terapia cognitiva.

La terapia dialéctico-conductual introdujo el mindfulness en el tratamiento de los trastornos de la personalidad

La **terapia dialéctico-conductual** (TDC) de Linehan utiliza estrategias de las terapias cognitivo-conductuales clásicas, como la solución de problemas, la exposición, la formación de habilidades, la gestión de contingencias y la modificación cognitiva, y las une al cultivo de la **aceptación** y a la práctica de **mindfulness**, integrando prácticas espirituales y psicológicas orientales. La autora partía de su entrenamiento en la práctica contemplativa y **Zen**. Morejón la considera **pionera** a la hora de introducir en psicoterapia la filosofía budista a través de las técnicas de mindfulness, que en el entrenamiento en habilidades son las primeras en enseñarse.

1. Es la terapia que une las técnicas cognitivo-conductuales clásicas al cultivo de la aceptación y la práctica de mindfulness.
2. La terapia interpersonal se centra en cuatro áreas problemáticas de la vida relacional, el duelo, las disputas interpersonales, las transiciones de rol y los déficits interpersonales.
3. La terapia basada en la mentalización busca incrementar la capacidad de dar sentido a la conducta propia y ajena en términos de estados mentales, mediante la activación de los esquemas de apego.
4. La «terapia icónica» no figura entre los tratamientos de los trastornos de la personalidad que recogen los manuales del corpus.
5. La terapia cognitiva de Beck trabaja con auto-registros y descubrimiento guiado para detectar y cuestionar pensamientos, distorsiones y creencias.

Ojo. El comentario de partida citaba Ruiz, Díaz y Villalobos (2012, pág. 537); en la edición de 2017 el texto está en la pág. 574.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 11, apdo. 4, págs. 570, 574 y 577; cap. 8, pág. 407. Rodríguez Morejón, A. (2019). Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas. Herder. Cap. 22, pág. 386; cap. 30, pág. 491. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 19, apdo. 2.2, pág. 557.

EN EL ATLAS

Tema F24 · Terapia Dialéctico-Conductual (TDC. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base) y Morejón (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 98

170 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C19 · Tratamientos de los trastornos de la personalidad Anulada

Anulada

La orientación teórica de la Terapia Basada en la Metalización para los trastornos de la personalidad es:

1. Cognitiva.
2. Psicodinámica.
3. Humanista.
4. Sistémica.
5. Comportamental.

La terapia basada en la mentalización tiene origen psicodinámico, y la pregunta se anuló por una errata

El Ministerio **anuló** la pregunta. El comentario de partida atribuye la anulación a una errata del enunciado, que dice «Metalización» en lugar de **«Mentalización»**, y añade que, bien escrita, la respuesta sería la 2. El corpus respalda esa orientación. Belloch sitúa la **terapia basada en la mentalización** entre las intervenciones que surgen de **modelos psicodinámicos**. Penadés la incluye en el grupo de las psicoterapias psicodinámicas académicas, y Díaz-Garrido precisa que nace de la psicoterapia psicodinámica más académica, aunque se ha desarrollado integrando técnicas de otros modelos, como el cognitivo. Fonseca-Pedrero la define por su objetivo, incrementar la **capacidad de mentalización** mediante la activación de los esquemas de apego.

1. Díaz-Garrido recoge que el modelo integra técnicas de otros modelos, como el cognitivo, aunque su origen es psicodinámico.
2. Es la orientación que le atribuyen Belloch, Penadés y Díaz-Garrido, y la respuesta que el comentario de partida daría por buena.
3. Las fuentes consultadas la sitúan en la tradición psicodinámica, sin relacionarla con la humanista.
4. Las fuentes consultadas tampoco la ligan a la terapia sistémica.
5. Su desarrollo procede de la psicoterapia psicodinámica académica, al margen de la terapia de conducta.

Ojo. El comentario de partida da la 2 como la respuesta que valdría si el enunciado estuviera bien escrito, pero no como clave provisional de la plantilla; por eso no se registra clave provisional. Citaba el Tratado de Belloch y Fernández-Álvarez (2010, pág. 317), que no está en el corpus.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. II. McGraw-Hill. Cap. 14, pág. 455. Penadés, R., López-Santiago, J. y Belloch, A. (2024). Manual de tratamientos en psicología clínica. Guía práctica en adultos. McGraw-Hill. Cap. 3, pág. 35. Díaz-Garrido, J. A., Al-Halabí, S., Cangas, A. J. y Rodríguez-Otero, F. (coords.) (2024). Tratamientos psicológicos en los trastornos de la personalidad, vol. II. Aproximación a modelos terapéuticos. Pirámide. Cap. 16 (Tratamiento basado en la mentalización), pág. 302. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 19, apdo. 2.2, pág. 557. Belloch, A. y Fernández-Álvarez, H. (2010). Tratado de trastornos de la personalidad. Síntesis. Pág. 317 (no está en el corpus).

EN EL ATLAS

Tema C19 · Tratamientos de los trastornos de la personalidad. Se estudia con Fonseca Adultos (Base) y Díaz-Garrido (Consulta).

171 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C19 · Tratamientos de los trastornos de la personalidad

Respuesta correcta: 5

La Terapia Interpersonal Reconstructiva de Benjamin incluye como uno de los aspectos más relevantes en el tratamiento de los trastornos de la personalidad:

1. La terapia cognitiva.
2. La terapia de grupo.
3. La terapia de exposición.
4. La solución de problemas emocionales.
5. El análisis estructural de la conducta social. ✓

La terapia reconstructiva de Benjamin se apoya en el análisis estructural de la conducta social

Lorna S. **Benjamin** desarrolló el **análisis estructural de la conducta social** (SASB), un modelo de estructura circular o circumplejo que, según el comentario de partida, busca integrar el comportamiento social, las relaciones de objeto y la psicología del sí mismo en un modelo unificado. Sobre él construyó la **terapia interpersonal reconstructiva** (IRT), pensada para casos refractarios. Díaz-Garrido cita el modelo de análisis estructural de la conducta social de Benjamin entre los modelos circumplejos de la personalidad, junto con el de Wiggins, y la IRT entre los tratamientos de los trastornos de la personalidad menos difundidos en nuestro país.

1. La terapia cognitiva es otra tradición de tratamiento; las descripciones de la IRT que recoge el corpus la apoyan en el modelo interpersonal de Benjamin.
2. El formato grupal no figura como rasgo definitorio de la IRT en el corpus, que la asocia al análisis estructural de la conducta social.
3. La exposición pertenece a la tradición conductual y no aparece en las descripciones de la IRT que recoge el corpus.
4. La «solución de problemas emocionales» no figura como componente de la IRT en las fuentes consultadas.
5. El análisis estructural de la conducta social es el modelo de Benjamin en el que se apoya su terapia.

Ojo. El corpus solo menciona la IRT y el SASB de pasada (Díaz-Garrido, vol. I, pág. 49, y vol. II, pág. 266). La respuesta correcta se sostiene con el Tratado de Belloch y Fernández-Álvarez (2010, cap. 6), que cita el comentario de partida y no está en el corpus.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Díaz-Garrido, J. A., Al-Halabí, S., Cangas, A. J. y Rodríguez-Otero, F. (coords.) (2024). Tratamientos psicológicos en los trastornos de la personalidad, vol. I. Pirámide. Cap. 1, pág. 49. Díaz-Garrido, J. A., Al-Halabí, S., Cangas, A. J. y Rodríguez-Otero, F. (coords.) (2024). Tratamientos psicológicos en los trastornos de la personalidad, vol. II. Aproximación a modelos terapéuticos. Pirámide. Cap. 14 (Psicoterapia focalizada en la transferencia), pág. 266. Belloch, A. y Fernández-Álvarez, H. (2010). Tratado de trastornos de la personalidad. Síntesis. Cap. 6 (no está en el corpus).

EN EL ATLAS

Tema C19 · Tratamientos de los trastornos de la personalidad. Se estudia con Díaz-Garrido (Consulta).

172

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C19 · Tratamientos de los trastornos de la personalidad

Respuesta correcta: 2

Señale la respuesta correcta respecto al tratamiento del trastorno esquizotípico de la personalidad:

1. El programa de tratamiento con mayor apoyo empírico para este trastorno es la terapia basada en la mentalización.
2. Pueden ser útiles estrategias terapéuticas que se utilizan para la esquizofrenia, dada la notable relación entre dos entidades clínicas. ✓
3. El foco de tratamiento es la impulsividad característica de este trastorno.
4. El programa que más apoyo empírico ha recibido para este trastorno es la terapia dialéctica comportamental.
5. Para el tratamiento de este trastorno se utilizan las estrategias terapéuticas que se aplican al trastorno obsesivo-compulsivo.

En el trastorno esquizotípico pueden servir estrategias que se usan en la esquizofrenia

Caballo señala que no parece haber muchos estudios empíricos sobre el tratamiento sistemático del **trastorno esquizotípico de la personalidad**. Desde el enfoque cognitivo-conductual propone el **entrenamiento en habilidades sociales** y el **manejo del estrés**, y añade que pueden ser útiles **estrategias terapéuticas y fármacos utilizados para la esquizofrenia**, dada la notable relación entre estas dos entidades clínicas. Así, Stone enfatiza el entrenamiento en habilidades sociales dirigido a modificar la hostilidad y la antipatía de estos sujetos, su forma de vestir, su forma de hablar y sus hábitos extraños. En la versión de 2004 del capítulo, Caballo añade que los **neurolépticos a dosis bajas** mejoran algunos síntomas.

1. La evidencia sobre la terapia basada en la mentalización que recoge Fonseca-Pedrero procede de ensayos con el trastorno límite de la personalidad.
2. Es lo que recoge Caballo, dada la notable relación entre el trastorno esquizotípico y la esquizofrenia.
3. El trastorno se caracteriza por déficits sociales e interpersonales, distorsiones cognitivas o perceptivas y excentricidades de la conducta, sin la impulsividad como foco.
4. Fonseca-Pedrero advierte que muchas afirmaciones sobre los trastornos de la personalidad deberían referirse en realidad al trastorno límite, que es donde se concentra la evidencia de la TDC.
5. Las estrategias que propone el manual son el entrenamiento en habilidades sociales, el manejo del estrés y las que se usan en la esquizofrenia, sin mención a las del trastorno obsesivo-compulsivo.

Ojo. El comentario de partida citaba Caballo (2004, pág. 104). El mismo texto está en Caballo (1998, vol. 2, pág. 515), que es Consulta del tema C19. La Base del tema no trata el tratamiento del trastorno esquizotípico.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Caballo, V. E. (dir.) (1998). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, vol. 2. Siglo XXI. Cap. 16 (Caballo, Tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de personalidad), págs. 514-515. Caballo, V. E. (coord.) (2004). Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento. Síntesis. Cap. 4, págs. 104-105. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 19, tabla 19.4, pág. 559, y pág. 564.

EN EL ATLAS

Tema C19 · Tratamientos de los trastornos de la personalidad. Se estudia con Fonseca Adultos (Base) y Caballo 1998 (Consulta).

173

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C4 · Tratamientos de los trastornos alimentarios y de la ingestión

Respuesta correcta: 1

Junto a la Terapia Cognitiva Conductual ¿qué otra aproximación terapéutica ha mostrado consistentemente ser un tratamiento eficaz para la bulimia nerviosa?:

1 La psicoterapia interpersonal. ✓

2 La terapia de mentalización.

3 La terapia de exposición en imaginación.

4 La economía de fichas.

5 La terapia de esquemas.

La terapia interpersonal es la alternativa a la TCC con más apoyo en la bulimia nerviosa

El tratamiento de elección para la **bulimia nerviosa** es la **terapia cognitivo-conductual**. Saldaña recoge en la Guía de tratamientos eficaces que la **terapia interpersonal** se ha mostrado tan eficaz a largo plazo como la TCC, aunque la considera un tratamiento **probablemente eficaz** porque los estudios proceden casi solo del equipo de Fairburn. Fonseca-Pedrero la recoge como alternativa en la bulimia, con un nivel de evidencia 2+ y un grado de recomendación C, y Belloch la cita entre los tratamientos indicados, aunque con un menor nivel de eficacia que la TCC.

1 Es la alternativa a la TCC que recogen la Guía de tratamientos eficaces, Fonseca-Pedrero y Belloch.

2 La terapia basada en la mentalización se ha estudiado en los trastornos de la personalidad; no figura entre los tratamientos de la bulimia de las fuentes consultadas.

3 La exposición en imaginación no figura entre los tratamientos recomendados para la bulimia en las fuentes consultadas.

4 La economía de fichas tampoco aparece entre las alternativas para la bulimia que recogen las fuentes consultadas.

5 La terapia de esquemas no figura entre las alternativas que recogen Fonseca-Pedrero, Belloch y la Guía.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (coords.) (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos. Pirámide. Cap. 4 (Saldaña García), apdo. 4 (edición digital sin paginación impresa). Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 16, págs. 490 y 495 (tabla 16.5). Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 13, pág. 434.

EN EL ATLAS

Tema C4 · Tratamientos de los trastornos alimentarios y de la ingestión. Se estudia con Fonseca Adultos (Base).

174

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B3 · Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos

Respuesta correcta: 1

Respecto de la Anorexia Nerviosa cabe afirmar que:

1. Aunque se consiga estabilizar el peso, las pacientes siguen presentando una psicopatología considerable. ✓
2. La tasa de suicidio es del 15%.
3. Los síntomas comorbidos más frecuentes son los obsesivos.
4. Los/as purgantes presentan menos gravedad psicopatológicas que los/as restrictivas.
5. El tratamiento psicofarmacológico de elección es el tratamiento farmacológico por sí solo.

Aunque se estabilice el peso, la anorexia deja una psicopatología considerable

Belloch (2008) recoge que los estudios de seguimiento de la **anorexia nerviosa** muestran una **tasa estandarizada de mortalidad** seis veces mayor de lo esperado, con una **tasa de suicidio del 3 %**, segunda causa de muerte después de la desnutrición. Esos estudios señalan también que, aunque se consiga una **estabilización del peso**, las pacientes siguen presentando una **psicopatología considerable** en torno a la preocupación por el peso y la forma corporales, con patrones anómalos de alimentación. La edición de 2020 mantiene el suicidio como segunda causa de muerte y destaca la comorbilidad con trastornos depresivos y ansiosos.

1. Es lo que muestran los estudios de seguimiento que recoge Belloch (2008).
2. Belloch (2008) da una tasa de suicidio del 3 %; la edición de 2020 lo sitúa como segunda causa de muerte, sin esa cifra.
3. La comorbilidad es sobre todo con trastornos depresivos y ansiosos, y entre un 66 % y un 81 % de las pacientes experimentan depresión mayor a lo largo de la vida.
4. Belloch (2008) atribuye al subtipo bulímico o purgativo mayor impulsividad, reacciones distímicas frecuentes, mayor labilidad emocional y más conductas adictivas que al restrictivo.
5. Belloch (2020) afirma que no existe ningún fármaco eficaz para la sintomatología principal, y Fonseca-Pedrero que el tratamiento farmacológico no debe usarse como tratamiento único.

Ojo. El dato de la psicopatología residual tras estabilizar el peso solo está en la 2.ª edición de Belloch (2008, vol. I, pág. 407). La edición de 2020 (vol. I, pág. 424) ya no lo recoge y da otra cifra de mortalidad, una tasa estandarizada entre el 11,5 % y el 14 % para las personas con anorexia de 15 a 44 años.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). Manual de psicopatología (2.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 15, págs. 406-407. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 13, págs. 424-425 y 434. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 16, pág. 489.

EN EL ATLAS

Tema B3 · Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. Se estudia con Belloch 2020 (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 110, PIR 2025 · n.º 99

175

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C17 · Tratamientos de los trastornos de síntomas somáticos

Respuesta correcta: 2

¿En qué consiste el programa cognitivo-educativo de Barsky y colaboradores para el tratamiento de la hipocondría?:

1. En exponerse a la visión de fotografías o vídeos sobre enfermedades y las visitas a enfermos y hospitales.
2. En aprender sobre la percepción de síntomas físicos y sobre los factores psicológicos que amplifican el malestar somático. ✓
3. En hacerse consciente de la función de los síntomas somáticos como mecanismos de manifestación de conflictos subyacentes.
4. En identificar los patrones de funcionamiento familiar que refuerzan la conducta sintomática.
5. En proporcionar de manera reiterada explicaciones médicas tranquilizadoras sobre los síntomas físicos.

El programa de Barsky enseña cómo se perciben los síntomas y qué los amplifica

Barsky y colaboradores conciben la **hipocondría** como un trastorno caracterizado por un **estilo somático amplificador**. Su terapia **cognitivo-educativa** tiene como meta aprender acerca de la naturaleza, la percepción y el informe de los síntomas físicos y acerca de los **factores psicológicos que amplifican el malestar somático**, mejorar la capacidad de afrontamiento y reducir la limitación funcional más que eliminar los síntomas. Se presenta como un **curso** grupal, con una relación semejante a la de profesor y alumno, que analiza el papel de la atención, la reatribución de síntomas benignos, el contexto situacional y el papel del afecto y los conflictos de dependencia. Fonseca-Pedrero clasifica la psicoeducación en la hipocondría con un nivel de evidencia 2+.

1. Exponerse a estímulos relacionados con la enfermedad corresponde a programas conductuales como el de Warwick y Marks, que usaron la exposición en vivo a los estímulos temidos.
2. Es la meta del programa cognitivo-educativo de Barsky.
3. Interpretar los síntomas como expresión de conflictos subyacentes es un planteamiento psicodinámico; el programa los trata como sensaciones amplificadas por la atención, el contexto y el afecto.
4. Los patrones de funcionamiento familiar son objeto de las terapias sistémicas; el programa de Barsky trabaja en grupo sobre la percepción de los síntomas.
5. Las explicaciones tranquilizadoras reiteradas forman parte del problema; el programa de Warwick y Salkovskis incluye la prevención de la búsqueda de información tranquilizadora.

> **Para fijarlo.** Barsky da un curso: el hipocondríaco aprende cómo su atención sube el volumen de las sensaciones.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (coords.) (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos. Pirámide. Cap. 15 (Fernández Martínez y Fernández Rodríguez), apdo. 3 (edición digital sin paginación impresa). Caballo, V. E. (dir.) (2002). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, vol. 1 (2.ª ed.). Siglo XXI. Cap. 12 (Botella y Martínez, Tratamiento cognitivo-conductual de la hipocondría), págs. 365-368. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 15, tabla 15.2, pág. 468.

EN EL ATLAS

Tema C17 · Tratamientos de los trastornos de síntomas somáticos. Se estudia con Fonseca Adultos (Base) y Guía de tratamientos eficaces I (Consulta).

176

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C17 · Tratamientos de los trastornos de síntomas somáticos

Respuesta correcta: 4

¿Qué procedimiento forma parte del programa de intervención cognitivo-conductual para la hipocondría propuesto por Warwick y Salkovskis?:

1 La desensibilización sistemática en imaginación para extinguir el temor a las sensaciones interoceptivas.

2 La detención del pensamiento para bloquear los pensamientos intrusivos sobre la enfermedad.

3 El entrenamiento en mindfulness para reducir la aparición de sensaciones corporales molestas.

4 La prevención de respuesta para reducir las conductas de comprobación corporal y de búsqueda de información tranquilizadora. ✓

5 La resolución de los conflictos subyacentes relacionados con la culpa y las necesidades de dependencia.

Warwick y Salkovskis previenen las comprobaciones corporales y la búsqueda de tranquilización

Warwick y Salkovskis formulan la **hipocondría** como un trastorno cuyo componente nuclear es la **interpretación catastrófica** de las sensaciones y signos corporales. Su programa ayuda al paciente a detectar y cambiar los pensamientos automáticos negativos, las creencias desadaptativas sobre la salud y las conductas problemáticas, con cinco elementos, la obtención del compromiso del paciente, la autoobservación de los episodios de ansiedad por la salud, la **reatribución de los síntomas**, el **cambio de las conductas desadaptativas** y la modificación de las creencias disfuncionales. En el cambio de conductas se utiliza la **prevención de las conductas de verificación** del estado corporal y de búsqueda de información tranquilizadora, junto con la retirada de la atención a las preguntas y comentarios sobre los síntomas.

1 La desensibilización sistemática en imaginación no figura entre los cinco elementos del programa.

2 La detención del pensamiento no forma parte del programa, que modifica los pensamientos negativos mediante la reatribución y los experimentos conductuales.

3 El entrenamiento en mindfulness no figura entre los cinco elementos del programa.

4 Es parte del cuarto elemento, el cambio de las conductas desadaptativas.

5 Resolver conflictos subyacentes es un objetivo psicodinámico; el programa trabaja sobre interpretaciones, creencias y conductas actuales.

Ojo. El comentario de partida citaba Caballo (1997, pág. 368); el archivo del corpus es la 2.ª edición de 2002 y la página coincide.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Caballo, V. E. (dir.) (2002). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, vol. 1 (2.ª ed.). Siglo XXI. Cap. 12 (Botella y Martínez, Tratamiento cognitivo-conductual de la hipocondría), págs. 367-368. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 15, pág. 460.

EN EL ATLAS: Tema C17 · Tratamientos de los trastornos de síntomas somáticos. Se estudia con Fonseca Adultos (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 157

177 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C13 · Tratamientos del TOC y trastornos relacionados

Respuesta correcta: 3

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

1 Psicoeducación.

2 Exposición.

3 Entrenamiento en solución de problemas. ✓

4 Reestructuración cognitiva.

5 Prevención de respuesta.

El programa de Rosen combina educación, exposición, reestructuración y prevención de respuesta

Rosen describe un programa **cognitivo-conductual** para el **trastorno dismórfico corporal** que se aplica una vez a la semana durante unos dos meses. Su esquema empieza con la **educación** sobre la imagen corporal y sobre los factores que causan y mantienen el trastorno. Sigue con el autorregistro, la jerarquía de áreas corporales perturbadoras y la **exposición** a la propia apariencia, primero en el espejo y luego en situaciones de reto. Incorpora la **reestructuración cognitiva** de las suposiciones desadaptativas sobre la apariencia y la **prevención de la respuesta** del comportamiento excesivo sobre la imagen corporal, y termina preparando la terminación y los acontecimientos que podrían desencadenar una recaída.

1 La primera sesión se dedica a la educación sobre la imagen corporal y sobre el trastorno.

2 La exposición a la apariencia, primero en el espejo y luego en situaciones de reto, ocupa buena parte de las sesiones.

3 La solución de problemas no aparece en el esquema del programa.

4 La reestructuración cognitiva de las suposiciones desadaptativas sobre la apariencia se trabaja desde la cuarta sesión.

5 La prevención de la respuesta del comportamiento excesivo sobre la imagen corporal empieza en la séptima sesión.

Ojo. El comentario de partida citaba Caballo (1997, pág. 406) y describía el programa del grupo de Raich; el esquema completo del programa de Rosen está en el apéndice 1 de la edición de 2002 (pág. 437).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Caballo, V. E. (dir.) (2002). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, vol. 1 (2.ª ed.). Siglo XXI. Cap. 13 (Rosen, Tratamiento cognitivo-conductual para el trastorno dismórfico corporal), págs. 415-416 y apéndice 1, pág. 437.

EN EL ATLAS

Tema C13 · Tratamientos del TOC y trastornos relacionados. Caballo 2002 no es fuente de este tema.

178

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C7 · Tratamientos de las adicciones a sustancias

Respuesta correcta: 1

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

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

El modelo de prevención de recaídas más conocido es el de Marlatt y Gordon

Becoña señala que el modelo de **prevención de la recaída** más conocido, mejor elaborado y con buen apoyo empírico es el de **Marlatt**, elaborado a partir de su experiencia con personas alcohólicas. Asume que los procesos de abandono son distintos de los del mantenimiento, que la prevención tiene más éxito cuando el cliente actúa como su propio terapeuta una vez finalizado el tratamiento y que la recaída y la recuperación son un **proceso continuo** y no el punto final o el fracaso del tratamiento. Fonseca-Pedrero considera el modelo de Marlatt y Gordon (1985) un tratamiento de **primera elección** dada su eficacia demostrada, y Penadés recoge su reformulación de 2004 como modelo dinámico de la recaída.

1. Es el modelo más conocido, mejor elaborado y con buen apoyo empírico, según Becoña.
2. Miller y Rollnick desarrollaron la entrevista motivacional, un programa para conseguir o incrementar la motivación para el cambio.
3. Beck y Ellis no figuran entre los autores de modelos de prevención de recaídas que recogen los manuales.
4. Sobell y Sobell son los autores de un programa de beber controlado para bebedores problema.
5. Hunt y Azrin desarrollaron la aproximación de reforzamiento comunitario, un programa operante comprensivo para alcohólicos.

> **Ojo.** La edición de 2023 atribuye el modelo «a Marlatt» (vol. II, pág. 51); la de 2012 (vol. II, pág. 133), Fonseca-Pedrero y Penadés lo dan como de Marlatt y Gordon (1985).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. II. Dykinson. Cap. 1 (Becoña Iglesias, Alcoholismo), pág. 51. Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. II. Dykinson. Cap. 2 (Becoña Iglesias, Alcoholismo), págs. 127, 133-135 y 138. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 17, apdo. 2.1.5, pág. 537. Penadés, R., López-Santiago, J. y Belloch, A. (2024). Manual de tratamientos en psicología clínica. Guía práctica en adultos. McGraw-Hill. Cap. 26, págs. 642-643.

EN EL ATLAS

Tema C7 · Tratamientos de las adicciones a sustancias. Se estudia con Fonseca Adultos (Base) y Penadés (Ampliación).

179

PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y DE LA ENFERMEDAD

D9 · Tabaco

Respuesta correcta: 1

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

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

El fumar señalizado es un procedimiento de autocontrol para reducir el consumo de tabaco

Gil Roales-Nieto y Gil Luciano incluyen el **fumar señalizado** entre los **procedimientos de autocontrol** para la conducta de fumar. Lo idearon a comienzos de los años setenta investigadores de la Harvard Medical School, partiendo de que el consumo de tabaco depende de **señales** asociadas a actividades, situaciones o lugares de la vida cotidiana del fumador, como conducir o tomar café. El procedimiento pretende **extinguir la relación funcional** entre fumar y esas señales, haciendo que la conducta quede bajo el control de una señal auditiva ajena a la vida cotidiana. Como los dispositivos pueden programarse con intervalos cada vez mayores, lleva implícita una **reducción gradual** de los cigarrillos diarios.

1. Los autores lo clasifican entre los procedimientos de autocontrol para dejar de fumar.
2. El procedimiento surgió a comienzos de los años setenta, antes de las terapias de tercera generación.
3. Las técnicas aversivas, como el fumar rápido, forman otro grupo; el fumar señalizado figura entre los procedimientos de autocontrol.
4. La hipnosis no interviene en este procedimiento, que se basa en el control de la conducta de fumar por una señal.
5. El mindfulness no forma parte del procedimiento, que manipula las señales que controlan la conducta de fumar.

Ojo. Amigo (2020, cap. 6), Base del tema D9, no describe el fumar señalizado (búsqueda en el texto descifrado de todo el libro), y Fonseca-Pedrero (cap. 17) tampoco lo recoge entre las técnicas para el tabaquismo; el procedimiento solo está en Vallejo (2012).

Para fijarlo. Fumar señalizado: el cigarrillo deja de depender del café y pasa a depender de un pitido al azar.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. II. Dykinson. Cap. 1 (Gil Roales-Nieto y Gil Luciano, Tabaquismo), apdo. 4.2.5, págs. 45 y 52-54.

EN EL ATLAS: Tema D9 · Tabaco. Vallejo Adultos 2012 no es fuente de este tema.

180 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C7 · Tratamientos de las adicciones a sustancias

Respuesta correcta: 2

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

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

La entrevista motivacional promueve la empatía y evita la confrontación

La **entrevista motivacional** de Miller y Rollnick surge del interés por la influencia del **estilo terapéutico**, fundamentalmente la **empatía**, más que por las técnicas. En las adicciones, el terapeuta ayuda al paciente a resolver la **ambivalencia** entre consumir o no. Los propios autores entienden que el estilo basado en la empatía y el reforzamiento diferencial de las verbalizaciones de cambio son sus componentes activos. Vallejo recoge ocho aspectos formales de ese estilo, entre ellos promover la empatía, no asumir un papel autoritario, usar estrategias persuasivas en lugar de coercitivas, no emplear etiquetas diagnósticas y evitar discusiones con el paciente para evitar sus **resistencias**.

1. La entrevista motivacional pide no asumir un papel autoritario durante la terapia.
2. Promover la empatía es el primero de sus aspectos formales.
3. Se utilizan estrategias persuasivas en lugar de coercitivas.
4. Uno de sus aspectos formales es no emplear etiquetas diagnósticas.
5. Se evitan las discusiones con el paciente para no activar sus resistencias.

ASPECTOS FORMALES DEL ESTILO TERAPÉUTICO QUE PROMUEVE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Aspecto formal
Promover la empatía.
Desarrollar discrepancias entre la conducta actual del sujeto y sus expectativas futuras, entre lo que es y lo que le gustaría ser.
No asumir un papel autoritario durante la terapia.
Utilizar estrategias persuasivas en lugar de coercitivas.
No emplear etiquetas diagnósticas.
Enfatizar la responsabilidad personal en la solución.
Apoyar la autoeficacia.
Evitar discusiones con el paciente para evitar sus resistencias.

Fuente: Vallejo Pareja y Vallejo-Slocker (2023), vol. II, cap. 2, pág. 96

Trampa. Las cuatro opciones incorrectas invierten aspectos formales de la lista: directividad autoritaria, coerción, etiquetas y confrontación.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. II. Dykinson. Cap. 2 (Adicciones a sustancias ilegales), pág. 96. Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. II. Dykinson. Cap. 3 (Secades Villa, García Rodríguez y Fernández Hermida, Adicciones a sustancias ilegales), págs. 189-190. Penadés, R., López-Santiago, J. y Belloch, A. (2024). Manual de tratamientos en psicología clínica. Guía práctica en adultos. McGraw-Hill. Cap. 26, pág. 632. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 17, págs. 508-509.

EN EL ATLAS

Tema C7 · Tratamientos de las adicciones a sustancias. Se estudia con Fonseca Adultos (Base) y Penadés (Ampliación).

181

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C14 · Tratamientos de los trastornos depresivos

Respuesta correcta: 4

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

1 Terapia de solución de problemas.

2 Terapia de autocontrol.

3 Terapia cognitiva.

4 Terapia psicodinámica breve. ✓

5 Entrenamiento en habilidades sociales.

La terapia psicodinámica breve no alcanza el nivel de tratamiento bien establecido para la depresión

Pérez Álvarez y García Montes concluyen que hay tres tratamientos psicológicos con eficacia mostrada en la depresión, la **terapia de conducta**, la **terapia cognitiva** y la **terapia interpersonal**. Dentro de la terapia de conducta consideran **bien establecidos** el programa de actividades agradables, la activación conductual, el entrenamiento en habilidades sociales, el curso de afrontamiento de la depresión, la terapia de autocontrol de Rehm, la terapia de solución de problemas y la terapia conductual de pareja. Para las **terapias dinámicas breves** recogen resultados todavía equívocos, sin que superaran a las de referencia y siendo lo frecuente que fueran inferiores, y de estas otras terapias no dicen más, si acaso, que están en «**fase experimental**».

1 La terapia de solución de problemas de Nezu figura entre las terapias de conducta bien establecidas.

2 La terapia de autocontrol de Rehm figura también entre las bien establecidas.

3 La terapia cognitiva de Beck es uno de los tres tratamientos psicológicos con eficacia mostrada en la depresión.

4 Las terapias dinámicas breves obtienen resultados equívocos y con frecuencia inferiores a los de las terapias de referencia.

5 El entrenamiento en habilidades sociales figura entre las terapias de conducta bien establecidas.

Ojo. Fonseca-Pedrero (2021, págs. 308-309), Base del tema, recoge la guía de la APA de 2019, que encuentra apoyo empírico también para la terapia psicodinámica y la de apoyo, y la revisión de la División 12, que reserva el apoyo robusto para la activación conductual, la terapia cognitiva, la interpersonal, la de solución de problemas y la TCC para personas con diabetes. La respuesta oficial sigue la clasificación de la Guía de 2003.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (coords.) (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos. Pirámide. Cap. 5 (Pérez Álvarez y García Montes), apdo. 3, tabla 5.1, apdo. 3.4 y apdo. 4 (edición digital sin paginación impresa). Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 9, págs. 308-309.

EN EL ATLAS

Tema C14 · Tratamientos de los trastornos depresivos. Se estudia con Guía de tratamientos eficaces I (Consulta) y Fonseca Adultos (Base).

182

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F21 · Terapia cognitivo-analítica y terapia interpersonal

Respuesta correcta: 2

Señale cuál de los siguientes NO es un de las "áreas problemáticas" en las que explícitamente se centra la "Terapia Interpersonal" de la depresión:

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

La terapia interpersonal trabaja cuatro áreas problemáticas, y los sucesos traumáticos familiares no son una de ellas

La **terapia interpersonal** de Klerman y Weissman relaciona la depresión con los problemas de relación y se centra en **cuatro áreas problemáticas**. Morejón las describe así. Los **duelos complicados** son los que la persona no consigue superar con el paso del tiempo o vive de manera distorsionada. Las **disputas interpersonales** son un conflicto abierto con una persona importante del entorno. En las **transiciones de rol**, la persona se enfrenta a un cambio vital importante al que le cuesta adaptarse. Los **déficits de habilidades interpersonales** le dificultan empezar o mantener relaciones y aumentan su aislamiento. Fonseca-Pedrero y la Guía de tratamientos eficaces recogen las mismas cuatro áreas.

1. El duelo es una de las cuatro áreas problemáticas, cuando la persona no consigue superarlo con el paso del tiempo.
2. Los sucesos traumáticos familiares no figuran entre las cuatro áreas de la terapia interpersonal.
3. Las disputas interpersonales, conflictos abiertos con una persona importante del entorno, son otra de las áreas.
4. La transición de rol, un cambio vital importante al que cuesta adaptarse, es la tercera área.
5. Los déficits interpersonales, que dificultan empezar o mantener relaciones, son la cuarta área.

Para fijarlo. Duelo, disputa, transición y déficit: lo que se pierde, lo que se discute, lo que cambia y lo que falta.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Rodríguez Morejón, A. (2019). Manual de psicoterapias. Teoría y técnicas. Herder. Cap. 30, pág. 491. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 9, págs. 314-315. Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (coords.) (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos. Pirámide. Cap. 5 (Pérez Álvarez y García Montes), apdo. 3.3 (edición digital sin paginación impresa).

EN EL ATLAS

Tema F21 · Terapia cognitivo-analítica y terapia interpersonal. Se estudia con Morejón (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 114

183

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C14 · Tratamientos de los trastornos depresivos

Respuesta correcta: 5

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

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

La terapia de solución de problemas busca que los síntomas depresivos interfieran menos en los intentos de solución

La **terapia de solución de problemas** de Nezu relaciona la depresión con la ineficiencia para resolver problemas. Ante acontecimientos negativos, la mayor o menor capacidad para resolverlos determina su superación o la depresión, que sería consecuencia de la **baja tasa de reforzamiento positivo** que dejan los problemas no resueltos. El modelo propone **cuatro objetivos**, identificar situaciones de la vida, anteriores y actuales, que pudieran ser antecedentes de la depresión, **minimizar el impacto de los síntomas depresivos** sobre los intentos de solución, aumentar la efectividad de los esfuerzos de solución y enseñar **habilidades generales** para futuros problemas. Se aplica en un programa estructurado de ocho a 12 sesiones, en grupo o individualmente.

1. El entrenamiento en relajación no figura entre los cuatro objetivos del modelo.
2. El modelo dirige los esfuerzos del paciente a resolver situaciones problemáticas, aumentando la efectividad de los intentos de solución.
3. Las habilidades sociales son el foco de otra terapia de conducta para la depresión, el entrenamiento en habilidades sociales.
4. El primer objetivo habla de situaciones de la vida anteriores y actuales que pudieran ser antecedentes de la depresión, sin remitir a la infancia y la adolescencia.
5. Es el segundo de los cuatro objetivos del modelo.

Ojo. La opción 4 roza el primer objetivo, que incluye situaciones vitales anteriores; la Guía no lo concreta en la infancia y la adolescencia. La Base del tema (Fonseca-Pedrero, cap. 9) no describe el modelo de Nezu.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (coords.) (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos. Pirámide. Cap. 5 (Pérez Álvarez y García Montes), apdo. 3.1 (edición digital sin paginación impresa).

EN EL ATLAS

Tema C14 · Tratamientos de los trastornos depresivos. Se estudia con Guía de tratamientos eficaces I (Consulta).

184 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C14 · Tratamientos de los trastornos depresivos

Respuesta correcta: 3

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

1 Son tratamientos más caros (en términos de eficiencia) que los psicofármacos.

2 Han sido propuestos por la guía NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) como segundo tratamiento de elección para aquellos casos en que los fármacos no se hayan mostrado eficaces.

3 En general, tienden a ser más eficaces aquellos tratamientos psicológicos que utilizan metodologías activas, limitadas en el tiempo y estructuradas. ✓

4 Generan un número similar de abandonos que la terapia farmacológica.

5 Generan un mayor nivel de estigma que las terapias farmacológicas.

Los tratamientos psicológicos eficaces para la depresión son estructurados y limitados en el tiempo

Pérez Álvarez y García Montes concluyen que la **terapia de conducta**, la **terapia cognitiva** y la **terapia interpersonal** tienen mostrada su eficacia en la depresión. Todas constan de un **programa estructurado** del orden de 12 a 16 sesiones, disponen de un manual de aplicación y son susceptibles de aplicarse en grupo; la terapia cognitiva incluye además un componente conductual de **activación**. Su eficacia es, como mínimo, igual a la de la medicación, y la medicación con fluoxetina durante dos años resulta un 33 % **más cara** que la terapia cognitiva individual. Fonseca-Pedrero describe la activación conductual como de corta duración y estructurada, y la terapia interpersonal como estructurada por fases, con unas 12 sesiones.

1 En el análisis que recoge la Guía, la medicación con fluoxetina durante dos años resulta un 33 % más cara que la terapia cognitiva individual.

2 La Guía concluye que el tratamiento psicológico es el tratamiento de elección en la depresión, y la guía del NICE que recoge Fonseca-Pedrero menciona la TCC y la terapia interpersonal para las depresiones severas.

3 Es la característica que comparten los tratamientos psicológicos con eficacia mostrada.

4 La Guía no presenta la igualdad de abandonos como una de sus conclusiones; en el estudio del NIMH el abandono fue del 32 % en el conjunto de los grupos.

5 El curso de afrontamiento de la depresión de Lewinsohn, una terapia de conducta, se presenta como una clase y no produce estigma.

Ojo. La opción 4 no se puede descartar del todo con los datos del NIMH que recoge la Guía, donde terminaron el tratamiento 37 de 59 pacientes con terapia cognitiva y 37 de 57 con imipramina. La respuesta oficial es la que resume las conclusiones de la Guía.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (coords.) (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos. Pirámide. Cap. 5 (Pérez Álvarez y García Montes), apdos. 3.2 y 4 (edición digital sin paginación impresa). Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 9, págs. 308, 313 y 316. Caballo, V. E. (dir.) (2002). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, vol. 1 (2.ª ed.). Siglo XXI. Cap. 16 (Lewinsohn, Gotlib y Hautzinger, Tratamiento conductual de la depresión unipolar), pág. 520.

EN EL ATLAS

Tema C14 · Tratamientos de los trastornos depresivos. Se estudia con Fonseca Adultos (Base).

185

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C14 · Tratamientos de los trastornos depresivos

Respuesta correcta: 3

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

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

Cada componente de la terapia de autocontrol de Rehm es tan eficaz como el programa completo

La **terapia de autocontrol** de Rehm asume que la depresión se caracteriza por déficits específicos en el manejo de la propia conducta y distingue tres momentos del autocontrol, el **autoseguimiento** (registro diario de actividades y del humor), la **autoevaluación** (programación de objetivos y valoración de su logro) y el **autorreforzamiento**. Es un programa estructurado de seis a 12 sesiones que la Guía incluye entre las terapias de conducta bien establecidas. Los estudios de **desmantelamiento de componentes** mostraron que cada componente por separado es tan efectivo como el conjunto, y que los resultados son igual de efectivos sean los objetivos cognitivos, conductuales o ambos.

1. Los tres procesos son el autoseguimiento, la autoevaluación y el autorreforzamiento; la autoestima no es uno de ellos.
2. La Guía la incluye entre las terapias de conducta bien establecidas, aunque advierte que no es un tratamiento psicológico de referencia.
3. Es lo que mostraron los estudios de desmantelamiento de componentes.
4. La Guía la sitúa dentro de la terapia de conducta, y sus resultados son igual de efectivos con objetivos cognitivos, conductuales o ambos.
5. La Guía no recoge comparaciones con la terapia interpersonal ni con la de solución de problemas, y recuerda que no es un tratamiento de referencia.

Ojo. La Base del tema (Fonseca-Pedrero, cap. 9) no describe la terapia de Rehm.

Para fijarlo. Rehm: observarse, evaluarse y premiarse; cualquiera de los tres, por separado, rinde como el paquete.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (coords.) (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos. Pirámide. Cap. 5 (Pérez Álvarez y García Montes), apdo. 3.1 y tabla 5.1 (edición digital sin paginación impresa).

EN EL ATLAS

Tema C14 · Tratamientos de los trastornos depresivos. Se estudia con Guía de tratamientos eficaces I (Consulta).

186

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C14 · Tratamientos de los trastornos depresivos

Respuesta correcta: 2

Con respecto al tratamiento de la depresión y, en concreto, a la eficacia comparada entre los tratamientos psicológicos (en especial, la terapia cognitivo-conductual) y los tratamientos farmacológicos se puede afirmar que, en general:

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

Los antidepresivos actúan antes que las terapias psicológicas, pero no previenen mejor las recaídas

Pérez Álvarez y García Montes revisan el estudio del **NIMH** y los análisis posteriores. La **terapia cognitiva** y la medicación no difieren en su eficacia en el tratamiento agudo de los pacientes **severamente deprimidos**. En el seguimiento de 18 meses del NIMH las **recaídas** fueron del 50 % con imipramina, del 36 % con terapia cognitiva y del 33 % con terapia interpersonal, y la terapia cognitiva como tratamiento agudo previene la recaída tanto como la medicación de continuación. Sobre la combinación los resultados son controvertidos. La ventaja de los psicofármacos es que producen su **eficacia antes** que las psicoterapias, por lo que pueden recomendarse al inicio en pacientes cuya gravedad impide el abordaje psicológico.

1. La terapia cognitiva y la medicación no difieren en su eficacia en el tratamiento agudo de los pacientes severamente deprimidos.
2. Los psicofármacos producen su eficacia antes que las psicoterapias.
3. En el NIMH la recaída a los 18 meses fue del 50 % con imipramina frente al 36 % con terapia cognitiva, que como tratamiento agudo previene la recaída tanto como la medicación de continuación.
4. La Guía recuerda los inconvenientes que siguen teniendo incluso los psicofármacos más seguros, y Stahl describe los efectos secundarios de los ISRS al iniciar el tratamiento.
5. La mayoría de los resultados muestran que la combinación no es mejor que cada terapia por separado; quizá favorezca a la depresión crónica.

> **Trampa.** Las opciones 1, 3, 4 y 5 dan ventajas a los fármacos que la investigación revisada no confirma; la única ventaja que la Guía les reconoce es la rapidez.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (coords.) (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos. Pirámide. Cap. 5 (Pérez Álvarez y García Montes), apdos. 3.2 y 4, tabla 5.2 (edición digital sin paginación impresa). Stahl, S. M. (2023). Psicofarmacología esencial de Stahl. Bases neurocientíficas y aplicaciones prácticas (5.ª ed.). UNED. Cap. 7, pág. 291.

EN EL ATLAS

Tema C14 · Tratamientos de los trastornos depresivos. Guía de tratamientos eficaces I no es fuente de este tema.

187 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C14 · Tratamientos de los trastornos depresivos

Respuesta correcta: 4

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

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

Los antidepresivos son eficaces en la mitad de los pacientes, frente al 30 % del placebo

La Guía de tratamientos eficaces asume en principio la eficacia de los fármacos y resume que los antidepresivos clásicos son eficaces para el **50 % de los pacientes** con depresión mayor tras seis semanas de tratamiento, mientras que la eficacia del **placebo** sería del orden del **30 %**. Los nuevos antidepresivos, como los **ISRS**, tienen resultados similares a los clásicos con la ventaja de una **menor incidencia de efectos secundarios**, aunque otras revisiones indican que pueden ser menos efectivos que los tricíclicos. La eficacia más reconocida de los **IMAO** es en la depresión atípica y en la crónica. Sobre la combinación con la terapia psicológica, la mayoría de los estudios no la encuentran mejor que cada tratamiento por separado.

1. Los ISRS tienen una menor incidencia de efectos secundarios, y Stahl describe los que aparecen al iniciar el tratamiento.
2. La Guía da resultados similares a los de los clásicos, y otras revisiones indican que los ISRS pueden ser menos efectivos que los tricíclicos.
3. La combinación no ha mostrado ser mejor que cada terapia por separado, pero la Guía la considera recomendable en la depresión crónica, en la endógena y en pacientes internos.
4. Es el resumen que da la Guía, aceptando el rasero de los defensores de los fármacos.
5. La eficacia más reconocida de los IMAO es en la depresión atípica y en la depresión crónica.

Ojo. La Guía agrupa la venlafaxina con los inhibidores reversibles de la MAO (apdo. 2) y el comentario de partida la llama IMAO; Stahl (cap. 7, pág. 302) la describe como un inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (coords.) (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos. Pirámide. Cap. 5 (Pérez Álvarez y García Montes), apdos. 2 y 4 (edición digital sin paginación impresa). Stahl, S. M. (2023). Psicofarmacología esencial de Stahl. Bases neurocientíficas y aplicaciones prácticas (5.ª ed.). UNED. Cap. 7, págs. 291 y 302.

EN EL ATLAS

Tema C14 · Tratamientos de los trastornos depresivos. Guía de tratamientos eficaces I no es fuente de este tema.

188

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F19 · Terapia Cognitiva de Beck y terapia de esquemas

Respuesta correcta: 4

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

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

En la terapia de Beck el paciente descubre por sí mismo la invalidez de sus creencias

En la **terapia cognitiva** de Beck, terapeuta y cliente cooperan como un equipo de investigación, lo que Young y Beck llamaron **empirismo colaborativo**. Los pensamientos del cliente se tratan como hipótesis que se contrastan con la evidencia, y el terapeuta no tiene que **persuadir** al paciente de que sus puntos de vista son ilógicos, porque los pacientes **descubren** esas incoherencias por sí mismos. Para detectar las creencias más profundas se usan el **descubrimiento guiado** y la **flecha descendente**, y el cambio de creencias nucleares y supuestos básicos es esencial para prevenir recaídas a largo plazo. Vallejo añade que la terapia cognitiva no es un tratamiento en el que se trate de «convencer» al paciente.

1. Articular los supuestos básicos subyacentes es uno de los siete pasos del proceso terapéutico de la terapia cognitiva.
2. La flecha descendente es una de las técnicas más específicas para detectar las creencias nucleares más profundas, y el descubrimiento guiado conduce al paciente mediante preguntas abiertas.
3. El cambio de creencias nucleares y supuestos básicos es esencial para prevenir recaídas a largo plazo.
4. El terapeuta no tiene que persuadir al paciente; son los pacientes quienes descubren por sí mismos las incoherencias de sus creencias.
5. Young y Beck llamaron empirismo colaborativo a esta cooperación cuasicientífica entre cliente y terapeuta.

Ojo. El comentario de partida citaba Vallejo (2012, vol. I, pág. 622); en la edición vigente (2023, vol. I) la advertencia de que no se trata de «convencer» al paciente está en la pág. 609.

Trampa. Se pide la falsa; la opción 4 describe un terapeuta que convence, lo que el empirismo colaborativo evita.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 8, págs. 401, 409, 414 y 415. Feixas, G. y Miró, M. T. (1993). Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos. Paidós. Cap. 3, pág. 228. Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. I. Dykinson. Cap. 11 (Vallejo Pareja y Vallejo-Slocker, Depresión), pág. 609.

EN EL ATLAS

Tema F19 · Terapia Cognitiva de Beck y terapia de esquemas. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base).

189

PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K18 · Psicofarmacología

Respuesta correcta: 3

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

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

El litio se usa como mantenimiento en el trastorno bipolar, sobre todo para prevenir la manía

Stahl recuerda que el **trastorno bipolar** se ha tratado clásicamente con **litio** durante más de 50 años. Su efectividad está probada en los **episodios maníacos** y en la **prevención de recurrencias**, especialmente de episodios maníacos y quizá, en menor medida, de episodios depresivos, y su empleo está bien establecido para la prevención del suicidio en los trastornos del humor. Aunque varios factores han llevado a un **desafortunado declive** de su uso, hoy se utiliza como un elemento más dentro de una cartera de tratamientos. En la esquizofrenia, en cambio, el litio y el valproato no aumentan claramente la eficacia de los bloqueadores de serotonina y dopamina.

1. En la esquizofrenia, el litio y el valproato no aumentan claramente la eficacia de los bloqueadores de serotonina y dopamina.
2. Los síntomas psicóticos de la esquizofrenia se tratan con antipsicóticos; Stahl no recoge el litio para ese uso.
3. Su efectividad está probada en la prevención de recurrencias, especialmente de episodios maníacos.
4. El litio es eficaz en los episodios maníacos y en su prevención; en los depresivos, quizá en menor medida, y también se usa en la depresión bipolar.
5. Stahl lamenta el declive de su uso, pero lo presenta como el estabilizador del humor clásico dentro de la cartera de tratamientos actual.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Stahl, S. M. (2023). Psicofarmacología esencial de Stahl. Bases neurocientíficas y aplicaciones prácticas (5.ª ed.). UNED. Cap. 7, págs. 342 y 345-346.

EN EL ATLAS

Tema K18 · Psicofarmacología. Se estudia con Stahl (Base).

190 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K18 · Psicofarmacología

Respuesta correcta: 5

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

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

La venlafaxina es un antidepresivo de acción dual; los otros cuatro fármacos se usan en la psicosis

La **olanzapina**, la **risperidona**, el **aripiprazol** y la **clozapina** figuran en Stahl entre los fármacos para el tratamiento de la psicosis, con distinto riesgo metabólico, alto para la clozapina y la olanzapina, moderado para la risperidona y bajo para el aripiprazol. La **venlafaxina**, en cambio, es un **inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina** (IRSN), un antidepresivo que inhibe con más potencia la recaptación de serotonina, incluso a dosis bajas, y la de noradrenalina solo a dosis altas. Está aprobada y es ampliamente empleada también en los trastornos de ansiedad.

1. La olanzapina es uno de los fármacos para la psicosis de alto riesgo metabólico, junto con la clozapina.
2. La risperidona tiene un riesgo metabólico moderado entre los fármacos para la psicosis.
3. El aripiprazol es un fármaco para la psicosis de bajo riesgo metabólico.
4. La clozapina es el otro fármaco para la psicosis de alto riesgo metabólico.
5. La venlafaxina es un IRSN, un antidepresivo.

Ojo. El comentario de partida clasifica la venlafaxina como «ISRN»; la Guía de tratamientos eficaces I (cap. 5, apdo. 2) la agrupa con los inhibidores reversibles de la MAO, y Stahl la describe como IRSN.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Stahl, S. M. (2023). Psicofarmacología esencial de Stahl. Bases neurocientíficas y aplicaciones prácticas (5.ª ed.). UNED. Cap. 5, pág. 198; cap. 7, pág. 302.

EN EL ATLAS: Tema K18 · Psicofarmacología. Se estudia con Stahl (Base).

191

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F13 · Técnicas de exposición y desensibilización sistemática

Respuesta correcta: 3

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

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

El progreso en las primeras sesiones es el mejor indicador de éxito de la exposición

Echeburúa y de Corral señalan que el poder predictivo de las variables implicadas en la **terapia de exposición** varía mucho de unos estudios a otros. En general son buenos indicadores mostrar **conductas evitativas claramente definidas**, tener un estado de ánimo normal, seguir las prescripciones terapéuticas y no exponerse bajo el efecto del alcohol o de los ansiolíticos, mientras que la **antigüedad o la intensidad del problema** no predicen de forma fiable el resultado. Ya durante la terapia, el mejor indicador de éxito es el **progreso en las primeras sesiones**. Los pacientes que obtienen un mayor beneficio inicial son los que más lo mantienen a largo plazo y en los que es menos probable la aparición de episodios depresivos.

1. La intermitencia del miedo no figura entre los predictores que recogen Echeburúa y de Corral.
2. La antigüedad del problema no constituye un predictor fiable del resultado terapéutico.
3. Es el mejor indicador de éxito durante la terapia, y quienes más mejoran al inicio más mantienen la mejoría.
4. La experiencia previa de tratamiento no figura entre los indicadores de éxito; seguir las prescripciones terapéuticas sí.
5. La conciencia de la irracionalidad de los temores no aparece entre los predictores que recoge el capítulo.

Ojo. Díaz, Ruiz y Villalobos (2017, cap. 4, pág. 210) advierten, desde el modelo de aprendizaje inhibitorio, que ni la activación inicial del miedo ni su reducción dentro o entre sesiones son predictores consistentes de los resultados de la exposición. El comentario de partida citaba Labrador (2008, pág. 266), que no está en el corpus.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Caballo, V. E. (dir.) (2002). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, vol. 1 (2.ª ed.). Siglo XXI. Cap. 3 (Echeburúa y de Corral, Tratamiento psicológico de la agorafobia), págs. 103-104. Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 4, pág. 210. Labrador, F. J. (coord.) (2008). Técnicas de modificación de conducta. Pirámide. Pág. 266 (no está en el corpus).

EN EL ATLAS

Tema F13 · Técnicas de exposición y desensibilización sistemática. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base).

Respuesta correcta: 2

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

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

El modelo más eficaz es algo más competente que el observador y mejora a lo largo del entrenamiento

Díaz, Ruiz y Villalobos recogen las **características del modelo** que influyen en el aprendizaje observacional, la **similaridad** con el observador, su valor afectivo, el **prestigio**, aunque no tan alejado que su comportamiento resulte inalcanzable, y la **eficacia** al realizar la conducta, pero no tan excesiva que al observador le resulte difícil alcanzar su nivel. En los problemas de ansiedad suele estar más indicado un **modelo de afrontamiento** (coping), que inicialmente se comporta de manera similar al observador, inhábil o temeroso, y gradualmente muestra menos temor y mayor destreza. El **modelo mastery**, experto y competente en todo momento, es más pertinente cuando se trata de aprender habilidades sin carga emocional.

1. Un modelo muy competente de principio a fin es el modelo mastery, menos indicado en los problemas de ansiedad.
2. Es lo que describe el modelo de afrontamiento, cuya competencia aumenta gradualmente a lo largo del entrenamiento.
3. El modelo de afrontamiento va de menos a más competencia, al contrario de lo que plantea la opción.
4. La similaridad ayuda, pero entre las características del modelo figura también la eficacia al realizar la conducta.
5. En el modelo de afrontamiento la competencia aumenta gradualmente; un modelo que no progresa no responde a esa descripción.

Ojo. El comentario de partida citaba Labrador (2008, pág. 403), que no está en el corpus y recoge que el modelo debe mostrar una habilidad uno o dos pasos por encima del observador o empezar desde su mismo nivel y aumentar progresivamente.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 6, págs. 301 y 303-304. Labrador, F. J. (coord.) (2008). Técnicas de modificación de conducta. Pirámide. Pág. 403 (no está en el corpus).

EN EL ATLAS: Tema F15 · Modelado y entrenamiento en habilidades sociales. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base).

193

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 3

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

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

En la fobia social, cumplir las tareas de exposición entre sesiones se asocia a mejores resultados

La Guía de tratamientos psicológicos eficaces dedica un apartado a las **variables predictoras de resultados terapéuticos** en la fobia social. Salaberría y Echeburúa señalan que, en los estudios más recientes, los mejores resultados se han asociado al **cumplimiento de las tareas de exposición entre sesiones**. Los peores, a un mayor nivel de **depresión**, a la gravedad de los síntomas, a más rasgos de personalidad evitadora y a unas bajas expectativas ante el tratamiento. La gravedad de los síntomas y una mayor generalización de la fobia al inicio también anuncian resultados más pobres, y la comorbilidad con el trastorno de la personalidad evitativa incide negativamente en ellos.

1. El entrenamiento en habilidades sociales es uno de los tratamientos de la fobia social, con nivel de evidencia 1+ y grado A en la tabla 11.2 de Fonseca. El apartado de predictores de la Guía no lo recoge como variable asociada al resultado.
2. El apoyo familiar no figura entre las variables predictoras que la Guía revisa para la fobia social.
3. Es la variable a la que los estudios más recientes asocian los mejores resultados terapéuticos.
4. La experiencia previa en psicoterapia no aparece entre los predictores del apartado. Sí aparecen las bajas expectativas de cambio, que se asocian al fracaso terapéutico.
5. La ausencia de síntomas fisiológicos tampoco figura entre los predictores. La Guía asocia los peores resultados a la gravedad de los síntomas y a su generalización al inicio del tratamiento.

Ojo. La Guía es una edición digital sin paginación impresa, así que se cita por apartado. La Base del tema (Fonseca Adultos, cap. 11) no trata los predictores del resultado en la fobia social.

Trampa. Las opciones 1 y 5 suenan a buen pronóstico, pero la pregunta pide la variable que los estudios han asociado al resultado, y la única que figura en la lista de predictores es la adherencia a la exposición.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (coords.) (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos. Pirámide. Cap. 10 (Salaberría y Echeburúa), apdo. 2.5 (edición digital sin paginar). Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 11, tabla 11.2, pág. 375.

EN EL ATLAS

Tema C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad. Guía de tratamientos eficaces I no es fuente de este tema. Se estudia con Fonseca Adultos (Base).

Respuesta correcta: 5

¿En qué consiste la fase de "Instalación" de la técnica de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (DRMO o EMDR) de Shapiro para el tratamiento del estrés postraumático? :

1 Instaurar una sólida relación terapéutica.

2 Elegir la imagen objetivo que representa el pero aspecto de trauma.

3 Desensibilizar la imagen.

4 Activar la estimulación bilateral cerebral.

5 Emparejar una cognición positiva con la imagen original a través del movimiento ocular o sus alternativas. ✓

En la fase de instalación de la EMDR se refuerza la creencia positiva ligada al recuerdo

Fonseca describe la **EMDR** de Shapiro como un tratamiento de **ocho fases**, que son la recogida de la historia, preparación, evaluación del recuerdo traumático, desensibilización, **instalación**, examen corporal, cierre y reevaluación. La fase de instalación llega cuando el procesamiento del recuerdo ha terminado con un malestar igual a 0. En ella «se aumentan las conexiones con redes cognitivas positivas», se identifica la **mejor creencia positiva** y se valora su validez (VOC, de 1 a 7). Vallejo (2012) llama a esta quinta fase «instalación de la cognición positiva». De las opciones, solo la 5 describe ese trabajo con la cognición positiva sobre el recuerdo original.

1 La relación terapéutica y la estabilización corresponden a la fase de preparación, que incluye la psicoeducación y la instalación de recursos.

2 Elegir la peor imagen del recuerdo pertenece a la fase 3, la evaluación del recuerdo traumático, donde también se fijan la creencia negativa, la positiva deseada y el nivel de malestar.

3 Desensibilizar el recuerdo es la fase 4, en la que se procesa hasta su resolución adaptativa.

4 La estimulación bilateral, por movimientos oculares, audio alterno o tapping, se describe en la fase 4 de desensibilización.

5 Es la fase en la que se conecta el recuerdo con la creencia positiva y se valora su validez.

Ojo. La redacción oficial de la opción 5 habla de emparejar la cognición positiva con la imagen «a través del movimiento ocular o sus alternativas». Fonseca no describe estimulación bilateral en la instalación, solo en la desensibilización, pero la opción 5 sigue siendo la única que corresponde a esa fase.

Trampa. La opción 4 nombra el elemento más llamativo de la técnica, pero la estimulación bilateral se presenta en la fase de desensibilización y no forma parte de la descripción de la instalación.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 13, apdo. 2.5, págs. 419-420. Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. I. Dykinson. Cap. 11 (Mas Hesse), pág. 562, cuadro 8.

EN EL ATLAS: Tema C11 · Tratamientos de los trastornos asociados a traumas y estresores. Se estudia con Fonseca Adultos (Base).

195

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C11 · Tratamientos de los trastornos asociados a traumas y estresores

Respuesta correcta: 4

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

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

La narrativa reformulada busca que el trauma se asimile en la memoria autobiográfica

La pregunta procede de la **terapia cognitiva para los trastornos de ansiedad** de Clark y Beck, que recoge la **narrativa reformulada del trauma** de Foa y Rothbaum (1998). Según el comentario de partida, que cita esa obra, su objetivo es ayudar a recordar la experiencia traumática de un modo que aporte un nuevo sentido y aceptación, para que pueda ser **asimilada dentro de la memoria autobiográfica**. En el corpus, Fonseca explica la base del procedimiento. En la exposición en imaginación el paciente narra su trauma en primera persona y en presente, y, a medida que la emoción disminuye, **modifica los elementos de significado y el relato** acerca del suceso traumático.

1. Identificar los estímulos que activan los síntomas es una tarea de evaluación y no el objetivo que se atribuye a la narrativa.
2. La reducción de las imágenes intrusivas puede ser un efecto del tratamiento, pero el objetivo que se le atribuye a la narrativa es integrar el recuerdo.
3. Aportar información que desmienta las creencias corresponde a la reestructuración cognitiva. En la narrativa el cambio de significado surge del propio relato del paciente.
4. Es el objetivo que se atribuye a la narrativa reformulada.
5. Dirigir la atención hacia el mundo externo se aparta de la narrativa, que pide al paciente centrarse en el recuerdo y en su relato.

Ojo. La obra de la que sale la pregunta, Clark y Beck (2012), no está en el corpus del Atlas ni en C:\Drive, y el término «narrativa reformulada» no aparece en ninguna obra del corpus. La respuesta se apoya en el comentario de partida, que cita esa obra, y en la descripción de la exposición narrativa de Fonseca.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Clark, D. A. y Beck, A. T. (2012). Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad. Desclée de Brouwer (no está en el corpus). Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 13, pág. 414.

EN EL ATLAS

Tema C11 · Tratamientos de los trastornos asociados a traumas y estresores. Se estudia con Fonseca Adultos (Base).

Respuesta correcta: 1

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

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

Las técnicas cognitivas solo parecen potenciar la exposición en vivo en la claustrofobia y la fobia a las alturas

Bados, en Vallejo (2012), resume que **las técnicas cognitivas no parecen potenciar la exposición en vivo** en las fobias específicas (Wolitzky-Taylor et al., 2008), aunque se han señalado **posibles excepciones**, la **claustrofobia**, la **fobia a las alturas** y la fobia a volar. Añade que su empleo puede reducir los rechazos y abandonos y el tiempo de exposición necesario, y que la terapia cognitiva sola ha sido eficaz en la claustrofobia, la fobia dental y el miedo a volar. La opción 1 reúne dos de esas excepciones y es la única que las recoge.

1 Recoge dos de las excepciones que señala el manual.
2 La fobia a la oscuridad no figura entre las excepciones.
3 La fobia al agua no figura entre las excepciones.
4 La fobia a conducir no figura entre las excepciones. Crespo (2023) la trata aparte por su exigencia de conductas activas durante la exposición.
5 Las fobias a animales no figuran entre las excepciones.

Ojo. La edición vigente cambia el matiz. Crespo, en Vallejo (2023, pág. 169), dice que la terapia cognitiva puede ser eficaz por sí misma en la claustrofobia y la fobia dental y servir de complemento de la exposición. En la pág. 172 recoge que Choy et al. (2007) indican su posible utilidad junto a la exposición en la claustrofobia, pero no en otros tipos de fobias, y que Wolitzky-Taylor et al. (2008) no hallan mejoras significativas. Con la 4.ª edición solo la claustrofobia queda como excepción; la respuesta oficial se sostiene con la edición de 2012.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA
Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. I. Dykinson. Cap. 6 (Bados López), pág. 215. Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. I. Dykinson. Cap. 5 (Fobias específicas, Crespo), págs. 169, 172 y 190.

EN EL ATLAS
Tema C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad. Vallejo Adultos 2012 no es fuente de este tema. Se estudia con Vallejo Adultos (Ampliación).

197

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 3

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

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

Los experimentos conductuales sirven para poner a prueba las interpretaciones catastróficas de las sensaciones corporales

El programa de **terapia cognitiva para el trastorno de pánico** del grupo de Clark parte de que las crisis se deben a la tendencia a **interpretar de forma errónea y catastrófica las sensaciones corporales**. Díaz García, en Vallejo (2023), explica que todas sus técnicas buscan reestructurar esas ideas y que el programa incluye pequeños **«experimentos»** (hiperventilación, focalización de la atención, lectura de pares asociados amenazadores) para mostrar posibles causas de las sensaciones y ayudar al paciente a **rectificar sus predicciones catastróficas** sobre sus consecuencias. La Guía de tratamientos eficaces lo describe igual, porque los experimentos ayudan a **desconfirmar las predicciones negativas** acerca de las consecuencias de los síntomas.

1. La psicoeducación es un componente propio del programa, separado de los experimentos.
2. Favorecer la aceptación del tratamiento no es la función que el manual atribuye a los experimentos.
3. Es su función, someter a prueba las interpretaciones catastróficas de las sensaciones corporales.
4. Comparar la ansiedad experimentada con la anticipada describe un efecto posible de la exposición, pero los experimentos se dirigen a las consecuencias temidas de los síntomas.
5. La relajación aplicada es otro componente de la terapia cognitivo-conductual del pánico, ajeno a los experimentos.

Ojo. La Base del tema (Fonseca Adultos, cap. 11) presenta un protocolo transdiagnóstico y no describe los experimentos conductuales del pánico.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. I. Dykinson. Cap. 8 (Trastorno de angustia y agorafobia, Díaz García), págs. 400 y 405. Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (coords.) (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos. Pirámide. Cap. 11 (Botella Arbona), apdo. 3.1.1 (edición digital sin paginar).

EN EL ATLAS

Tema C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad. Se estudia con Vallejo Adultos (Ampliación).

198 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 1

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

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

La activación conductual no es un componente habitual de la terapia cognitivo-conductual del pánico

Díaz García, en Vallejo (2023), enumera los componentes que suele incluir la **terapia cognitivo-conductual para el trastorno de angustia y la agorafobia**, que son un componente educativo, una fase de **reestructuración cognitiva**, estrategias de **exposición en vivo e interoceptiva**, **re-entrenamiento en respiración** u otro procedimiento de desactivación fisiológica, relajación aplicada y entrenamiento en diversas habilidades de afrontamiento. El programa de Clark añade **experimentos conductuales** para rebatir las ideas erróneas, y la Guía de tratamientos eficaces recoge los mismos elementos en los programas de Barlow y de Clark. La activación conductual no figura en esas listas.

1. No aparece entre los componentes de la terapia cognitivo-conductual del pánico que recogen Vallejo (2023) y la Guía.
2. La exposición interoceptiva es un componente básico de los programas para el pánico y, según el manual, ha mostrado mayor efectividad que otros procedimientos.
3. Los experimentos conductuales forman parte del programa de Clark, a modo de exposiciones para rebatir las ideas erróneas.
4. El entrenamiento en respiración es un componente de las fases iniciales de algunos protocolos, aunque su utilidad se discute.
5. La reestructuración cognitiva de las interpretaciones catastróficas es un componente central.

Trampa. La pregunta pide el componente que no es frecuente. Los otros cuatro aparecen en la lista de componentes del manual.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. I. Dykinson. Cap. 8 (Trastorno de angustia y agorafobia, Díaz García), págs. 400, 402-405 y 407. Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (coords.) (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos. Pirámide. Cap. 11 (Botella Arbona), apdo. 3.1.1 (edición digital sin paginar).

EN EL ATLAS

Tema C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad. Se estudia con Vallejo Adultos (Ampliación).

199

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 2

¿Con qué fin proponen Clark y Beck (2010), dentro de la terapia cognitiva de los trastornos de ansiedad, los ejercicios de inducción de síntomas en el tratamiento del trastorno de pánico?:

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

La inducción de síntomas da ocasión de desafiar las malinterpretaciones catastróficas de las sensaciones

Según el comentario de partida, que cita a **Clark y Beck**, los ejercicios de **inducción de síntomas** permiten activar directamente los esquemas de amenaza y crear oportunidades para **desafiar las malinterpretaciones catastróficas** de las sensaciones corporales. En el corpus, Díaz García, en Vallejo (2023), describe el programa de **terapia cognitiva** del grupo de Clark, basado en la formulación cognitiva del pánico de Beck, Emery y Greenberg y de Clark, que incluye la inducción de las sensaciones temidas mediante pequeños **«experimentos»** (hiperventilación, focalización de la atención) para que el paciente **rectifique sus predicciones catastróficas** sobre las consecuencias de los síntomas.

1. La integración de procesos reflexivos de nivel superior no es la finalidad que se atribuye a la inducción de síntomas.
2. Es la finalidad que se le atribuye en la terapia cognitiva del pánico.
3. La meditación autoguiada no forma parte de la inducción de síntomas.
4. Es al revés de lo que se busca, porque el programa recomienda abandonar las conductas de seguridad.
5. La inducción de síntomas sí se contempla en la terapia cognitiva del pánico, a través de los experimentos.

Ojo. La obra de la pregunta, Clark y Beck (2010; trad. 2012), no está en el corpus ni en C:\Drive. Crespo, en Vallejo (2023, pág. 239), la cita como base de la terapia cognitiva del TAG, pero el capítulo del pánico describe el programa de Clark y Salkovskis y no cita el libro de Clark y Beck.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Clark, D. A. y Beck, A. T. (2012). Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad. Desclée de Brouwer (no está en el corpus). Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. I. Dykinson. Cap. 8 (Trastorno de angustia y agorafobia, Díaz García), pág. 400. Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (coords.) (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos. Pirámide. Cap. 11 (Botella Arbona), apdo. 3.1.1 (edición digital sin paginar).

EN EL ATLAS

Tema C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad. Se estudia con Vallejo Adultos (Ampliación).

200

PSICOTERAPIAS Y TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

F22 · Mindfulness y programas basados en mindfulness

Respuesta correcta: 3

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

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

El programa de reducción del estrés de Kabat-Zinn es un enfoque psicoeducativo basado en mindfulness

Villalobos, Díaz y Ruiz explican que **Kabat-Zinn** creó en 1979 el **Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR)**, que combina la meditación budista con prácticas de yoga para reducir el estrés y aumentar el bienestar. El programa **se concibe como un enfoque psicoeducacional**, con ocho sesiones semanales de dos horas y media, unos 30 participantes y material grabado para practicar entre sesiones, con práctica formal e informal de **mindfulness**. Sus técnicas son la exploración corporal (body scan), la meditación sentada o caminando, los estiramientos de hatha yoga, la atención a la vida cotidiana y el ejercicio de la uva pasa.

1. La ACT usa mindfulness como un componente más dentro de su sistema, mientras que el MBSR lo convierte en su elemento central.
2. La activación conductual es otra terapia y no incluye el programa de Kabat-Zinn.
3. El manual define el MBSR como un enfoque psicoeducacional basado en mindfulness.
4. La terapia dialéctica de Linehan incluye mindfulness como un componente más, sin hacer de él su núcleo.
5. El programa no se presenta como una terapia de factores comunes.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer. Cap. 10 (Villalobos, Díaz y Ruiz), págs. 496 y 498; apdos. 7.1.1-7.1.2, págs. 515-516.

EN EL ATLAS

Tema F22 · Mindfulness y programas basados en mindfulness. Se estudia con Díaz y Ruiz (Base).

201

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 4

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

1 Como técnica de relajación.

2 Para desviar la atención del paciente del estímulo temido.

3 Para acelerar el proceso de habituación.

4 Para reducir los síntomas vasovagales. ✓

5 Se emplea en las primeras sesiones para reducir la ansiedad anticipatoria.

La tensión aplicada eleva la presión arterial para prevenir el mareo y el desmayo en la fobia a la sangre

Crespo, en Vallejo (2023), explica que en la **fobia a sangre-inyecciones-daño**, por su patrón fisiológico particular, se añaden a la exposición ejercicios de **tensión muscular** que buscan **incrementar la tensión arterial** para reducir la probabilidad de **mareo y desmayo**. La **tensión aplicada** de Öst y Sterner (1987) tiene tres pasos. Primero se tensan grandes grupos musculares de 10 a 15 segundos y se distienden de 20 a 30, cinco veces; después se repite la secuencia cinco veces al día durante una semana; por último, se practica la exposición tensando ante cualquier indicio de caída de la presión arterial. Se considera el tratamiento de elección cuando hay historia de desmayos, y en estas fobias se desaconseja la relajación.

1 La técnica consiste en tensar los músculos, y en este tipo de fobias se desaconseja la relajación porque propicia la caída de la presión.

2 No busca distraer al paciente, porque se aplica durante la exposición al estímulo temido.

3 Su objetivo es contrarrestar la caída de la presión arterial, y el manual no le atribuye un efecto sobre la habituación.

4 Busca evitar el mareo y el desmayo que siguen a la caída de la presión arterial.

5 Se practica durante una semana y después se aplica en la exposición ante los indicios de caída de la presión. No se limita a las primeras sesiones ni a la ansiedad anticipatoria.

Ojo. El manual no usa la palabra «vasovagal»; habla del patrón fisiológico de esta fobia, de la caída de la presión arterial y del desmayo. La Base del tema (Fonseca Adultos, cap. 11) no trata la tensión aplicada.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. I. Dykinson. Cap. 5 (Fobias específicas, Crespo), págs. 169 y 189-190.

EN EL ATLAS

Tema C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad. Se estudia con Vallejo Adultos (Ampliación).

202

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 2

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

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

Suponer que lo temido ocurre y buscar cómo afrontarlo es la descatastrofización

Bados, en Vallejo (2012), describe la **reestructuración cognitiva** en el trastorno de ansiedad generalizada. Se examinan los datos a favor y en contra de los pensamientos, se generan interpretaciones alternativas y se **descatastrofiza**, es decir, se supone que es cierto lo que se piensa, se identifica qué pasaría y se buscan formas de **afrontarlo**. Crespo, en Vallejo (2023), añade que la reestructuración en el TAG se centra en dos distorsiones, la sobreestimación de la probabilidad de resultados negativos y la **sobreestimación del grado de catástrofe** de esos resultados, con la subestimación de la propia habilidad para afrontarlos.

1. No es el nombre que el manual da a la técnica descrita en el enunciado.
2. Es la técnica descrita, suponer que lo temido ocurre y buscar qué se podría hacer para afrontarlo.
3. El trabajo con la incertidumbre es el eje de la TCC de Dugas y se aborda con experimentos conductuales y exposición.
4. La revaloración de la amenaza no es el nombre que el manual da a esta técnica.
5. La metapreocupación, la preocupación por las propias preocupaciones, es el foco del modelo de Wells.

Ojo. El enunciado dice que se buscan «soluciones realistas» al peor temor, y Bados habla de buscar qué se podría hacer para afrontarlo. El término de la edición vigente es «descatastrofizar»; la 4.ª edición nombra la sobreestimación del grado de catástrofe sin describir el procedimiento.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. I. Dykinson. Cap. 7 (Bados López), pág. 279. Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. I. Dykinson. Cap. 6 (Trastorno de ansiedad generalizada, Crespo), págs. 223 y 239.

EN EL ATLAS

Tema C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad. Vallejo Adultos 2012 no es fuente de este tema. Se estudia con Vallejo Adultos (Ampliación).

203 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C13 · Tratamientos del TOC y trastornos relacionados

Respuesta correcta: 5

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

1. Su reciente aparición.
2. La reducida eficacia en comparación con los tratamientos cognitivos y farmacológicos.
3. La carencia de un modelo teórico explicativo.
4. La dificultad de aplicación en casos de rituales motores.
5. La existencia de un porcentaje relevante de pacientes que rechazan el tratamiento por su carácter aversivo. ✓

Una limitación de la EPR en el TOC es que una parte relevante de los pacientes la rechaza

Fonseca destaca en el tratamiento del TOC el **rechazo** por parte del paciente y los **abandonos**. Según el metaanálisis de Leeuwerik et al. (2019), un **15,6 por 100** rechaza en primera instancia la TCC y otro 15,9 por 100 la abandona prematuramente, de modo que más de un tercio de los candidatos queda fuera del mejor tratamiento disponible. Cruzado, en Vallejo (2012), considera la **exposición con prevención de respuesta** el tratamiento de primera elección, altamente efectivo en el 75 % de los casos, sobre todo en las obsesiones con **compulsiones manifiestas**, aunque «se estima en un 20% el número de pacientes que rechazan el tratamiento».

1. La EPR no es reciente. Su aplicación al TOC se remonta al trabajo pionero de Meyer (1966).
2. Cruzado la presenta como altamente efectiva en el 75 % de los casos y con un tamaño del efecto muy elevado.
3. La EPR se apoya en la habituación de la ansiedad por la exposición, que Cruzado representa en la figura 5 de su capítulo.
4. Es más efectiva en las obsesiones con compulsiones manifiestas que en las obsesiones puras, así que los rituales motores no son su punto débil.
5. Es la limitación que recogen los manuales, porque alrededor de uno de cada cinco pacientes la rechaza.

Ojo. Cruzado, en la edición vigente (Vallejo, 2023, pág. 473), da las cifras de Leeuwerik et al. (rechazo del 15,6 %, abandonos entre el 10,4 % y el 15,9 %) y añade que son menores que las de otros tratamientos psicológicos y farmacológicos. El rechazo sigue siendo una limitación relevante, y la respuesta oficial se mantiene.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Pirámide. Cap. 12, págs. 394 y 399. Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. I. Dykinson. Cap. 10 (Cruzado), pág. 484. Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. I. Dykinson. Cap. 9 (Trastorno obsesivo-compulsivo, Cruzado), págs. 473 y 481.

EN EL ATLAS

Tema C13 · Tratamientos del TOC y trastornos relacionados. Se estudia con Fonseca Adultos (Base) y Vallejo Adultos (Ampliación).

204

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 1

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

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

Las preocupaciones improbables y no basadas en la realidad se tratan con exposición funcional cognitiva

Dugas y Ladouceur, en el manual de Caballo (2002), asignan una intervención a cada tipo de preocupación. Para las que se refieren a problemas **basados en la realidad y modificables** recomiendan la **solución de problemas**. La **exposición funcional cognitiva** se emplea para las preocupaciones sobre **acontecimientos altamente improbables** que no se apoyan en la realidad y que, por consiguiente, no son modificables. Crespo, en Vallejo (2023), recoge la misma distinción (Dugas y Ladouceur, 2000) y explica que en estas **preocupaciones hipotéticas** se usa la **exposición en imaginación** con prevención de las respuestas de evitación, para procesar los miedos nucleares que subyacen a la preocupación.

1. Es la técnica que Dugas y Ladouceur proponen para estas preocupaciones.
2. La relajación aplicada de Öst es una técnica de relajación muy difundida en el TAG, pero el programa de Dugas no la asigna a las preocupaciones hipotéticas.
3. Distraerse se opone al objetivo del módulo, que pide exponerse a las imágenes temidas con prevención de las respuestas de evitación cognitiva.
4. La meditación no es la intervención que el programa asigna a estas preocupaciones.
5. Las autoinstrucciones tampoco son la intervención que el programa asigna a estas preocupaciones.

Ojo. La edición vigente de Vallejo (2023) no usa el término «exposición funcional cognitiva» y habla de exposición en imaginación dentro del módulo de evitación emocional. El término literal está en el capítulo de Dugas y Ladouceur del manual de Caballo (2002). La Base del tema (Fonseca Adultos, cap. 11) no describe el programa de Dugas.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Caballo, V. E. (dir.) (2002). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, vol. 1 (2.ª ed.). Siglo XXI. Cap. 7 (Dugas y Ladouceur), págs. 230 y 232. Vallejo Pareja, M. A. y Vallejo-Slocker, L. (coords.) (2023). Manual de terapia de conducta, vol. I. Dykinson. Cap. 6 (Trastorno de ansiedad generalizada, Crespo), págs. 239, 255-256 y 264.

EN EL ATLAS

Tema C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad. Caballo 2002 no es fuente de este tema. Se estudia con Vallejo Adultos (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 140

205 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 5

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

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

La práctica reforzada es un tratamiento bien establecido para las fobias específicas infantiles

Fonseca recoge la revisión de **Davis y Ollendick (2005)** sobre los tratamientos con apoyo empírico para las **fobias específicas** en niños y adolescentes. Establecieron que la **práctica reforzada**, el **modelado participante** y la **exposición** son tratamientos «bien establecidos», y que la desensibilización sistemática en vivo y en imaginación y la TCC son «probablemente eficaces». Revisiones más recientes añaden como bien establecido el tratamiento de una sola sesión de Öst. En Caballo y Simón, la práctica reforzada se describe como un paquete de instrucciones facilitadoras, práctica en vivo, repetida y graduada de la aproximación a los estímulos fóbicos y refuerzo de las mejoras.

1. El entrenamiento en habilidades sociales no figura entre los tratamientos de la fobia específica que clasifican Davis y Ollendick.
2. Las imágenes emotivas son una variante de la desensibilización ideada por Lazarus y Abramovitz para niños pequeños. Vallejo y Rodríguez las proponen como alternativa cuando la exposición en vivo encuentra dificultades.
3. La terapia basada en el juego no figura entre los tratamientos bien establecidos de esa revisión.
4. La desensibilización por movimientos oculares no figura entre los tratamientos bien establecidos de esa revisión.
5. Es uno de los tres tratamientos bien establecidos según Davis y Ollendick.

Ojo. Vallejo y Rodríguez (2022, pág. 140) dan una versión más restrictiva: la exposición gradual en vivo es el único tratamiento bien establecido para la fobia específica en la infancia. La práctica reforzada es una exposición en vivo graduada con refuerzo, así que la respuesta oficial se sostiene con las dos obras.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 15, pág. 466. Caballo, V. E. y Simón, M. A. (dirs.) (2012). Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos generales. Pirámide. Cap. 2, págs. 76 y 79. Vallejo Pareja, M. A. y Rodríguez Muñoz, M. F. (2022). Manual de terapia de conducta en la infancia (4.ª ed.). Dykinson. Cap. 3, pág. 140.

EN EL ATLAS

Tema C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad. Se estudia con Fonseca I/A (Ampliación) y Vallejo Infantil (Consulta).

206

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B12 · Trastornos asociados a traumas y estresores (y trastornos del vínculo)

Respuesta correcta: 2

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

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

La conducta sexual inapropiada tras un abuso no es un síntoma del TEPT y necesita un tratamiento específico

La **conducta sexual inadecuada** es un problema común en los menores que han sufrido abuso sexual, y muchas veces es la pista por la que se descubre el abuso. El manual de terapia de conducta en la infancia la define como un conjunto de conductas persistentes centradas en la sexualidad y atípicas para el momento evolutivo. Añade que no puede encuadrarse dentro de la sintomatología del **trastorno de estrés postraumático** y que tampoco cabe esperar que desaparezca sin un **tratamiento específico**. Ninguno de los criterios del TEPT, ni en el DSM-IV ni en el DSM-5-TR, recoge la conducta sexual inapropiada del niño. Por eso la afirmación falsa es la 2.

1. Es lo que recoge el manual, que añade que muchas veces el abuso se descubre por esa conducta.
2. Es la afirmación falsa. La conducta sexual inadecuada no forma parte de los síntomas del TEPT y no se espera que desaparezca sin un tratamiento dirigido a ella.
3. Los programas que describe el manual trabajan con el menor y, en sesiones paralelas, con los padres o cuidadores, a quienes se enseña a supervisar la conducta sexual del niño.
4. El programa cognitivo-conductual en grupo de Bonner, Walker y Berliner, para menores de 6 a 12 años, incluye educación sexual, así que también llega a niños prepúberes.
5. El manual advierte de que el entrenamiento del niño no exime al padre no ofensor de su deber de protegerlo y mantenerlo seguro.

Ojo. La edición del manual que hay en el corpus es la 3.ª (2016); la pregunta se hizo con la anterior. La 4.ª edición (2022), la que usa el Atlas, menciona la reducción de la conducta sexual inapropiada con los programas de interacción entre padres e hijos (pág. 368), pero ya no la relaciona con el TEPT.

Trampa. La opción falsa encadena un dato erróneo (que sea criterio del TEPT) con una consecuencia que parece lógica (que se resuelva tratando el TEPT con exposición).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Comeche Moreno, M. I. y Vallejo Pareja, M. A. (2016). Manual de terapia de conducta en la infancia (3.ª ed.). Dykinson. Cap. 7, págs. 321-322. American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Trastorno por estrés postraumático, págs. 439-440.

EN EL ATLAS

Tema B12 · Trastornos asociados a traumas y estresores (y trastornos del vínculo. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2015 · n.º 189, PIR 2016 · n.º 74

207 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C9 · Tratamientos de los trastornos del control de impulsos y de la conducta

Respuesta correcta: 4

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

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

El programa de Barkley para padres incluye mejorar la conducta del niño en el colegio

Vallejo y Rodríguez describen el **programa de Barkley (1997)** para padres de niños de 8 a 11 años con problemas de conducta. Son diez sesiones de unas dos horas basadas en el **control conductual a partir de las consecuencias**, el uso de consecuencias positivas y la evitación de castigos, y el aprendizaje de los padres en órdenes, manejo de contingencias y solución de situaciones conflictivas. Entre sus sesiones figuran el **tiempo fuera**, el manejo en lugares públicos y **mejorar el comportamiento del niño en el colegio**. Díaz-Sibaja, en la 3.ª edición del manual, recoge entre los objetivos de la versión de Barkley y Benton (2002) **disminuir los conflictos familiares y los que puedan surgir en el contexto escolar**.

1. Los objetivos del programa son las interacciones familiares, la disminución de conflictos y los recursos de los padres para manejar la conducta del niño. Las habilidades sociales y comunicativas del hijo no figuran entre ellos.
2. El programa entrena a los padres en el manejo de contingencias, y el autocontrol del hijo no figura entre sus objetivos.
3. El programa incluye el tiempo fuera entre los procedimientos de reducción de conductas inadecuadas.
4. Es uno de sus objetivos, y una sesión se dedica al comportamiento en el colegio con la tarjeta de informe diario del profesor.
5. Las sesiones que describen los manuales se dirigen a los padres, que aplican lo aprendido en casa.

Ojo. La 4.ª edición no enumera los objetivos del programa. La frase del enunciado sobre los conflictos en el contexto escolar es de la 3.ª edición (2016, pág. 533), referida a «Mirando hacia adelante paso a paso» de Barkley y Benton (2002). La Base del tema (Fonseca I/A, cap. 10) solo nombra el «Modelo Barkley» en su tabla 10.3 de niveles de evidencia para el trastorno negativista desafiante.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. y Rodríguez Muñoz, M. F. (2022). Manual de terapia de conducta en la infancia (4.ª ed.). Dykinson. Cap. 13 (Problemas de conducta), pág. 608. Comeche Moreno, M. I. y Vallejo Pareja, M. A. (2016). Manual de terapia de conducta en la infancia (3.ª ed.). Dykinson. Cap. 12 (Díaz-Sibaja), págs. 532-534. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 10, tabla 10.3.

EN EL ATLAS

Tema C9 · Tratamientos de los trastornos del control de impulsos y de la conducta. Se estudia con Vallejo Infantil (Consulta) y Fonseca I/A (Base).

208

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C26 · Tratamientos del TEA

Respuesta correcta: 2

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

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

Intervenir en grupo no figura entre las pautas generales del tratamiento del TEA

Vallejo y Rodríguez señalan que existe un amplio consenso sobre las **pautas generales** que deben guiar el tratamiento del TEA. La primera son los programas de enseñanza **personalizados** y fundamentados en un **marco evolutivo**, porque las decisiones dependen de las condiciones concretas de cada individuo. La segunda, los contextos de intervención **muy estructurados y predecibles**. La tercera, los procedimientos de **aprendizaje sin errores**, que son los más eficaces porque el ensayo y error aumenta el negativismo, las alteraciones de conducta y la desmotivación. En la 3.ª edición del manual la lista terminaba con una cuarta pauta, **favorecer la motivación**. Intervenir en un marco grupal no figura entre ellas.

1. Es la primera de las pautas.
2. Es la que no figura entre las pautas, que insisten en ajustar objetivos y procedimientos a cada individuo.
3. Es la segunda pauta, con un ambiente relativamente simple y sin estímulos distractores.
4. Es la tercera pauta, la de los procedimientos más eficaces.
5. Era la cuarta pauta en la 3.ª edición del manual.

Ojo. En la 4.ª edición la lista se queda en tres pautas, y la motivación solo aparece al hablar de la heterogeneidad de las personas con TEA. La opción 5 era pauta literal en la 3.ª edición (2016, pág. 617). La Base del tema (Fonseca I/A, cap. 6) no recoge estas pautas generales.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. y Rodríguez Muñoz, M. F. (2022). Manual de terapia de conducta en la infancia (4.ª ed.). Dykinson. Cap. 15 (Trastorno del espectro del autismo), págs. 693-694. Comeche Moreno, M. I. y Vallejo Pareja, M. A. (2016). Manual de terapia de conducta en la infancia (3.ª ed.). Dykinson. Cap. 14 (Brioso Díez), págs. 616-617.

EN EL ATLAS

Tema C26 · Tratamientos del TEA. Se estudia con Vallejo Infantil (Consulta).

209

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C27 · Tratamientos del TDAH

Respuesta correcta: 1

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

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

La terapia combinada, farmacológica y psicológica, se considera la más eficaz en el TDAH

Fonseca recoge que varios autores establecen que el **tratamiento combinado** consigue resultados significativamente mejores que el **tratamiento farmacológico aislado** en el **TDAH** (Arnold et al., 2015). Las pautas de la Academia Americana de Pediatría ordenan el tratamiento por edades. En preescolares, tratamiento conductual con pautas para padres; en **educación primaria, el tratamiento combinado** (farmacológico y conductual); y en adolescentes, el farmacológico. Según la gravedad, se recomienda el tratamiento psicológico cuando es media y el **combinado cuando es severa**.

1. Es el trastorno en el que el manual presenta la combinación de fármaco y tratamiento conductual como la opción más eficaz.
2. En la depresión de niños y adolescentes, las recomendaciones del NICE priorizan claramente la psicoterapia frente a la medicación antidepresiva.
3. En la enuresis, el método de la alarma es el tratamiento con mayor respaldo científico, tanto entre los psicológicos como entre los farmacológicos.
4. En la encopresis, el tratamiento con más respaldo combina intervenciones médicas (laxantes, hábitos dietéticos) con estrategias conductuales, aunque con importantes limitaciones.
5. En los trastornos de ansiedad infantiles, la terapia cognitivo-conductual es el tratamiento de elección y el único bien establecido.

Ojo. Fonseca (pág. 366) también llama «tratamiento combinado» al de la encopresis, que une intervenciones médicas (uso de laxantes, hábitos dietéticos) y estrategias conductuales. La opción 4 puede confundir, pero la pregunta pide la combinación de fármacos y terapia psicológica como alternativa más eficaz, que el manual asigna al TDAH.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 7, págs. 219, 221 y 223; cap. 12, págs. 362 y 366. Vallejo Pareja, M. A. y Rodríguez Muñoz, M. F. (2022). Manual de terapia de conducta en la infancia (4.ª ed.). Dykinson. Cap. 3, pág. 147; cap. 7, pág. 314.

EN EL ATLAS

Tema C27 · Tratamientos del TDAH. Se estudia con Fonseca I/A (Base). Fonseca I/A es Base del tema C25.

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 170

210

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C4 · Tratamientos de los trastornos alimentarios y de la ingestión

Respuesta correcta: 3

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

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

La práctica masiva se ha empleado en el tratamiento del trastorno de rumiación

Fonseca explica que la **rumiación**, como la pica, suele mantenerse por **refuerzo automático**. Las intervenciones más tradicionales se centraban en **estrategias aversivas** (sustancias de sabor desagradable), la **sobrecorrección** o la **práctica masiva (dietas saciantes)**. Después se han sustituido por otras que parten del análisis funcional, como la alimentación suplementaria, los alimentos preferidos en momentos predeterminados o el acceso continuo a estimulación alternativa, y también se recomienda la inversión del hábito. Izquierdo et al. incluyen la **práctica masiva o saciación** entre las técnicas de terapia de conducta para el trastorno por rumiación, con nivel de evidencia 3, en fase experimental.

1. En la pica, la revisión que recoge Fonseca destaca el tiempo fuera y los estímulos aversivos contingentes, entre otras estrategias, sin mencionar la práctica masiva.
2. La bulimia nerviosa no es un trastorno de la ingestión propio de la infancia, y la práctica masiva se describe para la rumiación.
3. Es el trastorno para el que los manuales describen la práctica masiva.
4. La anorexia infantil no es el cuadro para el que se describe la práctica masiva.
5. Para el trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos, Izquierdo et al. recogen técnicas operantes (coste de respuesta, moldeamiento, reforzamiento, desvanecimiento estimular, castigo), sin práctica masiva.

Ojo. La edición vigente de Fonseca presenta la práctica masiva como una intervención tradicional, ya sustituida por procedimientos derivados del análisis funcional, y la tabla de Izquierdo et al. la sitúa en fase experimental. La respuesta oficial se sostiene porque la pregunta pide el trastorno en el que se ha usado.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 13, pág. 385. Izquierdo Elizo, A., Cuéllar Flores, I. y Padilla Torres, D. (coords.) (2021). Manual de psicología clínica de la infancia y la adolescencia. Bases para una nueva especialidad. McGraw-Hill. Cap. 49, tabla 49.3, pág. 338.

EN EL ATLAS

Tema C4 · Tratamientos de los trastornos alimentarios y de la ingestión. Se estudia con Fonseca I/A (Ampliación).

211

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C29 · Tratamientos de los trastornos del movimiento y desarrollo motor

Respuesta correcta: 2

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

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

La exposición con prevención de respuesta se ha aplicado con éxito a los tics del síndrome de Tourette

Fonseca describe la **exposición con prevención de respuesta** entre los tratamientos de los **tics**. Se pide al joven que **suprima sus tics** durante períodos prolongados, de modo que queda expuesto a las **sensaciones premonitorias** asociadas a la expresión del tic y se adapta a ellas, con lo que disminuye la necesidad de producirlo. Dos estudios de caso único la encontraron eficaz, y hoy se considera efectiva, aunque sus efectos a largo plazo están por determinar. La tabla 8.10 la incluye entre los tratamientos de los tics, junto a la **reversión del hábito**, la intervención comprensiva conductual (C-BIT) y la práctica negativa masiva.

1. En la encopresis, el tratamiento con más respaldo combina intervenciones médicas con estrategias conductuales como el entrenamiento en el uso del baño.
2. Los tics son el problema para el que el manual describe el uso eficaz de la EPR.
3. En el TDAH el manual recomienda tratamiento conductual, combinado o farmacológico según la edad y la gravedad.
4. No es el problema para el que el manual describe la aplicación de la EPR.
5. Tampoco es el problema para el que el manual describe la aplicación de la EPR.

Ojo. El manual habla de tics en niños y jóvenes en general, y la pregunta los concreta en el síndrome de Tourette.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 8, tabla 8.10, pág. 245; pág. 247. Cap. 7, págs. 221 y 223; cap. 12, pág. 366.

EN EL ATLAS

Tema C29 · Tratamientos de los trastornos del movimiento y desarrollo motor. Se estudia con Fonseca I/A (Base).

212

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C25 · Tratamientos de los trastornos de la excreción · Anulada

Anulada

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

1. Si el sonido de la alarma no despierta al niño, debería ser despertado por el adulto lo antes posible y mientras la alarma continúa sonando.
2. El sonido del timbre puede inhibir el flujo de orina incluso si el niño no llega a despertarse.
3. Se aconseja restringir la ingesta de líquidos durante la primera semana para incrementar la posibilidad de que el niño tenga experiencias iniciales de éxito.
4. Existe la suficiente evidencia empírica sobre esta técnica como para considerarla un tratamiento bien establecido.
5. Este método puede ser combinado con el tratamiento denominado "Entrenamiento en cama seca".

La pregunta sobre el método de la alarma en la enuresis se anuló

El Ministerio **anuló** la pregunta. El comentario de partida considera que había **más de una opción correcta**, la 1, la 2 y la 4. Fonseca presenta el **método de la alarma** como el tratamiento con mayor respaldo científico entre los psicológicos y los farmacológicos y lo considera **bien establecido** y de elección para la enuresis, lo que coincide con la opción 4. Describe la secuencia que el niño debe seguir cada vez que oye la alarma (levantarse, desconectarla, ir al baño, ponerse una muda limpia y volver a la cama) y sitúa el **entrenamiento en cama seca**, que incluye la alarma entre sus elementos, como una alternativa igualmente bien establecida.

1. Según el comentario de partida, si la alarma no despierta al niño los padres deben despertarlo, y es el niño quien la desconecta. Fonseca incluye desconectar la alarma en la secuencia que sigue el niño.
2. El comentario de partida da por cierto que el sonido suele inhibir el flujo de orina aunque el niño no llegue a despertarse.
3. Restringir líquidos no forma parte del método. En la fase de sobreaprendizaje se aumenta la cantidad de líquido antes de dormir.
4. Fonseca lo considera un tratamiento bien establecido y de elección para la enuresis.
5. El entrenamiento en cama seca ya incluye la alarma entre sus elementos (tabla 12.5).

Ojo. El comentario de partida se apoya en la Guía de tratamientos psicológicos eficaces III (infancia y adolescencia), que no está en el corpus. Sin conjeturar el motivo oficial de la anulación, las opciones 1, 2 y 4 tienen apoyo en ese comentario, y la 4 también en Fonseca.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 12, págs. 362-363 y tabla 12.5. Vallejo Pareja, M. A. y Rodríguez Muñoz, M. F. (2022). Manual de terapia de conducta en la infancia (4.ª ed.). Dykinson. Cap. 10, pág. 447.

EN EL ATLAS

Tema C25 · Tratamientos de los trastornos de la excreción. Se estudia con Fonseca I/A (Base) y Vallejo Infantil (Ampliación).

213

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C14 · Tratamientos de los trastornos depresivos

Respuesta correcta: 3

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

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

El automodelado no forma parte del curso de Lewinsohn para adolescentes deprimidos

La tabla 4 de Vallejo y Rodríguez resume el **Curso de Afrontamiento de la Depresión-Versión Adolescente** de **Lewinsohn**, en formato grupal para adolescentes de 13 a 18 años, 16 sesiones de 120 minutos en 8 semanas, con **actividades agradables, autocontrol, relajación, reestructuración cognitiva, entrenamiento en habilidades sociales, solución de conflictos, habilidades de comunicación** y mantenimiento de logros y prevención de recaídas. Caballo y Simón recogen un ensayo del curso con una condición de **adolescentes y padres**. El **automodelado** aparece en esa literatura como un tratamiento distinto, comparado en otro estudio con una versión abreviada del curso y con la relajación.

1. El autocontrol figura entre las técnicas principales del curso.
2. La relajación figura entre las técnicas principales del curso.
3. No figura en el curso, y en el estudio que recogen Caballo y Simón fue una condición de tratamiento distinta.
4. Los ensayos del curso incluyeron una condición de adolescentes y padres, y el comentario de partida cuenta la participación de los padres entre sus componentes.
5. La solución de conflictos figura entre las técnicas principales del curso.

TABLA 4. CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE DOS PROGRAMAS MULTICOMPONENTES PARA LA DEPRESIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE

Características	ACCIÓN (Stark)	Curso de Afrontamiento de la Depresión-Versión Adolescente (Lewinsohn)
Población diana	Niños (8-13 años)	Adolescentes (13-18 años)
Formato	Grupal	Grupal
Duración	30 semanas	8 semanas
Sesiones	30 (45-50 minutos)	16 (120 minutos)
Técnicas principales	Actividades agradables; Autocontrol; Relajación; Reestructuración cognitiva; Entrenamiento en asertividad; Solución de problemas; Solución de problemas interpersonales; Educación emocional; Autoinstrucciones	Actividades agradables; Autocontrol; Relajación; Reestructuración cognitiva; Entrenamiento en habilidades sociales; Solución de conflictos; Habilidades de comunicación; Mantenimiento de logros y prevención de recaídas

Fuente: Vallejo Pareja y Rodríguez Muñoz (2022), cap. 7, tabla 4, pág. 316

Ojo. La tabla 4 de la edición vigente no nombra la participación de los padres. La opción 4 se descarta con los ensayos de Lewinsohn que recogen Caballo y Simón y con el comentario de partida. Fonseca (pág. 505) recuerda que el curso para adolescentes se clasificó como «probablemente eficaz» en la revisión de Kaslow y Thompson (1998).

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. y Rodríguez Muñoz, M. F. (2022). Manual de terapia de conducta en la infancia (4.ª ed.). Dykinson. Cap. 7 (Depresión), tabla 4, pág. 316. Caballo, V. E. y Simón, M. A. (dirs.) (2012). Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos generales. Pirámide. Cap. 5 (depresión), págs. 167 y

	169. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 16, pág. 505.
EN EL ATLAS	Tema C14 · Tratamientos de los trastornos depresivos. Se estudia con Vallejo Infantil (Consulta) y Fonseca I/A (Ampliación).

214

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C14 · Tratamientos de los trastornos depresivos

Respuesta correcta: 2

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

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

La TCC y la terapia interpersonal no tienen evidencia sólida en niños que aún no han llegado a la pubertad

Vallejo y Rodríguez recogen las recomendaciones de la guía **NICE (2019)**. En la depresión leve, opciones como la TCC digital o grupal, la **terapia grupal de apoyo no directiva** o la terapia interpersonal grupal. En la moderada a grave, para niños de 5 a 11 años, terapia interpersonal basada en la familia, **terapia familiar**, psicoterapia psicodinámica o TCC individual, y para adolescentes **TCC individual durante al menos 3 meses**. La medicación antidepresiva no se ofrece **salvo en combinación con una terapia psicológica concurrente**. Fonseca añade que la catalogación actual de la TCC para la **depresión infantil** es de nivel C, posiblemente eficaz, mientras que en adolescentes la TCC individual tiene grado A.

1. Es una recomendación del NICE para la depresión moderada a grave.
2. Es la afirmación incorrecta. En la depresión infantil la TCC solo alcanza hoy el nivel de posiblemente eficaz, y la evidencia sólida de la TCC individual se refiere a adolescentes.
3. La terapia de apoyo no directiva figura entre las opciones para la depresión leve. La versión de 2019 que recoge el manual habla de TCC digital en lugar de autoayuda guiada.
4. El NICE pide TCC individual durante al menos 3 meses en los adolescentes con depresión moderada a grave.
5. La terapia familiar figura entre las opciones para la depresión moderada a grave en niños de 5 a 11 años.

Ojo. La pregunta se hizo con la guía NICE de 2005. La versión de 2019 que recoge el manual cambia algunos detalles (la autoayuda guiada de la opción 3 pasa a TCC digital, y la duración de 3 meses se fija para la TCC individual en adolescentes), pero la afirmación incorrecta sigue siendo la 2.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA	Vallejo Pareja, M. A. y Rodríguez Muñoz, M. F. (2022). Manual de terapia de conducta en la infancia (4.ª ed.). Dykinson. Cap. 7 (Depresión), págs. 313-314. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 16, págs. 507-508.
EN EL ATLAS	Tema C14 · Tratamientos de los trastornos depresivos. Se estudia con Vallejo Infantil (Consulta) y Fonseca I/A (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 190

215 TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad

Respuesta correcta: 5

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

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

Las técnicas eficaces para las fobias infantiles comparten la interacción con el estímulo fóbico

Caballo y Simón concluyen que el **tratamiento de elección** de las fobias específicas en la infancia es la **interacción con los estímulos fóbicos**, mediante exposición pasiva, como permanecer a solas en la oscuridad, o **aproximación activa**, como pasear a un perro adiestrado. El **denominador común** de las técnicas utilizadas (desensibilización sistemática, inundación, **práctica reforzada**, aproximaciones sucesivas y modelado) es alguna forma de interaccionar con la estimulación fóbica, y un componente adicional es la reorganización de las contingencias. Fonseca recoge como bien establecidos la práctica reforzada, el modelado participante y la exposición (Davis y Ollendick, 2005).

1. Cambiar las creencias sobre la peligrosidad del estímulo es tarea de las técnicas cognitivas, que en las fobias infantiles se usan como complemento.
2. Inducir relajación o bienestar ante el estímulo es propio de la desensibilización sistemática y de sus variantes, pero la práctica reforzada no lo incluye.
3. La interacción del terapeuta con el estímulo es propia del modelado, y en la práctica reforzada es el niño quien se aproxima.
4. Las autoinstrucciones son técnicas cognitivas, que el manual sitúa como complemento de la exposición.
5. Es el elemento que comparten, alguna forma de interacción con la estimulación fóbica, que en la práctica reforzada es una práctica en vivo, repetida y graduada.

Ojo. La opción 5 del cuadernillo dice «relación gradual en vivo», que el comentario de partida lee como interacción gradual en vivo. Es la forma que toma la interacción con el estímulo en las técnicas bien establecidas.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Caballo, V. E. y Simón, M. A. (dirs.) (2012). Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos generales. Pirámide. Cap. 2, págs. 79, 81 y 89. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 15, pág. 466.

EN EL ATLAS

Tema C10 · Tratamientos de los trastornos de ansiedad. Caballo y Simón no es fuente de este tema. Se estudia con Fonseca I/A (Ampliación).

216

TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

C6 · Tratamientos de los trastornos del sueño-vigilia

Respuesta correcta: 4

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

1. Se entrena a los padres para extinguir, ignorándolas, las manifestaciones de ansiedad del niño que ha sufrido una pesadilla.
2. El objetivo principal es asegurar la seguridad física del niño.
3. Las técnicas de exposición y la desensibilización sistemática se consideran tratamientos bien establecidos.
4. La técnica de repaso en imaginación es la que ha recibido el mayor apoyo empírico. ✓
5. No existen estudios acerca de la eficacia terapéutica de la hipnosis.

El repaso en imaginación es la técnica con mayor apoyo empírico para las pesadillas

Comeche, en Vallejo (2012), revisa las técnicas para las pesadillas con investigación empírica. La **desensibilización sistemática** se considera **bien establecida**, la exposición masiva o inundación queda **en fase experimental** y la autoexposición se considera probablemente eficaz. El procedimiento que más aportaciones está haciendo es el **repaso en imaginación** (IRT), considerado **bien establecido**, en el que se selecciona una pesadilla, se elabora una nueva versión y se ensaya. La **hipnosis** se ha usado con éxito en adultos y en niños, con estudios de caso único. Para la infancia, Fonseca describe la desensibilización sistemática aplicada a los elementos de la pesadilla que generan miedo.

1. Extinguir la ansiedad del niño ignorándola no figura entre las técnicas con investigación empírica que revisa el capítulo.
2. Las técnicas revisadas para las pesadillas se dirigen a su contenido y al miedo que provocan, y la seguridad física no es su objetivo.
3. La desensibilización sistemática está bien establecida, pero la exposición en formato de inundación sigue en fase experimental.
4. Es la técnica que más aportaciones ha hecho y se considera bien establecida.
5. Hay estudios de caso único sobre la hipnosis en adultos y en niños.

Ojo. Comeche califica el repaso en imaginación como bien establecido para las pesadillas en adultos. Vallejo y Rodríguez (2022, págs. 507-509) lo describen en el capítulo infantil y recogen ensayos controlados aleatorios que lo apoyan.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Vallejo Pareja, M. A. (coord.) (2012). Manual de terapia de conducta (2.ª ed.), vol. II. Dykinson. Cap. 8 (Trastornos del sueño, Comeche Moreno), págs. 579-582. Fonseca-Pedrero, E. (coord.) (2021). Manual de tratamientos psicológicos. Infancia y adolescencia. Pirámide. Cap. 14, pág. 416. Vallejo Pareja, M. A. y Rodríguez Muñoz, M. F. (2022). Manual de terapia de conducta en la infancia (4.ª ed.). Dykinson. Cap. 11, págs. 507-509.

EN EL ATLAS

Tema C6 · Tratamientos de los trastornos del sueño-vigilia. Se estudia con Vallejo Adultos 2012 (Base) y Fonseca I/A (Ampliación).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 100

217 PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y DE LA ENFERMEDAD

D13 · Cáncer y enfermedad terminal

Respuesta correcta: 5

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

1 Depresión.

2 Ira o enojo.

3 Negociación.

4 Aceptación.

5 Negación. ✓

La negación suele ser la reacción inicial ante la expectativa de la muerte

Amigo recoge en el cuadro 14.1 la **teoría de las cinco etapas** de **Kübler-Ross** (1969) sobre el afrontamiento de la muerte. La **negación** suele ser la **reacción inicial** de una persona al recibir el diagnóstico de una enfermedad terminal. Es una estrategia de afrontamiento que evita las consecuencias de asumir la enfermedad y que, a corto plazo, puede ser útil y protectora. Le siguen el **enojo**, que suele empezar con la pregunta «¿por qué a mí?»; la **negociación**, tercera etapa, en la que algunos pacientes intercambian buen comportamiento por buena salud; la depresión y la aceptación. El manual advierte que las etapas no se dan en un orden estricto ni todas las personas pasan por ellas.

1 La depresión es una etapa posterior a la negociación.

2 El enojo es la segunda etapa y suele comenzar con la pregunta «¿por qué a mí?».

3 La negociación es la tercera etapa que propone la autora.

4 La aceptación es la última etapa.

5 Es la reacción inicial al recibir un diagnóstico de enfermedad terminal.

Ojo. La primera frase del cuadro 14.1 de la 4.ª edición enumera las etapas como «negación, enojo, tristeza, depresión y aceptación», pero el desarrollo del mismo cuadro llama a la tercera «negociación», como el enunciado.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Amigo Vázquez, I. (2020). Manual de psicología de la salud (4.ª ed.). Pirámide. Cap. 14, apdo. 5, cuadro 14.1, PDF págs. 349-350 (capa de texto cifrada, leído sobre la imagen).

EN EL ATLAS

Tema D13 · Cáncer y enfermedad terminal. Se estudia con Amigo (Base).

218

PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y DE LA ENFERMEDAD

D1 · La psicología de la salud: modelos y fundamentos

Respuesta correcta: 2

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

1 Conductismo.

2 Psicoanálisis. ✓

3 Existencialismo.

4 Cognitivismo.

5 Psicología Sistémica.

La primera etapa de la medicina psicosomática estuvo dominada por el psicoanálisis

Amigo explica que la **medicina psicosomática** fue el primer intento de investigar, dentro del ámbito médico, las relaciones entre las variables psicosociales y las alteraciones psicofisiológicas. Se describen dos momentos en su evolución (Lipowski, 1986). El primero, **entre 1935 y 1960**, se caracteriza por la notable influencia del **psicoanálisis**, y la disciplina se centró en la etiología y la patogénesis de la enfermedad física desde una perspectiva **abiertamente psicodinámica**, y Alexander (1950) señalaba enfermedades como el asma, la úlcera de duodeno o la hipertensión esencial. Después se abandonaron progresivamente las **formulaciones psicoanalíticas** y se buscó una base de conocimiento más sólida y técnicas terapéuticas eficaces.

1 El conductismo no es la orientación que el manual asocia a la primera etapa.

2 Es la orientación que caracteriza la primera etapa.

3 El existencialismo no es la orientación de la primera etapa.

4 El cognitivismo no es la orientación de la primera etapa.

5 La psicología sistémica no es la orientación de la primera etapa.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Amigo Vázquez, I. (2020). Manual de psicología de la salud (4.ª ed.). Pirámide. Cap. 1, apdo. 2.1.1, PDF págs. 21-22 (capa de texto cifrada, leído sobre la imagen).

EN EL ATLAS

Tema D1 · La psicología de la salud: modelos y fundamentos. Se estudia con Amigo (Base).

219

PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y DE LA ENFERMEDAD

D5 · Control del peso, dietas y trastornos alimentarios

Respuesta correcta: 2

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

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

Un IMC de 26 corresponde a un sobrepeso de grado I con riesgo nulo

Amigo presenta el **índice de masa corporal** (peso en kg dividido por la altura en metros al cuadrado) y la tabla 3.6, que relaciona los niveles de peso con su **riesgo para la salud** promediando las aportaciones de distintos autores. Un IMC entre **25 y 26,9** corresponde al **sobrepeso grado I**, con un nivel de riesgo **nulo**, igual que el peso normal (18,5-24,9). El manual añade que no puede hablarse de un peso ideal sino de un rango de peso adecuado, y que en uno de los mejores estudios la tasa de mortalidad fue incluso algo menor en el rango del sobrepeso (25-26,9) que en el del peso normal.

1. El peso normal llega hasta un IMC de 24,9.
2. Es la clase y el nivel de riesgo que la tabla asigna a un IMC de 25 a 26,9.
3. La obesidad grado I empieza en un IMC de 30 y conlleva riesgo moderado.
4. La obesidad grado II corresponde a un IMC de 35 a 39,9, con riesgo elevado.
5. La obesidad mórbida corresponde a un IMC superior a 40, con riesgo muy elevado.

TABLA 3.6. NIVELES DE PESO Y SU RIESGO PARA LA SALUD

IMC	Clase de peso	Nivel de riesgo
18,5-24,9	Peso normal	Nulo.
25-26,9	Sobrepeso grado I	Nulo.
27-29,9	Sobrepeso grado II	Ligero.
30-34,9	Obesidad grado I	Moderado.
35-39,9	Obesidad grado II	Elevado.
>40	Obesidad mórbida	Muy elevado.

Fuente: Amigo Vázquez (2020), cap. 3, tabla 3.6, PDF pág. 79 (capa de texto cifrada, leída sobre la imagen)

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Amigo Vázquez, I. (2020). Manual de psicología de la salud (4.ª ed.). Pirámide. Cap. 3, apdo. 4.1, tabla 3.6, PDF pág. 79 (capa de texto cifrada, leído sobre la imagen). Amigo Vázquez, I. (2012). Manual de psicología de la salud (3.ª ed.). Pirámide. Cap. 3, tabla 3.6, pág. 53.

EN EL ATLAS

Tema D5 · Control del peso, dietas y trastornos alimentarios. Se estudia con Amigo (Base).

220

PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y DE LA ENFERMEDAD

D1 · La psicología de la salud: modelos y fundamentos

Respuesta correcta: 4

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

1 Conducta de enfermedad.

2 Conducta anormal de enfermedad.

3 Síndrome de Adaptación General.

4 Burnout. ✓

5 Personalidad resistente.

El Inventario de Maslach evalúa el burnout o síndrome de estar quemado en el trabajo

Amigo define el **burnout** como un tipo de estrés laboral crónico que tiene su origen en la falta de control sobre el trabajo, de modo que la persona percibe que, por mucho que haga, no obtiene ningún reconocimiento adicional. Describe tres componentes, el **cansancio emocional**, la **baja realización personal** y la **despersonalización**, y señala que el cansancio emocional puede considerarse la dimensión central del síndrome. El **Maslach Burnout Inventory** es, probablemente, el **cuestionario de referencia** para su evaluación. El manual añade que las mujeres quemadas suelen puntuar alto sobre todo en cansancio emocional y los hombres en despersonalización.

1 La conducta de enfermedad es un concepto distinto, procedente de la sociología médica (Mechanic).

2 La conducta anormal de enfermedad tampoco es lo que mide el inventario.

3 El síndrome general de adaptación no es el constructo que mide este inventario.

4 Es el constructo para el que el inventario es el cuestionario de referencia.

5 La personalidad resistente es otro constructo y no lo evalúa el inventario de Maslach.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Amigo Vázquez, I. (2020). Manual de psicología de la salud (4.ª ed.). Pirámide. Cap. 9, apdo. 4.2.1, PDF págs. 226-227 (capa de texto cifrada, leído sobre la imagen). Amigo Vázquez, I. (2012). Manual de psicología de la salud (3.ª ed.). Pirámide. Cap. 7, apdo. 3.7, pág. 122.

EN EL ATLAS

Tema D1 · La psicología de la salud: modelos y fundamentos. Se estudia con Amigo (Consulta).

221

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B9 · Estrés

Respuesta correcta: 5

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

1 Mechanic.

2 Matarazzo.

3 Zola.

4 Lazarus.

5 Holmes y Rahe. ✓

Holmes y Rahe fueron los primeros en relacionar empíricamente los sucesos vitales con la enfermedad

Amigo señala que **Holmes y Rahe** (1967) fueron los **primeros investigadores** que corroboraron de un modo empírico la relación entre los **eventos vitales estresantes** y el desarrollo de la enfermedad física. Lo probaron con la **Social Readjustment Rating Scale** (SRRS), que da un índice cuantitativo en **unidades de cambio vital**. La acumulación de una puntuación alta en un período determinado incrementaba el riesgo de enfermedad física, aunque no permitía predecir el tipo de enfermedad. Belloch, Sandín y Ramos añaden que el grupo de Holmes publicó el **primer método escalado para cuantificar el estrés psicosocial** y que de ahí se universalizó una línea de investigación sobre estrés y salud que sigue vigente.

1. Mechanic es el autor del concepto de conducta de enfermedad, procedente de la sociología médica.
2. Matarazzo es el autor de la definición de la psicología de la salud que Amigo considera vigente y ampliamente aceptada.
3. Zola no es el autor al que los manuales atribuyen la primera investigación sobre los sucesos vitales.
4. Lazarus representa el enfoque del estrés centrado en la interacción, mientras que Holmes y Rahe representan el centrado en el estímulo.
5. Son los primeros investigadores que corroboraron empíricamente esa relación.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Amigo Vázquez, I. (2020). Manual de psicología de la salud (4.ª ed.). Pirámide. Cap. 9, apdo. 4.3, PDF pág. 231; cap. 1, PDF pág. 20 (capa de texto cifrada, leído sobre la imagen). Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 12, págs. 372 y 381-382. Amigo Vázquez, I. (2012). Manual de psicología de la salud (3.ª ed.). Pirámide. Cap. 7, apdo. 3.7, pág. 122.

EN EL ATLAS

Tema B9 · Estrés. Se estudia con Belloch 2020 (Base) y Amigo (Consulta).

222

PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y DE LA ENFERMEDAD

D10 · Dolor crónico y fibromialgia

Respuesta correcta: 4

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

1 Cáncer.

2 Infección por VIH.

3 Problemas renales.

4 Dolor. ✓

5 Trastornos cardiovasculares.

La teoría de la puerta de Melzack y Wall es una teoría explicativa del dolor

Amigo presenta la **teoría de la puerta** entre las **teorías explicativas del dolor**. Según Melzack, sostiene que la actividad neural aferente de los **nociceptores periféricos** está modulada en el **asta dorsal de la médula**, que actúa como una puerta que impide o no el paso de los impulsos nerviosos que proceden de los nociceptores y del córtex. Esta teoría abrió nuevas perspectivas, y el **dolor** dejó de verse como un producto lineal del daño tisular y pasó a entenderse como un **fenómeno complejo**, vinculado también con el estado emocional, los aspectos motivacionales y de reforzamiento y los factores atencionales.

1 El cáncer no es el ámbito de la teoría, aunque el dolor pueda acompañarlo.

2 La infección por VIH no es el ámbito de la teoría.

3 Los problemas renales no son el ámbito de la teoría.

4 Es una teoría explicativa del dolor.

5 Los trastornos cardiovasculares no son el ámbito de la teoría.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Amigo Vázquez, I. (2020). Manual de psicología de la salud (4.ª ed.). Pirámide. Cap. 10, apdo. 2, PDF págs. 255-257 (capa de texto cifrada, leído sobre la imagen).

EN EL ATLAS

Tema D10 · Dolor crónico y fibromialgia. Se estudia con Amigo (Base).

223 PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y DE LA ENFERMEDAD

D13 · Cáncer y enfermedad terminal

Respuesta correcta: 2

¿Para qué enfermedad se ha desarrollado la Terapia Psicológica Adyuvante de Moorey y Greer?:

1 Fibromialgia.

2 Cáncer. ✓

3 Colon irritable.

4 Asma bronquial.

5 Hipertensión.

La terapia psicológica adyuvante de Moorey y Greer se desarrolló para pacientes con cáncer

La Guía de tratamientos psicológicos eficaces II presenta la **terapia psicológica adyuvante** (TPA, Greer, 1995) como un programa de tratamiento **cognitivo-conductual** para pacientes con **cáncer**, desarrollado en el hospital Royal Marsden (Sutton, Reino Unido) y derivado de la **terapia cognitiva de Beck**. Parte de la premisa de que el estrés relacionado con el cáncer depende del significado personal de la enfermedad y de las estrategias de afrontamiento del paciente. Moorey et al. (1998) la compararon con el counselling de soporte en pacientes con dificultades de adaptación, y obtuvo mejores resultados en espíritu de lucha, afrontamiento del cáncer y reducción de la ansiedad.

1 La fibromialgia no es la enfermedad para la que se desarrolló.

2 Es la enfermedad para la que se desarrolló el programa.

3 El colon irritable no es la enfermedad para la que se desarrolló.

4 El asma bronquial no es la enfermedad para la que se desarrolló.

5 La hipertensión no es la enfermedad para la que se desarrolló.

Ojo. La Base del tema (Amigo, cap. 14) no describe la terapia psicológica adyuvante; solo recoge que Greer, Morris y Pettingale plantearon que el espíritu de lucha ante la enfermedad aumentaba la supervivencia.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Rodríguez, C. y Amigo Vázquez, I. (coords.) (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces II. Psicología de la salud. Pirámide. Cap. 2 (cáncer), págs. 67-68. Amigo Vázquez, I. (2020). Manual de psicología de la salud (4.ª ed.). Pirámide. Cap. 14, PDF pág. 351 (capa de texto cifrada, leído sobre la imagen).

EN EL ATLAS

Tema D13 · Cáncer y enfermedad terminal. Se estudia con Guía de tratamientos eficaces II (Ampliación) y Amigo (Base).

224

PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y DE LA ENFERMEDAD

D5 · Control del peso, dietas y trastornos alimentarios

Respuesta correcta: 1

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

1 Efecto suelo de las dietas. ✓

2 Efecto techo de las dietas.

3 Setpoint.

4 Mantenimiento autoimpuesto.

5 Efecto de resistencia.

El efecto suelo de las dietas es la restricción calórica creciente que exige seguir perdiendo peso

Amigo describe el experimento de **Keys et al.** con un grupo de voluntarios sometidos a un programa experimental para estudiar los efectos del hambre. Perdieron peso rápidamente al principio, pero pronto el ritmo se aminoró y prácticamente se detuvo. De ahí deriva lo que puede denominarse **efecto suelo de las dietas**, que se refiere al **continuo incremento de la restricción calórica** que se requiere en la dieta, a partir de un determinado momento, **para seguir perdiendo peso**. Su contrapartida es el **efecto techo de la sobrealimentación**, porque una sobrealimentación continua deja de servir para ganar peso. El concepto de **setpoint** permite comprender, en cierta medida, ambos efectos.

1 Es el nombre que el manual da a este fenómeno.

2 El efecto techo es el fenómeno contrario, el de la sobrealimentación que deja de servir para ganar peso.

3 El setpoint es el concepto que permite explicar el efecto suelo y el efecto techo.

4 El mantenimiento autoimpuesto no es un término del manual para este fenómeno.

5 El efecto de resistencia no es un término del manual para este fenómeno.

Para fijarlo. En el suelo cuesta cada vez más bajar; en el techo cuesta cada vez más subir.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Amigo Vázquez, I. (2020). Manual de psicología de la salud (4.ª ed.). Pirámide. Cap. 3, apdos. 2.1-2.3, PDF págs. 57-60 (capa de texto cifrada, leído sobre la imagen).

EN EL ATLAS

Tema D5 · Control del peso, dietas y trastornos alimentarios. Se estudia con Amigo (Base).

225

PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y DE LA ENFERMEDAD

D2 · Creencias sobre la salud, personalidad y conducta de salud

Respuesta correcta: 3

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

1 Modelo Transteórico.

2 Modelo de Acción Razonada.

3 Modelo de Creencias de Salud. ✓

4 Modelo PRECEDE-PORCEED.

5 Modelo de Competencia.

El modelo de creencias sobre la salud se basa en la susceptibilidad y la severidad percibidas

Según Amigo, para los autores del **modelo de la creencia sobre la salud**, **Becker y Maiman**, las conductas de salud están determinadas por la **vulnerabilidad percibida** por el sujeto respecto a lo amenazada que se encuentra su salud. La disposición de una persona a adoptar una conducta de salud depende de la **susceptibilidad a la enfermedad** (tengo una alta probabilidad de desarrollar un cáncer), la **severidad de la enfermedad** (el cáncer es una enfermedad grave), el coste y los beneficios de la conducta preventiva y las claves para actuar, internas o externas.

1 El modelo transteórico no es el que el manual asocia a la susceptibilidad y la severidad percibidas.

2 La teoría de la acción razonada de Fishbein y Ajzen es la base de la teoría de la conducta planeada y no se centra en esas dos percepciones.

3 Es el modelo que se basa en la susceptibilidad y la severidad percibidas.

4 El modelo PRECEDE-PROCEED no es el que el manual asocia a esas percepciones.

5 El modelo de competencia no es el que el manual asocia a esas percepciones.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Amigo Vázquez, I. (2020). Manual de psicología de la salud (4.ª ed.). Pirámide. Cap. 2, apdo. 4.1, PDF págs. 36-38 (capa de texto cifrada, leído sobre la imagen).

EN EL ATLAS: Tema D2 · Creencias sobre la salud, personalidad y conducta de salud. Se estudia con Amigo (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 102, PIR 2025 · n.º 89

226 DIFERENCIAS INDIVIDUALES Y PERSONALIDAD

H7 · Herencia y ambiente

Respuesta correcta: 5

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

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

La varianza debida a las influencias que comparten los miembros de una familia es la del ambiente compartido

Sánchez-Elvira expone el modelo lineal de la genética de la conducta, que distingue cinco componentes en la **varianza fenotípica** de un rasgo en una población. La **varianza genotípica** es la proporción de la variabilidad explicada por factores genéticos. La **varianza ambiental** es la explicada por factores ambientales, y dentro de ella se distingue la **varianza ambiental común** o **compartida** por los diferentes miembros de una familia (varianza entre familias) y la **varianza específica** o intrafamiliar, atribuible a las experiencias particulares y propias de cada miembro. En el ambiente familiar compartido cabría situar el nivel socioeconómico, el tipo de vivienda o las pautas generales de crianza.

1. La varianza específica es la intrafamiliar, atribuible a las experiencias propias de cada miembro de la familia.
2. La varianza genotípica es la que explican los factores genéticos.
3. La heredabilidad se refiere a la influencia genética, mientras que el enunciado describe una fuente ambiental.
4. Las investigaciones no la desestiman; el manual la distingue de la específica y estudia su peso en distintos rasgos.
5. Es la varianza ambiental común o compartida.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Sánchez-Elvira Paniagua, Á. (2005). Introducción al estudio de las diferencias individuales. Sanz y Torres. Cap. 10, págs. 519-520.

EN EL ATLAS Tema H7 · Herencia y ambiente. Se estudia con Sánchez-Elvira (Base).

227

PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL

L13 · Probabilidad y distribuciones de probabilidad

Respuesta correcta: 3

En una distribución normal:

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

En una distribución normal la media coincide con la mediana

Suárez Falcón et al. enumeran las propiedades fundamentales de la **distribución normal**. Es **simétrica en torno a su media**, que **coincide con su mediana y su moda**; tiene dos **puntos de inflexión**, situados a una desviación típica de la media; y es **asintótica** respecto al eje de abscisas. La media 0 y la desviación típica 1 solo corresponden a una normal concreta, la **normal tipificada** o estandarizada, N(0,1).

1. Una media de cero solo se da en la normal tipificada, N(0,1).
2. Una desviación típica igual a la unidad también es propia de la normal tipificada.
3. Por ser simétrica, la media coincide con la mediana (y con la moda).
4. La media siempre coincide con la mediana en una distribución normal.
5. La moda existe y coincide con la media y la mediana.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Suárez Falcón, J. C. et al. (2019). Introducción al análisis de datos (2.ª ed.). Sanz y Torres. Cap. 8, págs. 343-344.

EN EL ATLAS: Tema L13 · Probabilidad y distribuciones de probabilidad. Se estudia con Suárez Falcón (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2024 · n.º 77

228 PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

J2 · Desarrollo prenatal, nacimiento y desarrollo físico y motor Anulada

Anulada

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

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

La pregunta sobre la edad a la que desaparece el reflejo de prensión se anuló

El Ministerio **anuló** esta pregunta de reserva. El comentario de partida explica que los manuales dan **datos distintos** sobre la desaparición del **reflejo de prensión**. Unos la sitúan a los 3-4 meses y otros entre los 6 y los 9 meses. En el corpus, Papalia y Martorell (tabla 4.4) recogen el **reflejo darwiniano de prensión**, que aparece en el séptimo mes de gestación y desaparece hacia el **cuarto mes**. Vasta, Haith y Miller sitúan su desaparición a los **3 o 4 meses** de edad, tras lo cual el niño no podrá soportar su propio peso colgado de las manos hasta los 4 o 5 años.

1. El primer mes es demasiado pronto según los dos manuales del corpus.
2. Coincide con los 3 o 4 meses de Vasta y con el cuarto mes de la tabla de Papalia y Martorell.
3. El comentario de partida cita fuentes que sitúan la desaparición entre los 6 y los 9 meses.
4. Ningún manual del corpus la sitúa a partir de los doce meses.
5. Ningún manual del corpus la sitúa a los dieciocho meses.

Ojo. Las obras que cita el comentario de partida para el dato de 6-9 meses (García, 2011, Evaluación neurológica del recién nacido) no están en el corpus. Los dos manuales del corpus apoyan la opción 2, pero no se conjetura el motivo oficial de la anulación.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Papalia, D. E. y Martorell, G. (2021). Desarrollo humano (14.ª ed.). McGraw-Hill. Cap. 4, tabla 4.4, págs. 112-113. Vasta, R., Haith, M. M. y Miller, S. A. (2008). Psicología infantil. Ariel. Cap. 6, pág. 192.

EN EL ATLAS

Tema J2 · Desarrollo prenatal, nacimiento y desarrollo físico y motor. Se estudia con Papalia y Martorell (Base) y Vasta (Consulta).

229

PSICOLOGÍA SOCIAL

M1 · Cognición social, percepción de personas y atribución

Respuesta correcta: 1

Cuando una persona comete el "error fundamental de atribución", explica las conductas que realizan otros basándose exclusivamente en:

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

El error fundamental de atribución sobrestima las disposiciones personales del actor

Gaviria, López y Cuadrado explican que inicialmente se utilizó el término **error fundamental de atribución** para referirse a la tendencia a enfatizar las explicaciones basadas en **características disposicionales del actor** frente a las basadas en el entorno (Ross, 1977). El adjetivo «fundamental» se debía a que se pensaba que era un sesgo universal; como dista de serlo, hoy se prefiere el término **sesgo de correspondencia** (Gilbert y Malone, 1995). El experimento de Jones y Harris (1967) lo ilustra, porque los participantes atribuían al redactor las actitudes de su escrito incluso cuando no había podido elegir su postura.

1. Es la tendencia a explicar la conducta de los demás por sus características personales.
2. La situación es justo el factor que se infravalora en este sesgo.
3. La cultura no es el factor que define el sesgo, aunque el manual aclara que el sesgo no es universal.
4. Las condiciones socioeconómicas son un factor situacional y no el que se sobrestima.
5. El azar es una causa externa y no el factor que se sobrestima.

Ojo. La pregunta dice «exclusivamente», pero el manual habla de una tendencia a enfatizar las explicaciones disposicionales.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Gaviria, E., López Sáez, M. y Cuadrado, I. (2019). Introducción a la psicología social (3.ª ed.). Sanz y Torres. Cap. 4, pág. 103.

EN EL ATLAS

Tema M1 · Cognición social, percepción de personas y atribución. Se estudia con Gaviria (Base).

230 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K11 · Conducta de ingesta

Respuesta correcta: 3

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

1 Leptina.

2 Colecistoquinina.

3 Grelina. ✓

4 Insulina.

5 Glucógeno.

La grelina es la hormona digestiva que aumenta con el ayuno y baja tras comer

Carlson y Birkett describen la **grelina** como una **hormona peptídica** que liberan el estómago y la parte superior del intestino cuando el individuo está en la **fase de ayuno** y el aparato digestivo está vacío. Se une a receptores del hipotálamo que estimulan la ingesta, y sus valores en sangre **aumentan con el ayuno y se reducen tras una comida**; al bloquear su señal se inhibe el impulso de comer. La **leptina**, en cambio, la segrega el tejido adiposo bien nutrido, inhibe la ingesta y aumenta el metabolismo, y la **colecistocinina** (CCK) la secreta el duodeno y actúa como señal de saciedad a través del nervio vago.

1 La leptina procede del tejido adiposo bien nutrido y disminuye la ingesta.

2 La colecistocinina la segrega el duodeno cuando llega el alimento y actúa como señal de saciedad.

3 Es la hormona peptídica digestiva que aumenta con el ayuno y disminuye tras la comida.

4 La insulina la segrega el páncreas en la fase de absorción y puede funcionar como señal de saciedad.

5 El glucógeno es un carbohidrato complejo que se almacena en el hígado y los músculos.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: Carlson, N. R. y Birkett, M. A. (2018). Fisiología de la conducta (12.ª ed.). Pearson. Cap. 12, págs. 372, 374-375, 380-381, 383 y 386.

EN EL ATLAS: Tema K11 · Conducta de ingesta. Se estudia con Carlson (Base).

231 PSICOLOGÍA BÁSICA

I2 · Atención

Respuesta correcta: 5

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

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

Los procesos automáticos no requieren esfuerzo consciente

Fernández-Abascal et al. explican que el **procesamiento automático** demanda poco de nuestras capacidades de atención, de modo que permite realizar varias actividades a la vez, y se ocupa de ejecutar actividades **con relativamente poca conciencia** de ellas. Los hechos automatizados pueden iniciarse **sin intención consciente** y, una vez iniciados, siguen su curso hasta el final. Son el resultado de un aprendizaje laborioso y, una vez adquiridos, son difíciles de modificar. El cuadro 2.1 resume las diferencias con los procesos controlados. Belloch, Sandín y Ramos añaden que los procesos automáticos pueden actuar **en paralelo** unos con otros.

1. Los procesos que dependen de la intención son los controlados; los automáticos pueden iniciarse sin intención consciente.
2. Suponen un gasto atencional escaso, y son los controlados los que consumen mucha atención.
3. Pueden actuar simultáneamente con otros procesos, en paralelo.
4. Son rápidos; los controlados son más lentos.
5. No requieren esfuerzo consciente y se ejecutan con poca conciencia de ellos.

CUADRO 2.1. DIFERENCIAS ENTRE PROCESOS AUTOMÁTICOS Y CONTROLADOS

Procesos automáticos	Procesos controlados
Suponen un gasto atencional escaso.	Suponen un alto gasto de atención.
No requieren esfuerzo consciente.	Son conscientes.
Se adquieren mediante aprendizaje.	No son rutinas aprendidas.
Son rápidos.	Son más lentos.
Una vez adquiridos son difíciles de modificar, no son fáciles de adaptar a situaciones novedosas.	Son flexibles y abiertos al cambio, se adaptan a situaciones novedosas.
Se realizan eficazmente en situaciones de activación elevada y disminución de recursos atencionales.	Pierden eficacia en situaciones de activación elevada.
Suponen economía cognitiva en tareas rutinarias.	

Fuente: Fernández-Abascal et al. (2009), cap. 2, cuadro 2.1, pág. 73

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fernández-Abascal, E. G. et al. (2009). Procesos psicológicos. Pirámide. Cap. 2, apdo. 4, págs. 71-73 y cuadro 2.1. Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2020). Manual de psicopatología (3.ª ed.), vol. I. McGraw-Hill. Cap. 2, pág. 56.

EN EL ATLAS

Tema I2 · Atención. Se estudia con Fernández-Abascal Procesos (Base).

232

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

E1 · Conceptos, modelos e historia de la evaluación psicológica

Respuesta correcta: 2

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

1 Proyectivas que evalúan rasgos.

2 Subjetivas que evalúan significados. ✓

3 Psicométricas que evalúan constructos.

4 Conductuales que evalúan repertorios.

5 Observacionales que evalúan variables ambientales.

El modelo constructivista de evaluación usa técnicas subjetivas para explorar significados

Fernández-Ballesteros describe seis **modelos en evaluación psicológica**, que son el atributo, dinámico, médico, conductual, cognitivo y **constructivista**. El cuadro 1.1 los compara por su formulación, el tipo de variable, los métodos y las técnicas. El modelo constructivista estudia el conocimiento construido, los **constructos personales**, los planes y los **significados**, con estrategias observacionales, hermenéutica y narrativa, y sus técnicas son la autobiografía, las **técnicas subjetivas** y los documentos personales. Las demás opciones corresponden a otros modelos del mismo cuadro.

1 Las técnicas proyectivas son las del modelo dinámico, que estudia construcciones intrapsíquicas inconscientes. Los rasgos son variables del modelo del atributo.

2 Es la combinación de técnicas y variables del modelo constructivista.

3 Los tests psicométricos, con rasgos, factores y dimensiones como variables, son propios del modelo del atributo.

4 Los repertorios básicos de conducta son variables del modelo conductual.

5 La observación de variables ambientales también corresponde al modelo conductual.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Fernández-Ballesteros, R. (dir.) (2013). Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos (2.ª ed.). Pirámide. Cap. 1, apdo. 4, cuadro 1.1, págs. 36-37.

EN EL ATLAS

Tema E1 · Conceptos, modelos e historia de la evaluación psicológica. Se estudia con Fernández-Ballesteros (Base).

233

PATRONES CLÍNICOS: PSICOPATOLOGÍA Y EVALUACIÓN

B29 · TDAH

Respuesta correcta: 1

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

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

La dificultad para organizar tareas y actividades es un síntoma de desatención del TDAH

El criterio A del TDAH separa dos listas de nueve síntomas. En la de **desatención** del DSM-IV figura que el niño «a menudo tiene **dificultades para organizar tareas y actividades**», un ítem que el DSM-5-TR mantiene como síntoma de **inatención** (A1e). Las otras cuatro opciones pertenecen a la lista de **hiperactividad-impulsividad**. Removerse en el asiento y no poder jugar tranquilamente son síntomas de hiperactividad, y precipitar respuestas e inmiscuirse en las actividades de otros son síntomas de **impulsividad**.

1. Es el ítem (e) de desatención del DSM-IV y el A1e de inatención del DSM-5-TR.
2. Contestar antes de que se complete la pregunta es el primer síntoma de impulsividad del DSM-IV («precipita respuestas»).
3. Tener dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio es un síntoma de hiperactividad.
4. Mover en exceso manos o pies o removerse en el asiento es el primer síntoma de hiperactividad.
5. Interrumpir o inmiscuirse en las actividades de otros es un síntoma de impulsividad.

Trampa. Los distractores son síntomas reales del TDAH, pero de la otra lista. La pregunta mide si se sabe a qué dimensión pertenece cada ítem.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA: American Psychiatric Association (1995). DSM-IV. Masson. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, criterios, págs. 88-89. American Psychiatric Association (2014). DSM-5. Panamericana. Trastorno por déficit de atención/hiperactividad, pág. 59.

EN EL ATLAS: Tema B29 · TDAH. Se estudia con DSM-5-TR (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2018 · n.º 211, PIR 2025 · n.º 37

234

PSICOLOGÍA SOCIAL

M6 · Procesos de grupo | Reserva no utilizada

Respuesta correcta: 4

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

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

Ante otros, una tarea mal aprendida empeora porque la activación potencia la respuesta dominante

Molero et al. recogen que la presencia de otros puede **mejorar el rendimiento** (facilitación social) o **empeorarlo** (inhibición social). **Zajonc** propuso que la presencia de otros produce un **aumento automático de la activación** que potencia la **respuesta dominante**. En tareas sencillas o bien aprendidas la respuesta dominante es la correcta y el rendimiento mejora; ante tareas complejas o novedosas, esa activación perjudica la productividad y puede llevar incluso a la inhibición. Su aportación fue doble, porque explicó el efecto por la activación e introdujo la **dificultad de la tarea** como moderadora.

1. La mejora se da en tareas fáciles o bien aprendidas.
2. Tampoco hay mejora sustantiva en una tarea mal aprendida.
3. La presencia de otros sí modifica la ejecución, a través de la activación.
4. Es lo que predice Zajonc para las tareas complejas o mal aprendidas.
5. La teoría de Zajonc permite predecir el efecto a partir de la dificultad de la tarea.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA Molero, F., Lois, D., García-Ael, C. y Gómez, A. (2017). Psicología de los grupos. UNED. Cap. 7, págs. 225-226.

EN EL ATLAS Tema M6 · Procesos de grupo. Se estudia con Molero (Base).

Preguntas hermanas: PIR 2025 · n.º 194

235 PSICOBIOLOGÍA, PSICOLOGÍA FISIOLÓGICA Y NEUROCIENCIA COGNITIVA

K8 · Sistema neuroendocrino y psiconeuroinmunología | Reserva no utilizada

Respuesta correcta: 2

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

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

La vasopresina favorece la reabsorción de agua en el riñón, y su falta causa diabetes insípida

Del Abril et al. explican que la **vasopresina**, también llamada **hormona antidiurética** (ADH) o arginina vasopresina, es una hormona de la **neurohipófisis** implicada en la regulación de los líquidos del organismo. Su efecto principal es **reducir la producción de orina**, porque aumenta la permeabilidad para el agua de las membranas de los **túbulos colectores del riñón**, de modo que el agua y los electrolitos se reabsorben. Sin esta hormona, el riñón produce grandes cantidades de orina muy diluida, alteración conocida como **diabetes insípida**. La otra hormona de la neurohipófisis es la oxitocina.

1. La oxitocina, la otra hormona de la neurohipófisis, estimula la salida de la leche y las contracciones uterinas en el parto.
2. Es la hormona que describe el enunciado.
3. La dopamina es un neurotransmisor y no regula la reabsorción de agua en el riñón.
4. La colecistocinina la segrega el duodeno y actúa como señal de saciedad.
5. El glutamato es un neurotransmisor y no regula la reabsorción de agua en el riñón.

DÓNDE ESTÁ LA RESPUESTA

Del Abril Alonso, A. et al. (2016). Fundamentos de psicobiología. Sanz y Torres. Cap. 13, pág. 400. Carlson, N. R. y Birkett, M. A. (2018). Fisiología de la conducta (12.ª ed.). Pearson. Cap. 3, pág. 76; cap. 12, pág. 380.

EN EL ATLAS

Tema K8 · Sistema neuroendocrino y psiconeuroinmunología. Se estudia con Del Abril (Base).

Índice por temas del Atlas

A4	Atención y Conciencia	76, 82, 88, 89
A5	Percepción e Imaginación	73, 74, 75
A6	Memoria	72, 83, 84
A7	Pensamiento	77, 78, 79, 81
A8	Lenguaje	80
A9	Comportamiento y Conducta Motora	90
A10	Regulación Emocional	85, 86, 87
B1	La entrevista diagnóstica y exploración del estado mental	59
B2	Entrevistas estructuradas y semiestructuradas de uso general	57
B3	Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos	98, 99, 160, 174
B4	Disfunciones sexuales, trastornos parafílicos y disforia de género	100, 101, 103
B5	Trastornos del sueño-vigilia	108, 109, 150, 154, 157
B6	Adicciones a sustancias	91, 92, 128
B8	Trastornos destructivos, del control de los impulsos y de la conducta	152
B9	Estrés	221
B11	Trastornos de ansiedad	61, 110, 112, 116, 117, 156, 159
B12	Trastornos asociados a traumas y estresores (y trastornos del vínculo)	206
B14	TOC y trastornos relacionados	94, 113, 114
B15	Trastornos depresivos	123, 124, 127, 151
B16	Trastornos bipolares	122, 125, 126
B17	Trastornos disociativos	93, 96, 97
B18	Trastornos de síntomas somáticos y relacionados	95, 115
B19	Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	118, 119, 120, 121
B20	Trastornos de la personalidad	104, 105, 106, 107, 111
B27	Trastornos de la excreción: enuresis y encopresis	153, 155, 158
B28	Trastorno del espectro del autismo	161
B29	TDAH	233
C4	Tratamientos de los trastornos alimentarios y de la ingestión	173, 210
C6	Tratamientos de los trastornos del sueño-vigilia	216
C7	Tratamientos de las adicciones a sustancias	178, 180
C9	Tratamientos de los trastornos del control de impulsos y de la conducta	207
C10	Tratamientos de los trastornos de ansiedad	193, 196, 197, 198, 199, 201, 202, 204, 205, 215
C11	Tratamientos de los trastornos asociados a traumas y estresores	194, 195
C13	Tratamientos del TOC y trastornos relacionados	177, 203

C14	Tratamientos de los trastornos depresivos	181, 183, 184, 185, 186, 187, 213, 214
C17	Tratamientos de los trastornos de síntomas somáticos	175, 176
C18	Tratamientos de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	102, 162, 163, 164, 165, 166, 167
C19	Tratamientos de los trastornos de la personalidad	170, 171, 172
C25	Tratamientos de los trastornos de la excreción	212
C26	Tratamientos del TEA	208
C27	Tratamientos del TDAH	209
C29	Tratamientos de los trastornos del movimiento y desarrollo motor	211
D1	La psicología de la salud: modelos y fundamentos	218, 220
D2	Creencias sobre la salud, personalidad y conducta de salud	225
D5	Control del peso, dietas y trastornos alimentarios	219, 224
D9	Tabaco	179
D10	Dolor crónico y fibromialgia	222
D13	Cáncer y enfermedad terminal	217, 223
E1	Conceptos, modelos e historia de la evaluación psicológica	67, 68, 232
E5	La observación sistemática	55, 64
E6	Los autoinformes	58, 66
E8	Las técnicas objetivas y psicofisiológicas	50
E9	Las técnicas proyectivas	47, 60
E10	Evaluación de la inteligencia y del desarrollo	54, 62, 63, 69, 70, 71
E11	Evaluación de la personalidad	48, 49
F1	Concepto, eficacia y proceso en psicoterapia	140, 142
F2	Factores comunes y relación terapéutica	147
F5	Terapias humanistas-existenciales y centrada en la persona	139
F6	Terapia Gestalt, terapias corporales y terapia centrada en las emociones	148
F8	Modelo estratégico-comunicacional y terapia estructural	141, 144
F10	Terapia familiar sistémica	143
F12	Técnicas operantes	131, 135, 137
F13	Técnicas de exposición y desensibilización sistemática	129, 138, 191
F15	Modelado y entrenamiento en habilidades sociales	149, 192
F16	Técnicas de afrontamiento y solución de problemas	145
F17	Otras técnicas TCC: biofeedback, hipnosis, reversión de hábitos y técnicas encubiertas	132
F19	Terapia Cognitiva de Beck y terapia de esquemas	133, 136, 188
F20	Terapias cognitivo-constructivistas	146
F21	Terapia cognitivo-analítica y terapia interpersonal	182
F22	Mindfulness y programas basados en mindfulness	134, 200

F23	Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y terapias contextuales	130
F24	Terapia Dialéctico-Conductual (TDC)	168, 169
G1	Fundamentos ético-deontológicos: principios, códigos y toma de decisiones	65
H3	Inteligencia: enfoques estructural y procesual	37, 39, 40, 44
H7	Herencia y ambiente	42, 226
H8	Personalidad: concepto, modelos teóricos, teorías estructurales y enfoque sociocognitivo	7, 36, 38, 43
H11	Estabilidad de la personalidad	41
I2	Atención	231
I5	Condicionamiento instrumental	5, 6
I6	Memoria	1, 2
I7	Pensamiento: razonamiento, juicio y solución de problemas	3
J1	Teorías del desarrollo	23
J2	Desarrollo prenatal, nacimiento y desarrollo físico y motor	228
J5	Comunicación, lenguaje y teoría de la mente	22, 24
J9	Adolescencia	20, 21
K1	Métodos y técnicas de investigación	10
K5	Comunicación neuronal y neurotransmisores	12
K6	Sistemas sensoriales	16
K8	Sistema neuroendocrino y psiconeuroinmunología	14, 235
K10	Conducta reproductora y diferenciación sexual	13
K11	Conducta de ingesta	230
K12	Emoción y cognición social	4
K13	Aprendizaje, memoria y amnesias	8
K15	Lenguaje, lateralización y cálculo	15
K17	Bases biológicas de los trastornos mentales y de las adicciones	9, 11
K18	Psicofarmacología	189, 190
L1	El método científico y las estrategias de investigación	35
L4	Diseños experimentales de grupos (intersujetos, intrasujetos y factoriales)	32, 34
L5	Diseños experimentales de caso único	31
L6	Diseños cuasiexperimentales	33
L7	Diseños ex post facto y evolutivos	29
L8	Encuesta y metodología observacional	30, 46
L11	Estadística descriptiva de dos variables	28
L13	Probabilidad y distribuciones de probabilidad	25, 227
L14	Distribuciones muestrales, estimación y contraste de hipótesis	27
L15	Comparación de dos grupos (independientes o relacionados)	26

L21	Validez de los tests	45
L22	Utilidad del test e interpretación de las puntuaciones	51, 52, 56
L23	Teoría de respuesta al ítem	53
M1	Cognición social, percepción de personas y atribución	229
M5	Relaciones interpersonales: atracción, conducta de ayuda y agresión	17, 18
M6	Procesos de grupo	19, 234